



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service

Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

NOTICE

The quality of this microform is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Reproduction in full or in part of this microform is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30, and subsequent amendments.

AVIS

La qualité de cette microforme dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

La reproduction, même partielle, de cette microforme est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30, et ses amendements subséquents.

LE PLAN DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

LA SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000:

UNE AVENUE POUR LE TIERS MONDE ?

Thèse présentée à l'Ecole des Etudes Supérieures
de l'Université d'Ottawa
en vue de l'obtention
de la maîtrise en sociologie

par Normand Trempe

Université d'Ottawa
Ottawa, Canada, 1990



Normand Trempe, Ottawa, Canada, 1990



National Library
of Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Canadian Theses Service Service des thèses canadiennes

Ottawa, Canada
K1A 0N4

The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

ISBN 0-315-59991-X

Canada



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

REMERCIEMENTS ET AVANT PROPOS

Ma réflexion a été accompagnée et soutenue par Monsieur Raymundo DeAndrade, que je remercie de tout coeur. Sa connaissance du sous-développement et son intérêt profond pour l'Amérique du sud et mon sujet d'étude m'ont permis de faire avec lui un autre bout de chemin. Je voudrais aussi remercier de son support ma compagne depuis 15 ans qui, par son origine latino-américaine, m'amène tous les jours à constater que peut-être, pour comprendre l'Amérique du sud, "l'essentiel est invisible pour les yeux, et qu'on ne voit bien qu'avec le coeur".

Venant d'un pays développé, réfléchissant très souvent en nord-américain face au problème du sous-développement, produit du système nord américain de la santé, appelé dans mon quotidien à alimenter une machine identique à celle qui a pondu Santé pour Tous, j'ai tenté de comprendre la santé dans le sous-développement. J'aimerais continuer à croire que la vérité et la justice peuvent exister.

«entre la bombe et l'orchidée, je choisirai la fleur;
et si l'on m'accorde un choix supplémentaire,
je prendrai le parti de l'homme.»

Fernand Séguin

TABLE DES MATIERES

	PAGE
INTRODUCTION	
i	1
ii	4
iii	10
Notes bibliographiques.....	14
 CHAPITRE I	
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ET SON MANDAT AU SEIN DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES	
1.1	16
1.2	21
1.3	22
1.4	26
1.5	
Le contenu du plan.	
La position philosophique.	
La réponse pratique: les soins de santé primaires.	
La responsabilité de l'État.	
La participation de la communauté.	
Tous peuvent être des agents actifs pour la santé.	
Le lien entre la santé et le développement économique.....	32
Notes bibliographiques.....	39

CHAPITRE II

LA SANTE COMME UN ELEMENT DU SOUS-DEVELOPPEMENT OU DE SOUS-DEVELOPPEMENT.

2.1	Introduction.....	43
2.2	Le Tiers Monde: essai de définition.....	44
2.3	Revue de quelques théories explicatives du sous-développement.....	47
2.4	Les racines du sous-développement de la santé sont communes avec celles du sous-développement économique.....	55
2.5	Conclusion.....	58
	Notes bibliographiques.....	60

CHAPITRE III

UNE CRITIQUE IDEOLOGIQUE DU PLAN SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000 ET DES VISEES DE L'OMS DANS LE CONTEXTE DU TIERS MONDE

3.1	Avant-propos.....	62
3.2	Introduction.....	63
3.3	Quelques éléments historiques du débat autour du développement de la santé et les nouveaux courants en matière de santé.	
3.3.1	La pensée médicale au coeur du développement du système sanitaire tel que nous le connaissons aujourd'hui.....	65
3.3.2	Les nouveaux courants de pensée dans le domaine de la santé.....	71
3.3.2.1	La santé communautaire comme école de pensée associée étroitement aux soins de santé primaires.....	71
3.3.2.2	Le modèle holistique et la nouvelle définition de la santé.....	75

3.3.2.3	La promotion de la santé comme moyen d'action privilégié dans le cadre des soins de santé primaires.....	79
3.4	La «santé» au service du développement capitaliste.....	84
3.5	Comment Alma-Ata se présente comme une vision réformiste pour le développement de la santé dans le Tiers Monde et même dans le monde développé?	89
3.5.1	L'association entre développement économique et développement sanitaire dans Alma-Ata.....	89
3.5.2	Un aperçu et une critique de quelques stratégies mises de l'avant par la conférence de Alma-Ata.	
3.5.2.1	La participation de la communauté.....	92
3.5.2.2	La collaboration inter-sectorielle.....	94
3.5.2.3	Autres éléments ou stratégies pour mettre en place les soins de santé primaires.....	96
	Notes bibliographiques.....	99

CONCLUSION

A QUOI RESSEMBLERA L'AN 2000 ?.....	105
Notes bibliographiques.....	110
BIBLIOGRAPHIE.....	111

INTRODUCTION

i Le sujet de la thèse: L'Organisation mondiale de la santé et la santé dans le Tiers Monde.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), organisme des Nations-Unies (ONU), a comme fonction, avec la collaboration des pays membres, d'améliorer l'état de santé de la population du monde. La constitution de l'OMS ne dirige donc pas cette dernière exclusivement vers les pays en voie de développement; tous les pays, peu importe leur niveau de développement, peuvent normalement bénéficier de l'expertise réunie autour de l'OMS. C'est dans le cadre de cette mission que, depuis sa création en 1948, l'OMS a pris différentes initiatives dans le domaine de la santé dont la majorité ont cependant d'abord été dirigées vers les pays les plus démunis. En effet, malgré des progrès dans certains domaines depuis la création de l'OMS, on a réalisé depuis que les écarts entre pays développés et en voie de développement ne s'amenuisaient pas; au contraire, la décennie des années 80 laisse croire à une augmentation de certains problèmes de santé du moins dans certaines régions du globe. La déclaration d'Alma-Ata souligne ce fait:

Le fossé s'élargit entre les «privilegiés» de la santé des pays riches et les «dshérités» de la santé du Tiers Monde. De plus, le même fossé s'observe à l'intérieur de chaque pays, quel qu'en soit le degré de développement. ¹

De plus, au cours des années 1970, et malgré leurs acquis passés en matière de santé, les pays développés eux-mêmes ont dû faire face à de nouveaux problèmes. Ils sont maintenant confrontés aux «maladies de civilisation»; les années 80 ont ajouté à ça une maladie des plus menaçantes, le SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise), et les menaces

* Les notes se retrouvent à la fin de chacune des sections ou chapitres. Une indication de notes accompagnée d'un astérisque (*) signifie qu'il s'agit d'une note explicative et non seulement d'une référence à un auteur.

écologiques pour la santé du globe entier - et donc de sa population - se font de plus en plus nombreuses. On peut donc conclure qu'il y a communauté d'intérêts autour de l'OMS dans la recherche de solutions pour certains problèmes de santé.

C'est dans ce contexte toujours en changement que l'OMS proclamait en 1978 son plan SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000 qui prônait, comme mot d'ordre principal, le retour aux soins de santé primaires. Ce plan, respectant la mission de l'OMS, devait trouver des applications non seulement dans les pays en voie de développement mais aussi dans les pays industrialisés. Nous verrons que ses applications premières touchaient quand même de façon évidente surtout le Tiers Monde ^{2*}; par contre, les applications des années 80 lui donnent une allure plus internationale.

Ce plan, comme toutes les propositions d'organismes internationaux rattachés à l'ONU, se veut apolitique, neutre, et dans l'intérêt de tous. Il comporte une logique interne basée sur une compréhension des maladies les plus fréquentes particulièrement dans les pays en voie de développement et sur leurs origines biologiques, environnementales ou sociales. Il analyse certaines erreurs qui ont été faites dans la planification et l'organisation des services de santé dans le Tiers Monde ou dans les pays industrialisés; ces erreurs devraient normalement être évitées dans les pays où l'appareil sanitaire n'est pas encore trop imposant. Les problèmes de santé qui sont aujourd'hui les plus importants aux yeux des experts dans les pays industrialisés ^{3*} sont aussi analysés dans le but de prévenir leur éventuelle apparition à plus grande échelle dans le Tiers Monde; nous nous référons ici particulièrement aux maladies cardio-vasculaires, aux tumeurs et aux accidents. Un autre élément d'analyse important qui est le fait de chercheurs et d'analystes dont certains sont bien antérieurs à

l'OMS, touche les raisons de la disparition des maladies infectieuses dans les pays développés, maladies qui sont toujours de nos jours les plus grandes causes de mortalité et de morbidité dans les pays en voie de développement; cette compréhension historique est prise en compte dans les interventions que peut proposer l'OMS.

Finalement, le plan **SANTÉ POUR TOUS** fixe un objectif pour l'an 2000, donner à tous les peuples du monde (...) un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ^{4*}. Cet objectif très général est évidemment accompagné d'autres plus opérationnels comme, par exemple: augmenter les taux de vaccination, l'accès à l'eau potable, le taux d'alphabétisme, etc... Des éléments de mesure s'ajoutent à ceci qui permettent de surveiller l'application et les succès du plan.

La présente thèse se propose donc d'énoncer l'ensemble du plan de l'OMS Santé pour tous en l'an 2000, de faire une critique de son contenu autant sous son angle théorique que dans ses applications dans le Tiers Monde et dans les pays développés, pour finalement s'interroger, dans le cadre d'une compréhension du sous-développement social et économique du Tiers Monde, sur les possibilités de succès d'une telle entreprise comme réponse totale ou partielle aux problèmes de santé des pays en voie de développement.

ii Les rapports de force dans le monde: déséquilibre économique, déséquilibre sanitaire.

Santé pour Tous en l'an 2000 peut facilement se comparer à toutes les mesures internationales qui ont été prises ou qui sont prises actuellement par exemple dans l'établissement d'un nouvel ordre économique international, dans la renégociation de la dette extérieure des pays en voie de développement, dans la recherche de solutions aux nombreux problèmes écologiques ou plus simplement dans la solution de certains conflits armés. Nous retrouvons toujours un certain nombre de pays qui sont touchés par le problème, quand ce problème ne se retrouve pas à l'échelle du globe entier. Les organismes ou les négociateurs internationaux ont habituellement une auréole d'objectivité absolue et devraient n'avoir d'intérêts que ceux de la majorité. Le plan Santé pour tous se compare aux autres domaines d'action internationale dans le sens où il identifie une situation d'inégalités ou d'injustice au niveau international et prône des mesures qui sont théoriquement susceptibles d'améliorer le sort de ceux qui souffrent le plus d'une telle situation. Santé pour tous se compare à un type d'analyses internationales qui étudient les composantes du problème, ses manifestations, certaines conséquences et, parfois, ses origines immédiates. Elles ne remontent à-peu-près jamais aux causes réelles puisque cette remise en cause risquerait d'éclabousser quelque peu les personnes - ministres ou technocrates délégués à l'OMS - ou encore les gouvernements des pays, ceux-là mêmes qui proposent les mesures correctrices.

Prenons par exemple le nouvel ordre économique international. L'appauvrissement grandissant d'une partie du globe et son incapacité à sortir du sous-développement et d'un endettement croissant obligent les têtes dirigeantes de ce monde à s'asseoir ensemble pour trouver une solution. La négociation, si on peut parler ainsi, se fait toujours entre

pays dominés et pays dominants. Les dominants offrent un certain allègement de leur domination au moment où gronde chez les dominés une colère menaçante; et où, assez curieusement, ils constatent que le sous-développement et la pauvreté des dominés éliminent ces derniers comme des marchés potentiels de leurs produits manufacturés et menacent même leur propre approvisionnement en matières premières. Les raisons du sous-développement et de la pauvreté sont habituellement vues sous un angle restreint, alors que l'on laisse croire que c'est la structure même des économies du Tiers Monde qui est la coupable, et non la domination dont ils sont les victimes de la part des puissances économiques ^{5*}.

Un autre exemple est celui de l'écologie. Des conférences internationales discutent du respect de l'environnement à l'heure où des super-pétroliers approvisionnant les pays industrialisés chavirent presque hebdomadairement, où les catastrophes nucléaires ne connaissent plus de frontières et alors que le Tiers Monde cherche une voie vers le développement. La question est posée malheureusement très longtemps après que les pays riches ont déjà contribué largement à la pollution du globe, alors qu'ils continuent à exporter des dangers écologiques vers le Tiers Monde et que certains grands pollueurs refusent encore de prendre vraiment en main le problème des pluies acides.

Ces conférences questionnent l'industrialisation du Tiers Monde et son respect de l'environnement. Puisqu'ils sont les derniers dans la chaîne historique du développement industriel ou dans l'exploitation des quelques ressources naturelles restantes, les pays les plus démunis devraient faire les efforts que d'autres n'ont pas fait avant eux -et que plusieurs ne font pas encore- pour protéger l'environnement. Il apparaît par exemple évident du côté écologique que les gigantesques brûlis de la forêt amazonienne ont des

conséquences néfastes sur la couche d'ozone, avec tous les impacts imaginables sur les productions agricoles dans le monde entier. Comment ces brûlis sont-ils associés aux luttes paysannes au Brésil, à la domination de grands propriétaires terriens? Comment ces brûlis sont-ils associés au «miracle économique» brésilien qui, au lieu de produire une société industrielle avancée modèle nord-américain, en a fait le pays le plus endetté du Tiers Monde, avec une croissance urbaine effrénée, une couche paysanne appauvrie et des problèmes sociaux innombrables? Le président du Brésil, José Sarney, s'interroge avec raison sur les visées réelles de certaines positions:

La campagne contre le Brésil à propos de l'Amazonie masque des arrière-pensées stratégiques et économiques qui ne sont pas d'inspiration écologique. Les donneurs de leçons feraient bien, d'abord, de faire le ménage chez-eux. Ceux qui exportent au Canada leurs pluies acides, qui font leurs essais nucléaires dans des régions lointaines, peuplées d'autres races, qui ont pollué chez-eux lacs, forêts et fleuves, qui détruisent allègrement la couche d'ozone de la planète, ne sont pas exactement habilités à s'indigner de la menace que nous ferions peser sur ce qu'ils appellent «le poumon du monde». ⁶

Sans nier l'importance du problème écologique, il semble plus facile de l'analyser sous l'angle de ses conséquences, ou sous celui de ses origines immédiates - par exemple, des besoins en terres cultivables - que sous celui des racines réelles du problème, le sous-développement.

Dans le domaine de la santé, le rapport de force est semblable mais l'interdépendance entre pays riches et pays pauvres n'est peut-être pas aussi évidente. La santé, ou l'absence de santé, sont liées au sous-développement, et accompagnées généralement de problèmes d'hygiène, de la sous-alimentation, d'eau insalubre, de pénurie de soins médicaux, etc... Le sous-développement est lié à l'exploitation d'un pays et de ses populations et la famine l'est au saccage des ressources naturelles, aux cataclysmes que l'on associe de

plus en plus aux problèmes environnementaux - qui n'originent pas tous du Tiers Monde -, à la mauvaise utilisation des terres pour alimenter les pays riches ou pour payer la dette extérieure. La santé peut vraiment s'améliorer en autant que les conditions de vie des populations s'améliorent; malheureusement, ces dernières ont rarement le choix du type d'agriculture qu'elles vont pratiquer et encore moins des priorités du pays en matière d'agriculture, d'industrialisation ou d'investissement dans le domaine de la santé. Les intérêts des pays débiteurs, ceux des bourgeoisies nationales et locales, passent bien avant ceux des populations dont on déplore le mauvais état de santé.

Quels intérêts trouve-t'on alors en pays riches pour tenter de «développer» la santé dans les pays pauvres? Il y a évidemment celui d'un marché qui ne consommera que s'il a un minimum de pouvoir d'achat et une population suffisamment active pour l'utiliser; une lutte quotidienne pour la survie n'est donc pas propice à la consommation. Le Tiers Monde est un marché à développer non seulement pour les produits pharmaceutiques -ce qui n'est pas à négliger- mais aussi pour tous les autres biens de consommation. Le Tiers Monde est aussi une main-d'oeuvre qu'on utilise dans la production agricole, dans l'extraction de matières premières et aussi dans certaines branches industrielles que l'on développe ou retire au gré de la santé de sa propre économie. Cette main-d'oeuvre doit être productive même si les conditions de travail qu'on lui offre sont fréquemment inférieures à celles que les travailleurs des pays riches ont obtenues après des années de revendications. C'est un des éléments que soulignent Sanders et Carver dans The Struggle for Health: (...) standards of health and safety almost always compare badly with conditions in the developed world. ⁷ Cette main-d'oeuvre est aussi susceptible d'émigrer vers les pays riches, à la mesure des besoins de ces derniers.

Il existe aussi d'autres motifs pour exporter la «bonne santé» dans le Tiers Monde. Face à l'émigration croissante vers les pays du nord, et face à la nécessité de partager dans le Tiers Monde les maigres ressources disponibles, il faut, selon certains, limiter la croissance de ces populations en mauvaise santé. Le danger d'envahissement et l'incapacité du Tiers Monde à nourrir convenablement sa population sont des idées qui refont fréquemment surface dans les discours politiques ou économiques. Une des mesures importantes dans le cadre de «la bonne santé» est donc la limitation de la croissance des populations par la contraception. Derrière les avantages sanitaires - principalement pour les mères - , se cachent donc certains intérêts des pays développés. Jodi Jacobson met l'emphase sur une responsabilité et un intérêt universels en ce domaine, comme d'autres le font dans le cas de l'environnement.

As the interdependence of nations becomes increasingly clear, so too does the knowledge that the fate of even the richest nation is intertwined with that of the most destitute. Planning families to reduce the number of births, improve health, and raise living standards is a universal responsibility. No nation should exempt itself from this global effort. ⁸

Nous constatons donc ici, et nous ferons de même quand nous étudierons les positions de l'OMS, qu'il y a une façon particulière d'analyser la situation des pays en voie de développement. Sous le couvert d'une logique implacable, on cache souvent une partie, sinon toute la réalité, comme l'affirme Vicente Navarro:

It is my belief that the overwhelming influence - amounting to dominance- of functionalism in the social sciences in the Western world determines a focus of analysis and methods of inquiry that are not only limited and limiting, but often serve to obfuscate rather than to clarify our realities. It is a characteristic of these analyses, for example, that they focus on the parts, supposedly in order to lead later to the comprehension of the whole, i.e. they study the components of society prior to studying society itself. ⁹

The western system of power has a logic of its own in which the

ideology of the dominant classes in the dominant capitalist countries is transmitted as the only universally valid ideology - and ideology that is, of course, presented or perceived not as an ideology but as a factual and accurate vision of reality, i.e., the vision that is needed to solve poverty's problems. ¹⁰

Navarro souligne aussi que cette même approche idéologique est employée dans le domaine de la santé. In summary, there is, under capitalism, a dominant ideology which appears in all institutions, including the institutions of science and medicine ¹¹. On regarde l'arbre sans voir la forêt, on analyse certaines composantes du mauvais état de santé sans en approfondir les causes premières, et on tient un discours qui, selon toute apparence, répond aux besoins des pays en voie de développement. Le rationnel du plus fort est généralement celui qui l'emporte puisqu'on le considère comme la vérité absolue; la pénétration idéologique est donc aussi forte que la pénétration économique ou politique.

iii Le cadre d'analyse.

La première méthode envisagée devait étudier le rationnel et les composantes du plan **SANTE POUR TOUS**, en vérifier quelques applications et faire certaines évaluations afin de savoir s'il atteignait les objectifs qu'il s'était fixés. Il se serait agi dans ce cas d'une analyse de la cohérence interne du plan de l'OMS, cohérence entre sa compréhension de la réalité et les mesures qu'il proposait.

Dès le début, il m'est apparu que l'OMS, avec sa batterie d'experts, avait effectivement mis le doigt sur plusieurs aspects importants de la santé ou de la maladie tant dans le Tiers Monde que dans les pays industrialisés. Les moyens choisis pouvaient difficilement ne pas être cohérents avec une analyse aussi raffinée. Et, malgré les difficultés rencontrées dans le développement de la santé dans le Tiers Monde au cours des années 80, il est fort probable que les indicateurs de mesure choisis pour évaluer le plan auraient démontré certains succès dans plusieurs pays -baisse de mortalité infantile, augmentation de l'espérance de vie, etc...

Cependant, le discours même de l'OMS laisse des espaces blancs dans une logique d'amélioration de l'état de santé. Un des pré-requis identifié pour l'atteinte d'un état minimal de santé, que l'on s'attache à l'histoire de la santé en pays développé ou que l'on considère les problèmes de santé dominants dans le Tiers Monde, est une alimentation correcte, en qualité et en quantité. L'OMS ne prône, ni n'a les moyens de rétablir un équilibre alimentaire entre les pays riches et les pays pauvres. L'OMS identifie aussi des maladies de «civilisation», civilisation signifiant évidemment pays industriels avancés; il faut souligner que ces maladies de civilisation - maladies cardio-vasculaires, tumeurs, accidents - prennent de plus en plus d'importance dans le Tiers

Monde, particulièrement dans les couches urbaines. Les pays riches ont soigné ces maladies de civilisation à coup de milliards, avec des succès mitigés, et on insiste maintenant beaucoup sur le comportement individuel plutôt que sociétal pour tenter de les contrer. Enfin, dernier exemple, l'OMS se préoccupe de plus en plus, depuis Alma-Ata, des problèmes environnementaux qui menacent les résidents du globe. Il y a effectivement là un grave problème mais on pense beaucoup plus rapidement à «dénoncer» la disparition de la jungle amazonienne, qu'à se préoccuper de la barge contenant les déchets de la ville de New York - maintenant enfouis en Haïti - ou de «l'incident» de Bhopal; en résumé, les organismes internationaux - incluant l'OMS - ont été lents à dénoncer l'exportation des dangers écologiques vers le Tiers Monde et plus prompts à réagir quand ces dangers menaçaient les pays du nord.

Force nous a été de constater que le plan de santé de l'OMS flottait partiellement au-dessus des réalités du Tiers Monde et de celles des groupes défavorisés des pays industrialisés. Malgré un cheminement valable de l'OMS afin de connaître les principaux problèmes de santé du Tiers Monde et leur origine, le plan Santé pour Tous passait à côté des vraies racines du sous-développement de la santé dans le Tiers Monde en évitant le problème du sous-développement. Selon Alma-Ata, la protection et la promotion de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale ¹². La santé apparaît donc comme un facteur déterminant et non comme une conséquence du développement économique et social d'un peuple. Toute action entreprise pour améliorer l'état de santé devrait, selon l'OMS, contribuer au développement économique et social. Cette façon de voir élimine presque la nécessité de comprendre les causes profondes de la famine dans

le Tiers Monde, des désastres écologiques ou des problèmes de santé liés à la pauvreté ou aux mauvaises conditions de travail. Par contre, si nous partageons le point de vue contraire, c'est-à-dire, que le développement social et économique devrait précéder ou du moins accompagner toute mesure visant l'amélioration de l'état de santé, il devient nécessaire de procéder d'abord à une analyse des causes de la pauvreté ou du sous-développement.

Ce sont donc, d'une certaine façon, deux points de vue parallèles et consécutifs que nous allons discuter. Un premier s'attachera aux conditions minimales qui seraient nécessaires à l'avènement d'une bonne santé dans le Tiers Monde. Comme nous l'avons dit plus haut, la santé ne peut être isolée de la réalité sociale et économique d'une population d'un pays donné; l'erreur principale du plan **SANTÉ POUR TOUS** consiste à détacher la santé du développement. Cette partie de mon analyse fera appel à quelques théories du développement et discutera de l'idéologie qui est derrière les propositions de l'OMS.

Le deuxième point de vue touchera les possibilités de modifications de l'état de santé dans le Tiers Monde grâce aux moyens mis de l'avant par l'OMS. En effet, malgré l'idéologie réformiste du plan - en ce sens qu'on ne questionne pas les causes profondes de la mauvaise santé -, il faut être conscient qu'il s'agit d'une initiative parmi tant d'autres prises par des organismes rattachés à l'ONU. Ceux-ci travaillent toujours dans un contexte de consensus, fortement teinté des intérêts des pays les plus forts. Malgré cette influence «intéressée», il faut espérer que les pays en voie de développement puissent en tirer quand même certains acquis; c'est en effet pour l'instant les seules actions prises qui sont susceptibles de les aider. Cette seconde analyse s'intéressera donc de façon particulière au contenu même du

plan, aux actions proposées et aux actions entreprises. La question sera donc dans ce cas: quel succès le réformisme en matière de santé est-il susceptible d'obtenir?

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la santé et Fonds des Nations-unies pour l'Enfance, Alma-Ata 1978, Les soins de santé primaires, Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978, (Organisation mondiale de la santé, Genève: 1978) p. 41.

2. L'expression Tiers Monde réfère aux pays en voie de développement; le terme est utilisé à cause de son emploi généralisé qui fait que tous s'entendent assez bien sur la réalité qu'il recouvre. On sait en général ce que sont le premier et le troisième (tiers) monde, même si on a quelque peu oublié où se trouve le deuxième.

3. J'emploierai fréquemment développé et industrialisé comme synonymes; les deux réfèrent évidemment aux pays du nord ou à ceux des premier et deuxième mondes selon le cas.

4. J'emploierai à partir de maintenant les sigles des organismes des Nations unies, OMS, pour Organisation mondiale de la santé et FISE, pour Fonds des Nations unies pour l'Enfance.

OMS et FISE, Alma-Ata 1978, Les soins de santé primaires, op. cit. p. 3.

5. Josée Boileau. "Le Tiers-Monde malade de la corruption", L'actualité, (avril 1989), pp. 118-120. Cet article est un exemple typique de certains points de vue venant du monde développé.

6. José Sarney. "Brésil, le chef d'état réplique" dans une entrevue avec Louis Wiznitzer, publiée dans La Presse, (Montréal: 15 avril 1989) p. B 6.

7. David Sanders et Richard Carver. The Struggle for Health : Medicine and the Politics of Underdevelopment, (Macmillan Publishers Ltd, Hong Kong: 1985) p. 69.

8. Jodi Jacobson. "Planning the Global Family", in state of the World, (édité par Lester R. Brown, Washington: 1988) p. 169.

9. Vicente Navarro. Medicine under Capitalism, (Prodist, New York: 1976) p. VII.

10. Vicente Navarro. Imperialism, Health and Medicine, Introduction, (édité par Vicente Navarro, dans Policy, Politics, Health and Medicine Series, Baywood Publishing Company Inc., New York: 1981) p. 6.

11. Vicente Navarro. "Work, Ideology and Science: the Case of Medicine", in Health and Work under Capitalism: an International Perspective, (édité par Vicente Navarro et Daniel M. Berman, Baywood Publishing Company, Inc. Farmingdale, New York: 1983) p. 23.

12. OMS et FISE. Alma-Ata 1978, Les soins de santé primaires, op. cit. p. 3.

CHAPITRE I

L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ET SON MANDAT AU SEIN DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES

1.1 L'Organisation Mondiale de la Santé et son mandat tel qu'obtenu de l'Assemblée générale.

C'est en 1945, lors d'une conférence des Nations Unies sur les organisations internationales à San Francisco qu'on appuya unanimement une proposition du Brésil et de la Chine visant à créer une organisation sanitaire mondiale sous l'égide des Nations Unies ^{1*}. L'année suivante, à New York, une conférence internationale mit en place une commission intérimaire et approuva la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette constitution prit officiellement effet le 7 avril 1948, alors qu'elle fut approuvée par le vingt-sixième gouvernement national parmi les 61 signataires à la conférence de New York ^{2*}. La première assemblée mondiale de la santé se tint en juin de la même année à Genève, en présence de 53 des 55 membres de l'OMS, de l'ONU, et de cinq institutions spécialisées de l'ONU déjà nées.

L'OMS est aujourd'hui l'une des quatorze institutions spécialisées de l'ONU, au même titre que le sont le FAO (Food and Agriculture Organization) l'UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) ou la Banque Mondiale. Comme ces autres institutions, elle est associée mais indépendante de l'Organisation des Nations Unies, ayant ses propres gouverneurs, son propre membership et son propre budget qui est de l'ordre de un milliard de dollars américains annuellement, provenant de la contribution de ses membres et de dons gouvernementaux et non-gouvernementaux. Sa constitution spécifie cependant qu'elle doit collaborer avec l'ONU et les autres agences spécialisées. Elle a une vocation spécifique qui lui attribue la responsabilité au plan

international des questions sanitaires et d'hygiène publique.

La participation à l'OMS n'est évidemment pas limitée aux États fondateurs; tout nouvel État membre de l'ONU peut toujours adhérer à l'OMS en acceptant simplement sa constitution, et d'autres pays non membres peuvent s'y joindre si leur demande est approuvée par un vote majoritaire de l'assemblée mondiale de la santé. De la même façon, certaines organisations sont aussi membres de l'OMS comme La Ligue des États arabes ou l'Organisation pour l'unité africaine. Nous retrouvons aujourd'hui 166 pays membres, ce qui permet à des milliers de professionnels de la santé de tous ces pays de collaborer et d'échanger des connaissances et des expériences qui, selon les plans de l'OMS, devraient faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement productive. La longue citation qui suit, tirée d'un document de présentation de l'OMS, donne une très bonne idée de ses activités.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses États Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endigement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des personnels de santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses: développement des soins de santé primaires pour que toute la population puisse y avoir accès; promotion de la santé maternelle et infantile; lutte contre la malnutrition; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre; la variole étant d'ores et déjà éradiquée, promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies transmissibles; amélioration de la santé mentale; approvisionnement en eau saine; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes: établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pes-

ticides et les préparations pharmaceutiques: formulation de critères de salubrité de l'environnement; recommandations relatives aux dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques; application du Règlement sanitaire international; révision de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé. ³

L'Organisation compte un bureau international à Genève, et six bureaux régionaux: Brazzaville pour l'Afrique, Washington pour les Amériques, New Delhi pour l'Asie du sud-est, Copenhague pour l'Europe, Alexandrie pour la Méditerranée orientale et Manille pour le Pacifique occidental. Ces activités sont aussi décrites dans une courte publication de l'OMS, *Four Decades of Achievement, 1948, 1988, Highlights of the Work of WHO* ⁴, publiée à l'occasion du 40^{ième} anniversaire de l'organisme en 1988. On y insiste beaucoup dans ce dernier cas sur la campagne victorieuse contre la variole et le plan de Santé pour Tous en l'An 2000. La courte histoire de l'OMS y est alors décrite en quatre périodes. ^{5*}

La première, 1948-1958, en fût une d'après-guerre et de chasse aux maladies comme la malaria, la peste et le pian ^{6*}. Cette dernière maladie a été attaquée grâce à une découverte récente, celle de la pénicilline. L'OMS a travaillé au développement d'une pénicilline à action prolongée, à la standardisation du médicament et à des campagnes d'immunisation, ce qui l'a amenée à découvrir des voies de collaboration internationales.

La seconde décennie (1958-1968) a dû réparer des «désastres» (sic) comme celui du Congo, qui a vu se retirer tous les médecins étrangers après l'indépendance ⁷. Pour l'OMS, il s'est agi de former des professionnels de la santé venant des pays du Tiers Monde en demandant aux pays développés d'ouvrir leurs écoles de médecine aux étudiants venant de ces pays. Il y a aussi eu collaboration avec l'industrie

chimique pour l'élimination d'insectes dangereux transmetteurs de la malaria, de la fièvre jaune ou de la cécité des rivières (onchocerciasis). Certains considèrent que la lutte contre la malaria a été un quasi échec après un premier succès; le moustique s'est renforcé et les gouvernements se sont désintéressés de la campagne, la jugeant trop coûteuse et trop longue comme l'affirme le Docteur Hiroshi Nakajima ⁸. On a aussi travaillé à améliorer le traitement de la tuberculose, le rendant possible à domicile et par conséquent moins coûteux. On a aussi poursuivi le travail d'uniformisation des noms de médicaments et des vaccins.

La troisième période (1968-1978) est celle de l'éradication de la variole, encore considérée comme la plus glorieuse réalisation de l'OMS. En 1968, elle était endémique dans trente et un pays, causait la mort de deux millions de personnes par an et coûtait des millions de dollars aux pays «développés» pour une ceinture sanitaire. C'est donc une campagne mondiale de vaccination sous l'égide de l'OMS qui vint à bout de la variole, sur une proposition initiale de l'Union soviétique en 1959. Cette époque a vu le perfectionnement des vaccins et des moyens de les entreposer, de même que des discussions visant l'immunisation universelle des enfants contre la rougeole, la polio, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos. C'est aussi l'époque des recherches en planification familiale et de la préparation du plan Santé pour Tous, alors que, dans les pays développés, on commence à parler de liens entre inégalités sociales et santé, de groupes à risque et d'accès généralisé aux services de santé.

La dernière décennie, 1978-1988, est celle de Santé pour Tous en l'an 2000, ce plan qui veut généraliser «la santé» dans tout le monde, développé et en voie de développement.

Les efforts de l'OMS au cours de toutes ces années n'ont pas été dirigés uniquement vers les pays en voie de développement où l'état de santé était considéré comme moins bon, mais ils servaient aussi les intérêts des pays industrialisés grâce entre autre à la collaboration des bureaux régionaux. Tous les développements récents dans le domaine de la promotion de la santé, les recherches autour des «nouvelles morbidités» ou d'un problème comme le SIDA, ne peuvent laisser indifférents même les pays que l'on considère comme ayant un haut niveau de santé. De nombreux éléments sont d'intérêt commun et c'est ce que soulignent les publications de l'OMS:

Le but de l'OMS étant de protéger et promouvoir la santé de l'homme dans 166 pays, la plupart de ses activités intéressent le monde entier: la coordination de la recherche sur les grandes maladies et les facteurs de risque, la collecte de données susceptibles de favoriser l'échange de technologies d'un pays ou d'une situation à l'autre, et la mise au point de normes internationales acceptables pour la terminologie médicale ou le contrôle de la sécurité des denrées alimentaires et des produits pharmaceutiques.

D'autres fonctions de l'OMS sont liées à son influence et à son prestige en tant que plus haute autorité mondiale en matière de médecine et de santé publique. Elle peut être appelée à formuler des directives et des conseils objectifs en cas de controverse ou de situation d'urgence. Par ailleurs, elle doit promouvoir les travaux sur des maladies qui, pour des raisons économiques, politiques ou professionnelles, ont été largement négligées par la recherche médicale. ⁹

1.2 L'OMS et le contexte historique de sa création

L'OMS est née dans le contexte d'après-guerre, alors qu'une moitié du globe était dévastée et que l'autre moitié, si elle n'avait pas elle aussi directement souffert de la guerre, souffrait de maladies infectieuses, de la pauvreté, et n'avait pratiquement aucun accès aux soins de santé organisés de type occidental. On pourrait dire qu'il y avait au point de départ des intérêts communs à tous les membres de l'organisation alors que la situation sociale et économique au niveau international était mauvaise. Seule l'Amérique du nord et, dans une moindre mesure, certains pays d'Amérique latine, sortaient de la deuxième grande guerre moins amochés.

Alors que L'Europe se reconstruisait à un rythme accéléré avec l'aide importante de capitaux américains, la majorité des pays du Tiers Monde restaient dans un état de sous-développement et de pauvreté qu'accompagnaient la maladie et le mauvais état de santé. Malgré l'indépendance politique de certains - de nombreux pays d'Afrique - ou la complète libération du joug impérialiste d'autres - Chine, Cuba -, la dépendance économique croissante des pays industrialisés allait rester le problème dominant de la vaste majorité des pays du Tiers Monde, problème auquel allait s'ajouter l'endettement grandissant. Certains pays allaient connaître une industrialisation plus rapide que d'autres, accompagnée d'une forte urbanisation. Ce phénomène, loin d'amener ces pays à connaître un état de santé comparable à celui des pays développés, allait plutôt contribuer à créer de nouveaux problèmes et une distanciation encore plus grande entre les ressources sanitaires de la ville et des campagnes.

1.3 L'arrivée d'Alma-Ata.

C'est avec à l'arrière plan ce panorama que la conférence d'Alma-Ata en Union soviétique, en 1978, allait proposer un virage important dans le domaine de la santé et poser au monde entier un défi de taille. L'OMS ne visait pas moins que l'accession de tous les citoyens du monde en l'an 2000 à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive ¹⁰.

La conférence d'Alma-Ata, sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF (United Nations Children's Fund) ^{11*}, avait été précédée par toute une série de réunions nationales, régionales et internationales sur les soins de santé primaires; on regroupa lors de cette conférence des délégations de 134 gouvernements, de 67 organismes spécialisés des Nations Unies ou organismes non-gouvernementaux ayant des rapports officiels avec l'OMS ou l'UNICEF. Les organisations réunies à Alma-Ata convenaient que la stratégie axée sur la médecine curative et calquée sur le modèle occidental n'était décidément pas adaptée à l'immensité des besoins sanitaires du monde et qu'il était impératif de développer un autre modèle. L'Assemblée générale de l'OMS proposait donc une approche dite de soins de santé primaires, qui sont un moyen pratique de rendre les soins de santé essentiels universellement accessibles aux individus et aux familles de la communauté. ¹²

Le coeur de la déclaration SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000 consistait dans l'affirmation des soins de santé primaires comme la voie à suivre pour atteindre un niveau optimal de santé dans le monde. Les principaux constats étaient que la haute technologie médicale n'était en rien la solution miracle à tous les problèmes de santé que connaît l'humanité; que ce soit dans le monde développé où on parlait déjà de nouvelles morbidités ^{13 14 15 16} ou encore dans les pays en voie de

développement où ces hautes technologies, en plus d'être très coûteuses, ne répondaient que très partiellement aux problématiques santé les plus courantes. Le document d'Alma-Ata remettait donc bien des choses en question:

Le moment est venu pour tous les échelons du système sanitaire d'opérer un bilan critique de leurs méthodes, de leurs techniques, de leur matériel et de leurs médicaments en vue de ne retenir que les technologies qui se sont réellement révélées utiles et dont le prix est abordable. ¹⁷

Si cette nouvelle orientation pouvait être propice à l'amélioration de la santé dans le monde en général, il ne faisait aucun doute que cette conception s'appliquait particulièrement bien aux pays en voie de développement. Dans leur cas, la médecine de type occidental ne servait souvent qu'une poignée de bien-nantis vivant dans les grands centres urbains, et elle se trouvait très loin des réels problèmes de la majorité de la population. Claire Brisset parle dans ce cas d'un échec lamentable:

Ce constat, c'est avant tout celui de la faillite d'un système importé; implanter dans le Tiers Monde de lourdes structures curatives, là où manque l'essentiel, à savoir, l'eau, la nourriture, les égouts, quelques médicaments de base, c'est détruire l'espoir de ceux qui survivent dans de telles conditions, c'est aussi aménager de ruineuses solutions pour le plus petit nombre. ¹⁸

Mentionnons cependant que l'étendue de l'utilisation de ces techniques était fort différente en pays développés et dans le Tiers Monde. De même, au sein des deux catégories de pays, tous n'avaient pas un développement médical égal. Il suffit de mentionner à cet égard que l'Afrique du sud et le Brésil ont été parmi les premiers à faire des transplantations cardiaques dans les années 1970. Les raisonnements ayant mené à ces conclusions doivent donc être compris différemment selon la situation des pays. Plutôt que d'entrer maintenant dans une telle discussion, soulignons seulement que, tant au sein de l'OMS qu'à l'extérieur, on accusait aussi le sur-dévelop-

pement de la technologie médicale dans les pays industrialisés, malgré le niveau de santé que l'on considérait y avoir atteint. L' «accusation» prend donc une connotation différente tel que manifesté dans une publication endossée par l'OMS et portant plus précisément sur l'Europe. (les soulignés sont de nous)

(...) the Strategy for Attaining Health for All by the Year 2000 will fail unless we succeed in moving the pendulum back from the misuse of high-technology, hospital-based health services. Health is primarily a matter of self-care. If that approach is to permeate our society we must harness the support of individuals, families, and health professions by inculcating a philosophy of primary health care.¹⁹

Dans le cas des pays en voie de développement, le retour aux soins de santé primaires voulait essentiellement dire se donner les moyens de soigner les gripes ou les gastro-entérites avant de créer des unités de médecine nucléaire ou de chirurgie de pointe. En pays développé, cela signifiait plutôt ralentir la croissance ou le nombre des complexes hospitaliers ultramodernes, tenter de prévenir certains problèmes de santé - problèmes cardiaques, tumeurs, accidents - et réduire leur prévalence dans certaines couches précises de la population, - les groupes à risque -. L'insistance sur la responsabilité individuelle en matière de santé a été le fait d'abord des pays avancés dans le développement de leur appareil sanitaire, pour s'étendre ensuite, comme nous le verrons, vers le Tiers Monde.

Malgré l'application prévue de **SANTÉ POUR TOUS** partout dans le monde, la majorité des personnes préoccupées par la santé ont compris le plan comme particulièrement adapté aux besoins ou à la situation du Tiers Monde, ce que nous confirme John Akin:

The primary health care movement (mis en marche par l'OMS et l'UNICEF, n. de l'a.) is an international effort to expand and redirect health service programs in Third World countries. The goal is to make substantial, inexpensive and rapid improvements in the

delivery of curative and preventive health services at the community level in rural areas. ²⁰

La déclaration de Alma-Ata insiste d'ailleurs de façon particulière sur l'importance d'intervenir prioritairement dans le Tiers Monde.

La conférence internationale sur les besoins de santé primaires demande instamment que soit lancée d'urgence, aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en oeuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. ²¹

(Les soins de santé primaires) constituent une approche valable pour tous les pays depuis les plus développés jusqu'aux moins avancés, encore que leurs modalités varient selon les structures politiques, économiques, sociales et culturelles. Comme ils répondent à une nécessité particulièrement brûlante pour les pays en voie de développement, le présent rapport sera centré sur les besoins de ces pays. ²²

1.4 Les racines historiques du retour aux soins de santé primaires.

Les soins de santé primaires prennent leurs racines historiques principales dans une compréhension différente des origines des maladies; on a tiré des leçons de l'histoire pour comprendre que la société occidentale n'avait pas augmenté son espérance de vie exclusivement à coups de pilules ou de chirurgies, ce que résume bien Luciano Bozzini.

(Des statisticiens, des historiens et des spécialistes de l'hygiène publique et des sciences sociales) ont démontré que la médecine curative telle qu'on la connaît aujourd'hui - avec son immense appareil hospitalier et son formidable arsenal thérapeutique - n'est pas la principale responsable des gains considérables de longévité que l'humanité a réalisés au cours du siècle dernier. Le déclin extraordinaire de la mortalité infantile et de la mortalité par maladies infectieuses est avant tout attribuable à l'amélioration des conditions de vie et aux mesures d'hygiène publique pour lesquelles se sont battus les réformateurs du siècle dernier, et non pas aux découvertes médicales. ²³

Thomas McKeown met bien loin les découvertes médicales dans l'ordre des facteurs ayant favorisé l'amélioration de l'état de santé dans le monde moderne. Selon lui,

l'amélioration de l'alimentation semble avoir été le facteur décisif dans la diminution de la mortalité et la croissance de la population qui caractérisent l'époque moderne. ²⁴

Tout de suite après les effets de l'alimentation, viennent chronologiquement et par ordre d'importance, les améliorations dans le domaine de l'hygiène, qui sont apparues progressivement à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle. ²⁵

Les mesures médicales n'ont eu que peu d'effet sur les taux de décès avant 1935 et elles ont, depuis cette date, moins d'impact que d'autres facteurs. La vaccination contre certaines maladies, par exemple, a suivi une régression de la maladie elle-même et un impact a pu se produire sur la morbidité mais très peu sur la mortalité. Ce sont plus les améliorations dans les conditions de vie et dans l'hygiène

générale que les vaccins ou certaines découvertes de médicaments qui ont amélioré les conditions de santé. Ce sont les conclusions auxquelles arrivent, entre-autres, Sanders et Carver:

Before the twentieth century it is unlikely that immunization or therapy had a significant effect on mortality from infectious disease, apart from smallpox vaccination, compulsory enforced in 1871. ²⁶

(...) it is living and working conditions that are most important in determining the health of populations. ²⁷

Ces deux auteurs reproduisent dans The Struggle for Health deux graphiques assez probants à cet égard.

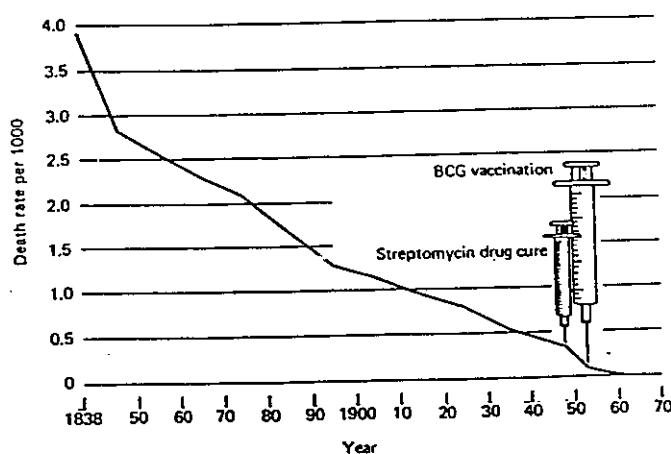


Figure 2.17 Decline in TB before drugs. (From reference 17. Courtesy Nuffield Provincial Hospitals Trust.)

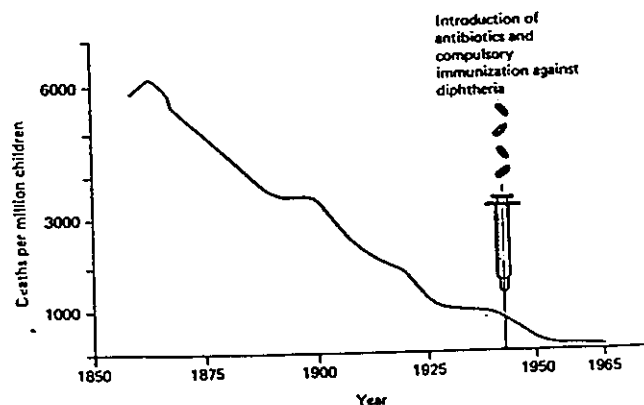


Figure 2.18 Deaths of children under 15 years attributed to scarlet fever, diphtheria, whooping cough and measles in England and Wales. (Courtesy Office of Health Economics.)

D'autre part, l'augmentation de l'espérance de vie est due pour beaucoup à la réduction de la mortalité générale, associée surtout à la baisse de mortalité par maladies infectieuses; et, plus encore, elle est due à la baisse de la mortalité infantile, qui est à la fois origine et conséquence de la réduction de la natalité. Cette dernière inter-relation est illustrée par Ebanks en lien avec la contraception:

Declining infant mortality resulting in larger families (assuming no contraception) is generally believed to be a motivating force in the adoption and use of contraceptives and therefore an indirect factor in subsequent fertility declines. Infant and general mortality declines are expected to precede fertility decline, giving rise to rapid population growth with manifestations at both the family level and the societal level. 28

L'OMS a constaté par des études dans 53 pays qu'il y a généralement des délais variant de 6 à 19 ans, selon le pays, entre la baisse de mortalité générale -et infantile- et la baisse de natalité. Cette baisse de la natalité a commencé avant la généralisation -non encore acquise-, des moyens chimiques ou mécaniques modernes de contraception; le phénomène se manifeste d'ailleurs déjà dans plusieurs pays d'Amérique latine. La baisse de la natalité accompagnait donc des changements dans les habitudes et les conditions de vie et n'a pas été une conséquence des découvertes scientifiques en ce domaine. Sans nier donc l'importance de la baisse de natalité sur la santé, il ne faut pas en conclure que c'est un facteur causal absolu sinon un facteur favorable et consécutif à d'autres facteurs encore plus importants. Thomas McKeown attribue cependant une grande importance à la baisse de natalité quant à ses effets indirects sur l'état général de santé:

Un autre facteur a contribué à la transformation moderne de la santé: le changement dans le comportement reproductif, qui a amené la baisse de la natalité. Il ne faut pas sous-estimer l'importance de ce changement dans ses effets indirects sur l'état de santé: car en son absence, les progrès qui ont suivi l'amélioration de l'alimentation auraient été réduits à néant à terme (et à très court terme à

(l'échelle de l'évolution). 29

Cet arrière plan historique, que d'aucuns qualifiaient peut-être d'idéologique puisqu'il rallierait difficilement les plus chauds partisans de la science moderne ou de la médecine, est présent dans certains discours de l'OMS. Il peut prendre cependant une teinte différente si on entend l'appliquer à la situation sanitaire des pays en voie de développement ou à celle des pays avancés dans leur industrialisation. Dans le cas du Tiers Monde, cette forme d'analyse peut servir à freiner les investissements dans un système moderne de santé qui, sans être miraculeux, fait peut-être défaut. Dans l'autre cas, cette analyse peut servir à réduire des budgets mirobolants et à faire retomber sur l'individu et sur la «communauté» toute la responsabilité de la santé. L'élément principal de cette étape critique de la santé est que l'on tente de ramener la médecine à sa vraie place, en redonnant un rôle important aux facteurs sociaux et environnementaux 30*. Cette redéfinition passe par une nouvelle conception de la santé - nouvelle par rapport à celle qu'on lui donne depuis l'avènement de la médecine moderne - qui recentre l'action sanitaire non sur des superstructures médicales et hospitalières, mais sur la nécessité de la prévention et d'une vie saine. La déclaration d'Alma-Ata dit:

Les soins de santé suscitent dans le monde entier de grandes déceptions dont il n'est pas difficile de discerner les raisons. Les connaissances techniques actuelles permettraient d'assurer une meilleure santé, mais malheureusement, dans la plupart des pays, elles ne sont pas exploitées au mieux dans l'intérêt du plus grand nombre. Les ressources sanitaires sont affectées principalement à des institutions médicales ultra-modernes implantées en milieu urbain. Outre ce qu'elle a de socialement contestable, la concentration d'une technologie complexe et coûteuse sur des segments limités de la population n'offre même pas l'avantage d'améliorer la santé. 31

La publication européenne parue sous l'égide de l'OMS, sous la plume de Peter O'Neill, Health Crisis 2000, nous

confirme encore cette vision des choses. La science médicale moderne n'ajoute pas à la santé, elle retarde seulement la mort. On a donc investi beaucoup de ressources - une formule aussi exportée dans le Tiers Monde - dans des «Palais de la maladie» sans vraiment rien changer à la santé, comme le souligne judicieusement O'Neill:

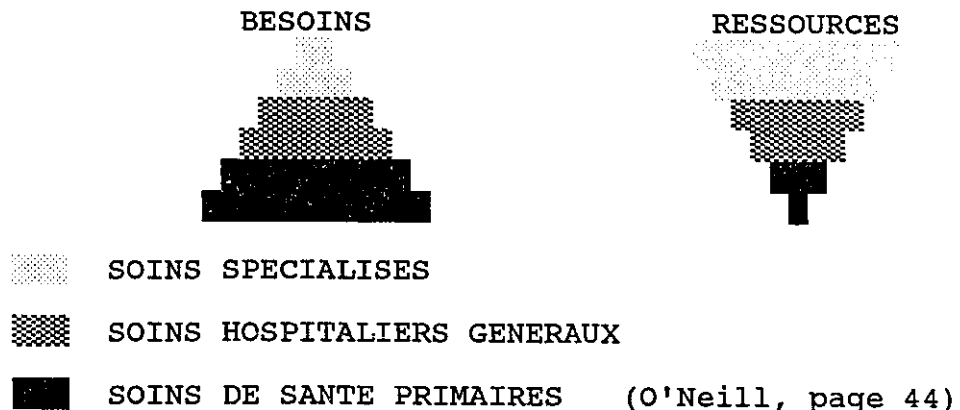
Medical progress has been immense. But the great strides in public health emerged from social movements leading to good sanitary engineering, free education and the elimination of much poverty and poor housing. ³²

There has, however, been a bias towards the development of hospitals rather than care in the community, and towards curative rather than preventive medicine. ³³

Nous trouvons ce que O'Neill appelle le drame du progrès médical où la santé a été perdue de vue comme priorité et où on s'est beaucoup plus intéressé au développement technologique; selon lui, le problème n'a pas résidé seulement chez les médecins et les professionnels de la santé, mais il s'est généralisé parmi les populations des pays avancés.

This analysis of the situation is not meant to apportion blame to any particular group in society. We have all been to blame for not standing back to see where we are going. (...)both the public and the health professions are trapped within the same straitjacket of the high-technology, hospital-based society. ³⁴

On a donc, selon O'Neill, inversé la pyramide, en choisissant les priorités à l'opposé des besoins. Soulignons que toute son analyse s'applique de façon particulière à l'Europe mais que sous certains aspects on retrouve exactement la même chose dans les grandes cités du Tiers Monde.



On peut conclure en disant qu'il n'est jamais trop tard pour bien faire puisque, déjà, au siècle dernier, plusieurs personnes, dont le Dr Salomon Neumann, avaient établi les liens que nous établissons aujourd'hui.

La plupart des maladies qui ou bien empêchent de jouir complètement de l'existence, ou bien conduisent une partie importante de la population à une fin précoce, ne sont pas dues à des facteurs naturels, mais à des facteurs sociaux (...) (L'inégalité devant la mort) est avant tout l'effet de l'aisance et de la culture, d'une part, de la misère et de l'ignorance, d'autre part(...).³⁵

1.5 Le contenu du plan

La déclaration d'Alma-Ata 1978, dite des soins de santé primaires, est un effort conjoint de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Produit final d'une conférence internationale, elle fait état des discussions ayant accompagné la promulgation de la déclaration et est fortement centrée sur le rapport présenté par les Directeurs généraux des deux organismes. Ce dernier porte sur les liens entre soins de santé primaires et développement, sur les aspects opérationnels des soins de santé primaires, sur les stratégies nationales et l'appui international, en plus de considérations générales qui font un retour sur la situation internationale et sur différents aspects de la mise en place des soins de santé primaires.

La position philosophique

La déclaration de Alma-Ata prend d'abord une position philosophique en disant que la santé est un droit fondamental de l'être humain et que les inégalités flagrantes entre pays développés et pays en voie de développement, comme celles à l'intérieur même des pays, sont inacceptables. De là découlent deux éléments importants pour la compréhension de l'esprit novateur des propositions de l'OMS.

La santé est d'abord définie de façon très large dans Alma-Ata, comme un état de complet bien-être physique, mental et social (qui) ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. ³⁶ Cette définition de la santé véhiculée par l'OMS depuis plus d'une décennie, et relativement conforme à plusieurs autres venant d'autres auteurs ^{37*}, éloigne la santé des facteurs uniquement sanitaires pour la rapprocher du vécu quotidien, ceci dans le sens d'un équilibre

entre le bien-être, la jouissance de la vie et la satisfaction des besoins primaires. René Dubos ³⁸ souligne que, pour lui, chaque culture, chaque classe sociale et même chaque individu a sa notion propre de santé, ce sur quoi n'insiste pas particulièrement Alma-Ata qui reconnaît cependant des besoins différents entre pays. Le droit fondamental dont traite la déclaration ne peut être interprété seulement comme un droit à l'accès aux services médicaux, même s'il n'est évidemment pas exclu, mais plutôt comme celui à une vie saine, heureuse et équilibrée.

Le second élément découlant de la position de Alma-Ata touche la dénonciation des inégalités entre pays et entre classes sociales. La déclaration identifie principalement la mauvaise répartition des ressources sanitaires entre les villes et les campagnes -donc une responsabilité nationale. Elle identifie aussi les menaces à la paix mondiale comme un danger pour la santé de même qu'elle déplore qu'on investisse généralement davantage pour l'armement que pour la santé, peu importe le niveau de développement des pays en cause.

Ce sont donc là deux éléments importants dans la compréhension d'Alma-Ata puisque l'on essaie d'enlever à la «santé» son caractère réductif de «maladie» et que l'on tente quelques timides positions internationalistes en affirmant entre-autres que le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, est fondamental.

La réponse pratique: les soins de santé primaires.

En réponse à une problématique ainsi dessinée, et sur une base locale, nationale et internationale, la conférence propose une orientation basée sur les soins de santé primaires qui sont:

des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. ³⁹

La mise en place des soins de santé primaires devrait comprendre, au minimum, selon l'OMS, les mesures pratiques suivantes:

- une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables,
- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles,
- un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base,
- la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale,
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses,
- la prévention et le contrôle des endémies locales,
- le traitement des maladies et lésions courantes,
- la fourniture de médicaments essentiels.

Ce sont donc finalement des mesures simples en contenu, mais complexes dans leur mise en pratique, qui composent le fond des soins de santé primaires, mesures qui impliquent des décisions individuelles et collectives et une dispensation de services sur une base locale. C'est ce que suggèrent Akin et al:

It is striking that as general as this list appears to be, all but possibly (food supply, safe water and sanitation) require delivery of health care services at the household level. This suggests that the success of primary health care programs depends on their ability to satisfy individual preferences and to overcome the economic constraints that affect household decisions. ⁴⁰

La responsabilité de l'État

L'Assemblée générale de Alma-Ata souligne la responsabilité des gouvernements quant à la mise en place des soins de santé primaires et demande de leur part un engagement:

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates.⁴¹

Dans ce cadre, tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à maintenir les soins de santé primaires. Ils doivent investir dans l'implantation des soins de santé primaires et faire les choix nécessaires entre l'établissement de fines technologies hospitalières ou curatives et la nécessité de rendre les soins de santé primaires dans les moindres recoins du pays. Ils doivent définir une stratégie spécifique et la traduire en des programmes d'instauration des soins de santé primaires, assurer une planification et la coordination de toutes les composantes à un niveau central.

La planification centrale doit viser à mettre les communautés en mesure de planifier leurs activités de soins de santé primaires. Elle doit donc leur donner une idée claire du rôle qui leur est dévolu dans la stratégie nationale des soins de santé primaires et dans le processus de développement global au niveau communautaire. Elle doit leur expliquer comment il convient qu'elles élaborent, qu'elles exécutent, qu'elles évaluent et qu'elles contrôlent leurs programmes de soins de santé primaires, de même qu'elle doit leur fournir toutes informations essentielles qui leur feraient défaut.⁴²

La participation de la communauté

L'instauration des soins de santé primaires doit aussi être faite en lien étroit avec les communautés et puiser à même leurs forces vives. La communauté comme lieu de prestation de services est le premier niveau de contact de ses

membres avec le système national de santé. Ce ne sont pas seulement les gouvernements qui sont mis à contribution et le plan propose, pour atteindre des résultats le plus rapidement possible, qu'individus et communautés assument au maximum eux-mêmes la responsabilité des actions de développement de la santé. ⁴³ Les communautés doivent prendre en main elles-mêmes au moins une partie de ce qui est nécessaire à leur santé; l'éducation devrait la rendre capable de faire les bons choix et l'État devrait favoriser la participation des masses aux décisions qui la concernent.

Il lui faut [à la communauté] concourir à la planification des actions de soins de santé primaires, puis collaborer pleinement à leur exécution, ce qui suppose de la part de ses membres qu'ils assument une large part de responsabilité touchant leur propres soins de santé - par exemple en adoptant un style de vie sain, en se conformant aux règles d'une bonne hygiène alimentaire et générale ou en se faisant administrer les vaccinations requises. Ils peuvent en outre concourir aux soins de santé primaires par des prestations de travail, d'argent et autres. ⁴⁴

Les soins de santé primaires devraient donc tenir compte des besoins immédiats de la communauté et obtenir sa participation. Ils doivent aussi être dispensés à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination ⁴⁵ et faire intervenir tous les secteurs connexes à la santé. ^{46*}

Tous peuvent être des agents actifs pour la santé

Le plan mentionne aussi les rôles particuliers possibles pour les agents de santé communautaire, les médecins traditionnels, les personnels de santé hautement qualifiés, les femmes, les membres de la famille. On parle maintenant d'appareil sanitaire étendu qui doit puiser à même les ressources des communautés et des pays, pour créer des

«conditions de santé»; ceci signifie que tous peuvent contribuer à la «santé» qui n'est plus l'apanage exclusif des médecins et des infirmières.

Le plan se penche aussi sur un ensemble d'aspects techniques en terme d'équipements, de médicaments, d'approvisionnements, de processus de gestion, de budgétisation, etc... Enfin, on y traite de l'évaluation du plan Santé pour Tous de façon sommaire puisque ce thème est repris de façon élaborée dans d'autres travaux de l'OMS dans le cadre de l'instauration des soins de santé primaires. 47*

Le lien entre la santé et le développement économique

Enfin, un dernier point extrêmement important de la déclaration d'Alma-Ata est le lien qu'on y établit entre santé et développement économique:

Ce n'est en effet qu'après avoir accédé à un niveau acceptable de santé que les individus, les familles et les communautés peuvent retirer de l'existence les autres bienfaits qu'elle recèle. C'est dire que le développement sanitaire est une condition essentielle du développement socio-économique et que les moyens de réalisation des deux types de développement sont intimement liés. 48

La santé devrait favoriser le développement économique, augmenter la productivité, alors que la lutte à certaines maladies tropicales devraient permettre d'ouvrir de nouvelles régions à la colonisation.

La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale. 49

La position défendue dans la déclaration d'Alma-Ata n'est pas toujours claire sur ce lien mais on y définit, de façon générale, la santé comme étant un précurseur du développement

économique et du bien-être des peuples.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pour un court historique des organisations mondiales de santé ayant précédé l'OMS, voir Benoît Gaumer "Des conférences sanitaires internationales du XIX^e siècle à la «Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000» de l'O.M.S. : Rupture ou continuité?" in sciences de la santé publique, (vol.9, numéro 1, janv-fév. 1989) pp. 5-9.

2. World Health Organization. Who: What it is, What is does? (World Health Organization, Geneva: 1988).

La publication ne précise pas pourquoi la constitution prenait effet après la vingt-sixième signature. La constitution elle-même ne le dit pas et mentionne seulement à l'article 80 du chapitre XIX:

Cette constitution entrera en vigueur lorsque vingt-six Etats Membres des Nations Unies en seront devenues parties, conformément aux dispositions de l'article 79.

Organisation mondiale de la santé, Documents fondamentaux, seizième édition, Genève, septembre 1965.

3. OMS. Publications- Catalogue 1981-1985, (Genève: 1985).

4. World Health Organization, Four Decades of Achievement, 1948, 1988, Highlights of the Work of WHO, (Geneva: 1988).

5. Voir aussi Hiroshi Nakajima, Directeur Général de l'Organisation mondiale de la santé. Discours prononcé au "Symposium sur les soins de santé primaires: le cas du Mexique". (Acapulco, 10-12 novembre 1988) (Traduction parue in sciences de la santé publique, vol.9, numéro 1, janv-fév. 1989), pp. 12-16.

6. Le Pian est une maladie tropicale invalidante et défigurante.

7. World Health Organization, Four Decades of Achievement, op. cit.

8. Hiroshi Nakajima. op. cit. p. 13.

9. OMS. Catalogue - Nouvelles publications, printemps /été 1988. (Genève: 1988).

10. OMS et FISE. Alma-Ata 1978, Les soins de santé primaires, op. cit. p. 3.

11. L'appellation française peu connue est le FISE (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance).

12. OMS et FISE. op. cit., pp. 42-43.

13. Conseil des affaires sociales et de la famille, Objectif: santé, (Gouvernement du Québec: Direction générale des publications gouvernementales, Québec: 1984).

14. Thomas McKeown, " Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles: le comportement, l'environnement et la médecine" in Médecine et société, les années 80, (Editions coopératives Albert St-Martin, Laval, Québec: 1981), pp. 143-176.

15. Fernand Séguin. La bombe et l'orchidée, (Editions libre expression, Québec: 1987).

16. Yanick Villedieu, Demain, la santé, (Québec Science Editeur, Québec: 1976).

17. OMS et FISE. op. cit., pp. 42-43.

18. OMS et FISE. op. cit., pp. 42-43.

19. OMS et FISE. op. cit., pp. 42-43.

20. John S. Akin et al. The Demand for Primary Health Services in the Third World, (Rowman & Allanheld publishers, New Jersey: 1985), p. 1.

21. OMS et FISE, op. cit., p. 6.

22. Ibid, p. 41.

23. Luciano Bozzini et all., Médecine et société, les années 80, (Editions coopératives Albert St-Martin, Laval, Québec: 1981), pp. 9-10.

24. McKeown, op. cit. , p. 144.

25. Ibid, p. 148.

26. David Sanders and Richard Carver. The Struggle for Health : Medicine and the Politics of Underdevelopment, (Macmillan Publishers Ltd, Hong Kong: 1985), p. 51.

27. Ibid, p. 52.

28. Edward Ebanks. Mortality, Fertility and Family Planning: Dominica and St. Lucia, (Centro Latinoamericano de Demografia -CELADE-, Santiago de Chile: Oct 1985), pp. 10-11.

29. McKeown, op.cit. p. 164.

30. Le fameux Rapport Lalonde, Nouvelle Perspective de la santé des Canadiens, (1974) est probablement le document le plus officiel qui, parmi les premiers, a mis l'emphase sur ces composantes.

31. OMS et FISE, op. cit. , p. 41.

32. Peter O'Neill, op. cit. Dans la préface du livre, écrite par David Owen, p. VII.

33. Ibid p. 2.

34. Ibid p. 3.

35. Salomon Neumann (1847) cité par Luciano Bozzini, op. cit., p. 10.

36. OMS et FISE, op. cit., p. 2.

37. Voir entre-autres, René Dubos. "L'homme, face à son milieu" in Médecine et société, les années 80 , op. cit., pp. 53-79.

38. Ibid.

39. OMS et FISE, op. cit., pp. 4-5.

40. J. Akin, op. cit., p. 1.

41. OMS et FISE. op.cit., p. 3.

42. Ibid, p. 61.

43. Ibid, p. 38.

44. Ibid, p. 57.

45. Ibid, p. 4.

46. Un exemple de cette dernière forme d'intervention est le projet de l'OMS, Villes et Villages en Santé, où, pour créer un milieu de vie sain, on demande la collaboration de la municipalité, du secteur scolaire, des forces policières, des secteurs santé et social, des gens d'affaire, des groupes communautaires, etc...

47. Voir, Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000, (Organisation mondiale de la santé, Genève: 1981).

48. OMS et FISE, op. cit., p. 49.

49. Ibid, p. 3.

CHAPITRE II

LA SANTE COMME UN ELEMENT DU SOUS-DEVELOPPEMENT OU DE SOUS-DEVELOPPEMENT

2.1 Introduction.

Il apparaît évident que la mauvaise santé -ou la maladie- sont des facteurs favorisant la pauvreté surtout si elle limite une personne dans ses capacités à trouver de l'emploi ou lorsque la maladie d'un membre de la famille ou de la communauté devient un fardeau financier qui entraîne une détérioration générale des conditions de vie. En pays riches, pour plusieurs, la maladie a un impact surtout moral, puisque les différentes mesures sociales, collectives ou individuelles, permettent à l'individu de survivre dans des conditions socio-économiques acceptables. Dans le Tiers Monde, l'impact sur l'individu de la mauvaise santé est généralement très important, puisque c'est sa force de travail qu'il vend, sans aucune protection face à la maladie; pour le paysan ou l'ouvrier, ne pas travailler, c'est voir sa survie même menacée. Cette survie souvent précaire peut être affectée de la même façon par le poids supplémentaire infligé à l'économie familiale si c'est un autre membre de la famille qui est la victime.

Cette démonstration est facile à faire et est presque évidente sur une base individuelle. Le mauvais état de santé généralisé des populations des pays en voie de développement peut-il être repris sur une base collective pour affirmer que la relative pauvreté - ou le sous-développement - de ces pays est associable à la mauvaise santé? En d'autres mots, l'absence de santé est-elle un des facteurs causant le sous-développement - facteur de sous-développement - ou n'est-elle pas plutôt associée ou conséquente au sous-développement lui-même, - facteur du sous-développement - ?

2.2 Le Tiers Monde: essai de définition.

Les dictionnaires donnant souvent des définitions acceptables de certains concepts, nous y avons cherché celle du Tiers Monde. Selon le dictionnaire usuel illustré Flammarion, édition 1981, le Tiers Monde est:

Expression qui désigne les régions du globe dites sous-développées ou en voie de développement, c'est-à-dire, où le taux de natalité, de mortalité et d'accroissement net de la population est très élevé en même temps que le niveau des subsistances élémentaires est très faible; où la technologie ne s'est pas encore intégrée à la vie économique et culturelle du pays, ces deux composantes constituant en fait un cercle vicieux que ne peuvent rompre les échanges commerciaux inégaux entre pays riches et pays pauvres. Ce terme de «sous-développement» ne recouvre pas entièrement la notion de Tiers Monde qui désigne aussi tous les pays désireux de sortir, par tous les moyens, de l'alternative monde capitaliste - monde communiste.

Curieusement, cette définition du Tiers Monde conclut sur l'alternative monde capitaliste - monde communiste, alors que la notion même de Tiers Monde s'éloigne de cette dichotomie pour concevoir le monde en fonction de trois niveaux de pouvoir, associés en partie au niveau de développement économique. Le concept de Tiers Monde, utilisé pour la première fois en 1951 par Alfred Sauvy, a été développé par Mao Tse-toung dans ses écrits et ses discours ¹; ce dernier voyait un premier monde comme étant les deux super-puissances (U.S.A. et Union Soviétique), un second monde composé par les pays industrialisés ne pouvant aspirer à l'hégémonie comme les deux premiers - à noter que les pays du second monde ont connu un développement de type capitaliste -, et le troisième monde composé des pays exploités qui ne contrôlent que partiellement leurs propres richesses et qui sont, par conséquent, dans l'impossibilité de contrôler celles de pays tiers. A l'idée de «troisième monde» est aussi associé le sous-développement économique en même temps que le faible développement industriel et technologique, ce qui permettait aux penseurs

chinois de classer leur pays comme appartenant à cette catégorie.

Si nous tentons d'intégrer à l'idée de Tiers Monde la notion de santé, nous devons apporter des nuances en ce qui touche le développement industriel et technologique. L'industrialisation n'est pas en soi un «développement» directement associable à la santé. Au contraire, l'industrialisation dans le Tiers Monde se traduit fréquemment par la naissance de nouveaux problèmes de santé alors que l'on n'a pas encore réussi à combattre efficacement ceux liés à la sous-alimentation ou à l'absence d'hygiène. ² Des pays comme Cuba ou la Chine, réputés pour leurs gains importants en matière sanitaire, ne sont pas nécessairement reconnus pour leur niveau de développement industriel et technologique. L'industrialisation dans le Tiers Monde est encore moins un gage de santé lorsqu'elle contribue non pas à réduire des inégalités mais, au contraire, qu'elle augmente celles qui sont déjà flagrantes.

Le développement technologique pour sa part est parallèle à l'industrialisation et n'atteint le Tiers Monde que par les exportations des pays déjà industrialisés. La pénétration de la technologie médicale a déjà fait l'objet d'un constat important dans Santé pour Tous ^{3*}, pour démontrer qu'elle n'est pas non plus le gage d'une meilleure santé, surtout si elle est concentrée dans les centres urbains et qu'elle sert à soigner les maux d'une minorité. Le cercle vicieux de la dépendance technologique tant dans le domaine industriel que sanitaire fera l'objet d'une analyse dans le présent chapitre.

Le Tiers Monde se caractérise donc finalement par la dépendance économique, la difficulté ou l'impossibilité de choix «nationaux» dans les orientations, tout ceci ayant à la fois comme cause et conséquence l'absence de moyens de

développement. Le tout se traduit par l'incapacité pour le pays et ses populations de se nourrir, se vêtir et se loger convenablement, avec un corollaire évident, celui de la mauvaise santé.

2.3 Revue de quelques théories explicatives du sous-développement.

La littérature sur le sous-développement est abondante et il serait utopique d'essayer d'en faire le tour dans le cadre du présent travail. Disons seulement que tant à l'époque coloniale qu'à l'époque de l'impérialisme moderne, les pays les plus puissants - qui étaient aussi les plus développés économiquement pour leur époque - n'ont pas contribué au développement des pays qu'ils contrôlent mais en ont plutôt tiré le maximum de profits; en un mot, on tire plus du Tiers Monde que ce qu'on lui donne. On peut dire que l'époque coloniale a laissé plus de chances de s'en sortir à certains pays colonisés que l'époque impérialiste n'en laisse aujourd'hui aux pays qui sont ses victimes. Le cas des colonies de l'Amérique du nord est spécial en ce sens, comme le sont aussi ceux de l'Espagne et du Portugal qui se rangeraient mal parmi les sept grands modernes malgré leur puissance passée. En Amérique du nord, les colonisateurs se sont littéralement installés; ce sont de nouveaux pays qui se sont construits plutôt que des pays coloniaux qui se sont développés. De façon générale, les pays colonisés font aujourd'hui encore partie du Tiers Monde et leur «démarrage» ne peut se faire en parfaite harmonie avec les intérêts des puissances impérialistes qui les contrôlent.

Une théorie importante dans la recherche de solutions au sous-développement, et qui a pu servir à motiver dans le passé certaines interventions dans le domaine de la santé, est celle de l'école américaine de Rostow. Cette théorie énonce qu'il doit d'abord y avoir diffusion culturelle, c'est-à-dire, que les pays sous-développés doivent adopter les valeurs des pays développés - entendre capitalistes - comme pré-requis à leur démarrage économique. Deuxièmement, il y a absence de capital, ce qui bloque le développement; il faut donc

augmenter ce capital par les investissements étrangers capitalistes ou par des emprunts. Enfin, il existe un problème de dualité dans l'économie des pays du Tiers Monde entre un secteur rural arriéré et un secteur urbain moderne. Cette dualité prive l'économie d'un marché potentiel; un autre pré-requis devient alors de transformer les campagnes arriérées de telle façon qu'elles deviennent des consommateurs des produits industriels. Il faudrait donc, selon la théorie Rostownienne, que le Tiers Monde passe sensiblement par les mêmes étapes que les pays capitalistes pour arriver à un certain niveau de développement économique. ⁴

Une autre théorie importante issue de penseurs principalement Latino-Américains a été développée par le Conseil économique pour l'Amérique latine (CEPAL). Pour le CEPAL, le sous-développement n'est pas seulement une phase historique du développement comme le disent les théories plus mécanistes de type Rostow. Le CEPAL s'intéresse aux liens entre le centre et la périphérie ^{5*} et fait une analyse structurelle et historique du sous-développement. De cette analyse vient la théorie de la substitution des importations et du rôle que l'État joue et doit jouer pour favoriser cette substitution et donc donner des conditions internes pour le développement de l'industrialisation et du capital. Au fur et à mesure que l'on aura la capacité de remplacer les biens industriels importés par des produits nationaux, le pays développera son autonomie et son industrie. A l'opposé de la théorie de Rostow, celle-ci privilégie une approche basée sur les rapports entre les nations - le problème de la dépendance - et donne une importance moindre aux situations internes des pays. ^{6 7}

La substitution des importations pour les pays du Tiers Monde atteint assez vite ses limites puisque la demande de biens manufacturiers grandit plus vite que celle des matières

premières 8* et que les économies du centre et de la périphérie se développent à des rythmes différents, avec un écart grandissant; le développement technologique, entre autre, contribue à augmenter cet écart, rendant ainsi plus ardu le remplacement des produits importés. 9* D'autre part, l'importation par certaines couches de la population de biens de consommation parfois coûteux draine une partie des ressources économiques du pays. D'ailleurs, selon les gouvernements au pouvoir, on libéralise ou on limite cette importation ou on la taxe fortement; parmi ces biens de consommation, il y a évidemment le dollar US dont on contrôle ou libéralise aussi l'achat. On peut considérer que l'importation d'une médecine de pointe a fait partie des biens de consommation requis par une certaine couche de la population.

Les pays du centre - ou du nord - réagissent aux limitations qu'on impose à leurs exportations de produits de consommation. Les soins de santé primaires peuvent être, en un sens, un genre de «substitution» des importations d'une médecine (ou de soins de santé) venant des pays développés; la question peut être de savoir qui procède à la substitution.

Malgré l'effort de substitution comme moyen de renforcer l'économie des pays du Tiers Monde et de réduire la dépendance, la détérioration de l'échange se fait toujours aux dépens de ces derniers et les pays de la périphérie qui sont restés aux activités primaires voient leur main-d'oeuvre sous-utilisée ou obligée d'immigrer vers les pays industrialisés.

Le CEPAL ne voit pas une seule voie au développement du Tiers Monde, celle qui suivrait pas à pas le développement des pays industriels avancés. Cependant, le mode de développement qui est préconisé est quand même copié sur le modèle in-

dustriel capitaliste, modèle où l'État national prend une plus grande importance.

Enfin, un débat plus récent est celui du fameux rapport de Willy Brandt dans son programme nord-sud qui, finalement, dévie relativement peu des précédents; il insiste surtout sur la nécessité pour les deux pôles - nord et sud - de collaborer étroitement à la solution de certains problèmes dans le Tiers Monde. Cette collaboration est nécessaire pour le Tiers Monde puisque la seule voie de développement possible est celle qui la rattache au monde capitaliste ^{10*} ; elle est aussi nécessaire pour les pays riches, puisque ce sont des marchés dont ils ont besoin et où les risques d'explosions sociales contre leurs intérêts sont très grands. Existe donc théoriquement cette communauté d'intérêts qui peut facilement amener les uns à rester producteurs de matières premières et les autres producteurs de biens industriels. L'interdépendance devrait amener une juste valeur des échanges, juste valeur qui tarde à se manifester pour les pays du Tiers Monde puisque le prix des matières premières est allé plutôt vers le bas au cours des années 80. Il s'agit en fait d'un statu quo sur le partage des types de production à l'échelle du globe.

Un dernier élément que j'aimerais considérer dans ce court débat n'est pas vraiment une théorie du développement mais peut par contre faciliter la compréhension de l'échec des précédentes. Il y aurait impossibilité historique à un développement du Tiers Monde qui passerait par les mêmes sentiers que ceux du capitalisme moderne. Toutes les théories qui ont précédé ont un point commun; elles se réfèrent aux pays développés comme étant la norme. Le futur des pays du Tiers Monde serait donc d'atteindre cette norme. En réalité, le présent des pays développés n'est pas le futur des pays en voie de développement ¹¹ de même que les pays développés n'ont pas vécu dans le passé la situation actuelle des pays du Tiers

Monde. On ne peut croire que ces derniers seront dans quelques années ce que sont aujourd'hui les pays développés, en partie parce que le Tiers Monde d'aujourd'hui n'est pas ce qu'étaient les pays capitalistes développés il y a un siècle. Le sous-développement de la périphérie - ou du sud - est produit du développement du centre - ou du nord -. On a imposé aux pays sous-développés une économie au service du centre, une économie généralement de type capitaliste qui fait fi des réalités locales. Une des contradictions majeures pour le Tiers Monde est d'être confronté à une partie de l'humanité qui est déjà socio-économiquement et industriellement développée. Le contexte économique dans lequel ces pays se sont développés n'existe plus pour les pays du Tiers Monde. Najwa Makhoul, dans un article sur le développement de la santé, résume bien cette idée:

The present state of the under-developed countries is (...) «cardinally different from the earlier situation of the advanced countries in absolute and relative economic position and in the ability to fully utilize the potential economic output warranted by existing technological knowledge». ¹²

Les pays capitalistes avancés ont pu se développer et se moderniser en étant toujours à l'avant-garde du savoir technologique; il n'y avait pas à côté d'eux une technologie qui les devançait sans cesse, les rendant ainsi non compétitifs sur le marché mondial. Ils pouvaient aussi profiter tout à leur aise des matières premières et d'une main-d'oeuvre à bon marché dans le Tiers Monde, tout en ayant des acheteurs potentiels où exporter une partie de leur production.

Une caractéristique de l'époque actuelle pour le Tiers Monde est que tout se fait pour eux en un temps relativement court. Ils peuvent accéder aux techniques les plus avancées quelques années à peine après le début de leur utilisation dans les pays industrialisés pourvu qu'ils puissent y mettre le prix. Ce retard de quelques années est souvent crucial

pour limiter l'accès au marché mondial; de plus, cette dépendance technologique est très coûteuse et les pays sous-développés ne peuvent jamais produire et vendre suffisamment pour en payer le prix. Proposer un modèle de développement capitaliste type Rostow, c'est donc considérer que le Tiers Monde peut passer en quelques décennies toute l'étape de la révolution industrielle alors que ça a pris deux siècles aux pays industrialisés pour la réaliser.

En conclusion à cette courte rétrospective, et nous y verrons facilement tout l'impact pour le développement sanitaire, nous ne pouvons ignorer l'importance de la dette du Tiers Monde. Les négociations de la dette extérieure menées par le Fonds Monétaire International (FMI) n'ont pas contribué à favoriser ni le développement économique ni le développement sanitaire des pays du Tiers Monde. De nombreux exemples pourraient être apportés quant aux conditions posées pour la réduction, toujours relative, du poids de la dette; nous nous limiterons à ceux-ci, tirés d'un article de Brian Tomlinson.

The IMF have insisted that developing countries adopt severe «adjustment programs» designed by the industrial countries which control the Fund. The most common features of these programs have been:

- the devaluation of the currency (to promote exports and reduce imports),
- drastic cuts in government expenditures, particularly social spending, food subsidies, and other price controls,
- privatization of government enterprises,
- cuts in the public service, drastic controls on wage increases and higher taxes to reduce inflation. 13 14

Pour répondre aux nécessités du remboursement, les pays doivent se plier à certaines exigences en ce qui a trait aussi aux planifications économiques; dans certains cas, cela entraînera des pénuries de biens de consommation locale, particulièrement dans l'alimentation, puisqu'on produira prioritairement ce qui est recherché sur le marché mondial par

les acheteurs pour tenter de tirer de meilleurs profits des exportations.

Les Etats-Unis d'Amérique, parmi les premiers concernés, ont proposé leur solution au problème de la dette par la voix du plan Baker. ¹⁵ Ce plan, sans apporter aucune modification fondamentale au problème de la dette ni au système monétaire et financier international, visait surtout à empêcher le Tiers Monde de réaliser son unité face à ce problème et d'occuper une place aussi importante sur l'échiquier mondial que celle qu'à prise par exemple l'OPEP ¹⁶ au cours des années 70. De fait, toutes les propositions de renégociations se sont avérées des facteurs de désunion entre les pays débiteurs, puisqu'elles brisent les possibilités de front commun, si elles existent.

Les solutions qui se sont avérées efficaces pour régler le problème du sous-développement ne sont pas nombreuses. Ivan Illich disait dans les années 70 que la meilleure façon d'aider les pays du Tiers Monde était de les laisser en paix. Que toute aide, aussi bien intentionnée qu'elle soit, ne contribuait qu'à augmenter la dépendance et donc, d'empêcher les pays concernés de trouver leur voie au développement. C'est une position radicale qui peut difficilement avoir cours aujourd'hui lorsqu'on regarde l'interdépendance grandissante des nations, ne serait-ce que du point de vue écologique pour ne pas parler de l'économique. La Chine a pu se refermer sur elle-même durant vingt ans et chercher sa propre voie, chose qui n'est plus possible aujourd'hui pour des petits pays comme le Nicaragua; c'est encore moins vrai si nous nous référons aux événements récents en Europe de l'est où, malgré tous les «murs», la pénétration idéologique s'est avérée très forte.

Une solution est proposée au sujet de la dette extérieure qui serait celle de l'annuler purement et simplement, tenant

compte surtout du fait que le monde développé a plus de dettes envers le Tiers Monde que l'inverse. La dette disparue, les pays du Tiers Monde auraient une marge de manoeuvre qui n'a pratiquement jamais existé dans le passé; par contre, la façon d'utiliser cette marge n'est pas très claire et la dynamique interne de chacun des pays peut avoir des conséquences très différentes. La première action paraîtrait celle d'atteindre l'auto-suffisance alimentaire avec comme objectif principal le bien-être des populations. Ceci provoquerait évidemment des réajustements de l'économie mondiale puisqu'on devrait rechercher un équilibre dans la production et donc une modification de la loi des marchés.

La question qui reste à mon avis la plus complexe est celle du progrès général de ces pays. Doit-on entrer de plain-pied dans l'ère industrielle, compétitionnant ainsi avec les pays propriétaires des technologies de pointe qui sont déjà exportateurs mondiaux de biens industriels, ceux-là mêmes qui étaient généralement créditeurs de la dette? L'entrée dans la compétition industrielle risquerait de générer un phénomène d'endettement semblable à celui dont on viendrait de sortir. Serait-ce là qu'interviendrait le fameux nouvel ordre économique international, où les pays conserveraient des «spécialités» mais où les rapports d'échanges seraient plus équitables permettant, même aux producteurs de matières premières, de survivre convenablement dans une économie mondiale? Une chose est certaine tel que le soulignait un article de Jooned Khan sur l'Amérique latine, *Entre la dette impayable et la croissance impossible* ¹⁷ ; aucun réel développement économique ne peut être espéré dans le contexte actuel sans une solution à l'endettement.

2.4 Les racines du sous-développement de la santé sont communes avec celles du sous-développement économique.

C'est l'exploitation du Tiers Monde - semblable à celle de certaines couches de population en pays industrialisés - qui est la cause principale du sous-développement et par conséquent de la majorité des composantes d'un état de santé précaire.

Il faut comprendre au point de départ que, tant dans le développement économique que social ou sanitaire, il y a des irréconciliables entre pays riches et pays pauvres. Par exemple, la discussion de la dette extérieure qui étrangle le Tiers Monde n'a pas débuté au moment où celui-ci connaissait un essor économique pouvant favoriser son «démarrage». Au contraire, elle s'est faite en partie sous la pression de plusieurs pays en voie de développement, au moment où ces derniers ont vraiment atteint le fond du baril, alors que la crise sociale et économique est menaçante. Les créanciers doivent admettre que le remboursement de la dette est impossible et ils sont prêts à des compromis - bien faibles il faut le dire - qui leur permettent de ne pas tout perdre et de garder le contrôle de la situation.

Cet élément de dépendance, de changement rapide ou d'adaptation à un environnement international est aussi présent quand il s'agit du domaine de la santé. Là aussi, on offre aux pays du Tiers Monde des modes de santé ou des techniques qui sont de l'époque de l'industrialisation avancée alors que ces pays sont encore souvent aux prises avec des problèmes presque oubliés dans les pays riches développés.

Nous avons discuté de la dualité qui existe entre pays industrialisés et pays du Tiers Monde sur une base économique, mais il existe aussi en matière de santé une dualité

interne à chacun des pays. Le processus d'urbanisation y est enclenché depuis longtemps déjà et on y trouve aujourd'hui les plus grandes concentrations urbaines du globe. Ce phénomène ne résout en rien leurs problèmes de santé; au contraire, il les augmente. Une des plus graves conséquences est que l'on y retrouve en même temps les tares caractéristiques du sous-développement - sous-alimentation, manque d'eau potable, d'égoûts, etc...-, qui ne sont pas exclusives aux campagnes, côtoyant les grandes causes de mortalité des sociétés industrielles - appareil circulatoire, tumeurs -. On a toujours dans les campagnes et les bidonvilles des conditions de vie qui laissent place à de hauts taux de mortalité infantile et aux maladies comme la rougeole, la pneumonie, ou la tuberculose, tout en trouvant une bonne partie de la population urbaine qui requiert des soins de santé qui, sous certains aspects, se comparent à ceux des sociétés modernes. De la même façon qu'y coexistent deux types d'économies, l'agricole qui ne permet pas d'atteindre un niveau d'auto-suffisance, et l'industrielle qui part déjà perdante face aux puissances industrielles, coexistent aussi deux types de mauvaise santé; l'une est propre à l'époque de la révolution industrielle et l'autre à celle des sociétés modernes.

Quelles sont les racines du mal? Les déterminants immédiats sont on ne peut plus évidents et les habitudes individuelles peuvent difficilement être mises en cause de façon prioritaire dans le cas du Tiers Monde. Il reste toujours différentes théories explicatives du sous-développement qui jetteront le blâme sur les populations elles-mêmes, sur leurs dirigeants, sur la malchance historique; des théories plus subtiles parleront d'équilibre ou de failles dans le transfert technologique. Laissons plutôt la réponse à Vicente Navarro quand il nous dit:

(...) the major cause of death and disease in the poor parts of the world today in which the majority of the human race lives is not a

scarcity of resources, nor the process of industrialization, nor even the much heralded population explosion but rather, a pattern of control over the resources of those countries in which the majority of the populations has no control over their resources. ¹⁸

De la même façon que l'on dénonce l'idée de l'exportation d'un type de société industrielle vers le Tiers Monde, on ne peut éviter de dénoncer la tentative d'exportation d'un système de santé copié sur des sociétés industrialisées dans ces mêmes pays où les conditions de vie sont totalement différentes et où ces systèmes sont au service d'une minorité de bien-nantis concentrés dans les grands centres urbains. Encore une fois, les conditions actuelles internes et externes de ces pays ne sont pas celles qu'ont connues les pays industrialisés actuels.

2.5 Conclusion.

Il y a congruence entre toutes les théories pour dire que l'inéquité, le déséquilibre, sont la cause première des maux économiques. On peut mettre le poids de ces inéquités sur le dos de l'impérialisme, sur le retard ou la malchance historique, sur l'incompétence des dirigeants; il reste toujours que la distance grandit entre les pays développés industrialisés et le Tiers Monde. ¹⁹ Même dans le cas de L'Amérique latine, le miracle industriel brésilien ou le pétrole mexicain n'ont pu empêcher ces pays d'accumuler les plus grosses dettes extérieures du Tiers Monde, dettes qu'ils doivent négocier au prix de sacrifices énormes.

Les pays du Tiers Monde n'étaient pas aux premières places lorsque le démarrage industriel s'est fait. Ils ont donc renforcé à travers les décennies, bien malgré eux, leur vocation de producteurs de matières premières, à la remorque des technologies modernes développées dans les pays industrialisés. Le démarrage «santé», de son côté, s'est fait en pays développé non pas tant par la médecine que par l'enrichissement général de l'économie qui a entraîné d'une part l'amélioration grandissante des infrastructures - eau, égoût, chauffage, vêtement - mais aussi une meilleure alimentation que celle qu'on avait connue dans le passé.

On ne peut nier la nécessité d'une lutte pour la santé telle que préconisée par l'OMS, comme nous le rappelle Llorens Figuerola (ma traduction):

Se battre de façon urgente pour affronter l'actuelle situation critique de la santé dans le Tiers Monde, ceci par la mobilisation massive de ressources financières et humaines nationales et internationales, ne peut plus être retardé; promouvoir des programmes de santé maternelle et infantile, de contrôle des maladies transmissibles, d'amélioration du milieu de vie, de distribution d'aliments pour les enfants, d'approvisionnement en eau et autres besoins de base, sont des choses indispensables; étendre les services de santé,

la formation de techniciens et assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels pour les soins médicaux est pressant. 20*

Mais pour atteindre ce but, le Tiers Monde a besoin de changements beaucoup plus profonds que la seule volonté des autorités sanitaires d'atteindre leurs objectifs; c'est vraiment une guerre à la pauvreté et au sous-développement qu'il faut mener, guerre dont les combattants sont identifiables mais dont les stratégies sont encore à définir.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Un court texte résume bien l'histoire du concept. Voir "What is the Third World ?" *Third World Guide 89-90*, (International Editorial Board, Argentina: 1988), pp. 12-13.

2. Voir entre autre: Barry I. Castleman. "The Export of Hazardous Factories to Developing Nations", in *Health and Work under Capitalism: an International Perspective*, (édité par Vicente Navarro et Daniel M. Berman, Baywood Publishing Company, Inc. Farmingdale, New York: 1983), pp. 271-302.

3. Voir à ce sujet la section 1.3.

4. Vicente Navarro. *Imperialism, Health and Medicine, Introduction*, (édité par Vicente Navarro, dans *Policy, Politics, Health and Medicine Series*, Baywood Publishing Company Inc., New York: 1981) p. 17.

5. La notion de centre et de périphérie fait référence aux métropoles qui contrôlent les leviers économiques et aux pays fournisseurs de matières premières qui sont dans leur giron. On pourrait pratiquement utiliser aujourd'hui la notion de nord et sud comme synonyme.

6. Rafael Ignacio Paniagua Ruiz. *Etat et Capital, le cas du Mexique*, Thèse de doctorat de troisième cycle, Université de Picardie, U.E.R. d'économie et de gestion, 1984.

7. Celso Furtado. *Les Etats-Unis et le sous-développement de l'Amérique latine*, (Calmann-Lévy, France: 1970).

8. Phénomène déjà constaté par Engels.

9. Voir à cet effet: Raúl Prebisch. "Dependence, interdependence and development", in *CEPAL REVIEW*, (Comisión económica para América latina, no.34: april 1988), pp. 197-205.

10. Ce n'est peut-être pas aussi évident dans le rapport mais ça l'est dans toutes les positions internationales qui sont prises dans l'ouest, surtout dans le contexte récent de démocratisation des pays de l'est.

11. Pierre Salama et Patrick Tissier. *L'industrialisation dans le sous-développement*, (Petite Collection Maspero, Paris: 1982) p. 7.

12. Najwa Makhoul. "Assessment and Implementation of Health Care Priorities in Developing Countries; Incompatible Paradigms and Competing social Systems", in *social sciences and Medicine*, (Vol. 19, no. 4, 1984), p. 374.

Il cite alors S. Kuznets. "Underdeveloped countries and the pre-industrial phase in the advanced countries" in *The Economics of Underdevelopment*, (édité par A. N. Agarwala et S. P. Singh, Oxford University Press, London: 1973).

13. Brian Tomlinson. "The Debt Crisis and Development in the Third World", in *INTER-ACTION, World Inter-Action Mondiale*, (Ottawa: février-mars 1989) pp. 2-3.

14. Un court article de Gil Courtemanche dans le journal *LeDroit* apporte des informations complémentaires; il portait spécifiquement sur la crise au Venezuela.

Gil Courtemanche. "La Crise au Venezuela: L'entrée en scène du FMI, un facteur déterminant", *LeDroit*, (Ottawa: samedi 4 mars 1989), p. 17.

15. Du nom de James Baker, Secrétaire d'état au trésor américain.

16. Organisation des Pays Exportateurs de Pétrole.

17. Jooned Khan. "L'Amérique latine, entre la dette impayable et la croissance impossible" in *La Presse* (Montréal: samedi 11 mars 1989), p. B 7.

18. Vicente Navarro. op. cit. p. 12.

19. Voir le dernier rapport sur l'économie mondiale du Conseil économique et social de l'ONU (ECOSOC) dont un court résumé était fait par l'agence France-Presse: "L'écart ne cesse de se creuser entre pays riches et pays pauvres", in *La Presse*, (Montréal: 5 juillet 1989), p. G 7.

20. José A. Llorens Figueroa. "Deuda externa en América latina y salud para todos" in *Temas de Economía mundial, avances de Investigación*, (Centro de Investigaciones de la economía mundial, La Habana, Cuba: año 1988, no 25), p. 65.

Le texte original est le suivant:

Luchar con urgencia por enfrentar la crítica situación actual de la salud en el Tercer Mundo, mediante la masiva movilización de recursos financieros y humanos nacionales e internacionales, es impostergable; impulsar programas de atención materno infantil, control de enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, suministro de alimentos para la infancia, suministro de agua y otras necesidades vitales, es imprescindible; ampliar los servicios de salud, la formación de personal técnico y el aseguramiento de los medicamentos esenciales para la atención médica, es apremiante.

CHAPITRE III

UNE CRITIQUE IDEOLOGIQUE DU PLAN SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000 ET DES VISEES DE L'OMS DANS LE CONTEXTE DU TIERS MONDE

3.1 Avant-propos.

Après avoir discuté comment la santé en pays en voie de développement est inexorablement liée au sous-développement lui-même, nous allons maintenant procéder à une analyse interne du plan de l'OMS afin d'illustrer comment, malgré toutes ses bonnes intentions, il passe à côté du problème du sous-développement de la santé dans le Tiers Monde et comment il propose des méthodes ou des actions qui sont toujours susceptibles de cacher les intérêts d'une classe ou de pays dominants. Il peut paraître contradictoire de discuter de la «lettre» du plan si nous croyons que l'«esprit» en est erroné. En d'autres mots, discuter des moyens secondaires que propose le plan SANTE POUR TOUS EN L'AN 2000 peut paraître incorrect si l'on conclut que le moyen principal n'est pas adapté, ou qu'il couvre mal l'ensemble de la situation qu'il veut corriger. Tout réformisme utilise des moyens secondaires quelconques pouvant apporter certains résultats positifs même si la prémisse initiale n'est pas toujours (sinon rarement) correcte; on peut critiquer les principes sans pour autant conclure que toutes les stratégies soient mauvaises. Dans la majorité des cas, ce sont les seules actions susceptibles d'être entreprises à court et même à moyen terme et, de ce fait, elles peuvent être justifiées.

3.2 Introduction.

Une critique du plan de santé de l'OMS et de ses applications dans le Tiers Monde ne peut se faire sans référence à l'application ou à la compréhension de ce même plan en pays développé, ceci pour deux raisons principales.

La première de ces raisons est que les pays les plus riches comptent chez-eux des populations "sous-développées" que l'on dénomme habituellement sous d'autres synonymes plus ou moins valables; ce sont les démunis, les couches défavorisées, les populations à risque, etc... Ces populations sont fréquemment issues de la classe ouvrière et de celle des assistés sociaux; elles sont sous-scolarisées et on les retrouve généralement plus nombreuses parmi les autochtones, les immigrants ou les minorités linguistiques ou culturelles de certains pays. Ce sont des groupes - ou des communautés, si l'on veut utiliser les termes à la mode - qui ne disposent pas de conditions socio-économiques favorisant une prise en charge complète de leur santé et qui n'ont pratiquement aucun pouvoir décisionnel dans la société à laquelle ils appartiennent. Toute mesure mondiale prônant la réduction des différences entre pays riches et pays pauvres trouve son pendant au sein même des pays développés, entre les quartiers, les régions ou les provinces. La partie du discours de l'OMS qui analyse plus précisément les problèmes du sous-développement trouve donc un écho même en pays riches et le développement des concepts et des méthodes d'intervention utilisés dans le Tiers Monde est fortement influencé par l'action des pays riches face à leurs «sous-développés».

La seconde raison est que le plan Santé pour Tous et grand nombre de travaux qui l'entourent font une analyse des problèmes de santé consécutifs (ou associés) au développement industriel et au mode de vie des pays développés. Les plans

régionaux ^{1*} ou nationaux dans le cadre de Santé pour Tous proposent des mesures ou des méthodes particulières au contexte où le développement est en partie responsable de la mauvaise santé; ceci, contrairement au Tiers Monde où on accuse le sous-développement d'en être la cause principale. Nous nous référons ici principalement à la promotion de la santé (dont nous traiterons plus loin) qui semble devenir la voie d'action privilégiée dans le domaine de la santé dans les sociétés industrielles modernes. Les mêmes problèmes de santé sont aujourd'hui de plus en plus présents dans les pays en voie de développement, parmi les couches urbaines d'une part, et surtout parmi les couches bourgeoises dont l'espérance de vie plus longue permet de mourir du coeur ou d'un cancer ^{2*}. John Aston souligne le parallèle existant dans le Tiers Monde entre les «anciennes maladies» et les «nouvelles»:

Depuis 150 ans, beaucoup de choses se sont améliorées mais beaucoup d'autres demeurent inchangées. Les maladies infectieuses ont pour ainsi dire disparu des petites et grandes villes de l'hémisphère nord, plus favorisé, mais elles ont été remplacées par les cardiopathies, les attaques, les accidents, le cancer, le suicide, sans parler des problèmes sociaux comme le stress, la dépression et l'abus d'alcool et de drogues. Dans l'hémisphère sud et dans les communautés pauvres en général, les épidémies de maladies infectieuses coexistent avec les épidémies modernes liées au mode de vie. ³

Les modes d'interventions proposées pour contrer ces problèmes en pays riches sont donc exportables dans le Tiers Monde et peuvent devenir des moyens généralisés d'action. C'est pourquoi la critique de ces moyens en pays développés s'avère utile pour comprendre leur utilisation dans le Tiers Monde.

3.3 Quelques éléments historiques du débat autour du développement de la santé et les nouveaux courants en matière de santé.

3.3.1 La pensée médicale au coeur du développement du système sanitaire tel que nous le connaissons aujourd'hui.

Le soigneur, dans un grand nombre de sociétés, a souvent détenu un pouvoir qui dépassait de loin celui qui pouvait lui être conféré par ses seules connaissances médicales. On recourait au chaman, au sorcier ou au «curandero» pour bien des maux ou bien des problèmes autres que ceux du corps; sa position sociale et la proximité du pouvoir politique lui donnaient une autorité morale à laquelle peu d'autres groupes ont pu prétendre. Aujourd'hui, on retrouve encore ce pouvoir bien établi dans grand nombre de sociétés, particulièrement dans le Tiers Monde, ce qui amène l'OMS à dire qu'il faut prendre en considération les médecines traditionnelles et les croyances quand on pense modifier certaines façons de faire qui sont jugées peu bénéfiques ou même dangereuses pour la santé. Ceci n'empêche évidemment pas le fait que l'on reconnaisse de plus en plus, parmi les penseurs les plus avancés, les effets positifs de certaines formes de «médecines» qui tirent leur origine de pays en voie de développement. Les traitements par les herbes remplacent très souvent, avantageusement, l'usage abusif de médicaments à bases chimiques que l'on rencontre en pays industrialisés. D'autre part, toute la force mentale de l'individu dans un processus de guérison ou d'équilibre semble aussi être mise plus à profit dans certaines pratiques associées fréquemment au «charlatanisme» que dans la médecine moderne aseptisée.

Dans le monde occidental, la médecine a pris un caractère scientifique qui a contribué à lui donner l'auréole d'une

vérité absolue. Elle s'est en même temps associée aux classes dominantes, non pas cette fois-ci à cause de l'intégration naturelle du soigneur aux réalités quotidiennes de la communauté, ce qui était très souvent le cas dans les communautés traditionnelles, mais vraiment par une prise de contrôle du champ de la santé ou de la maladie.

Les pays industrialisés avaient déjà commencé bien avant la création de l'OMS leur «révolution» sanitaire qui consista surtout en la déification de la médecine et de la recherche médicale. On considère généralement que les changements les plus profonds à l'ère moderne sont dus au fameux rapport Flexner (1910) qui, selon Berliner,

(...) a exercé une influence profonde et spectaculaire sur toute la conception de la médecine et de la formation médicale aux Etats-Unis et au Canada. La version européenne du rapport (Flexner, 1912) a également eu des répercussions sur la formation médicale en Europe. 4*

Le rapport Flexner couronnait la prise en main par un des groupes de guérisseurs de la «nouvelle» science médicale. Ceci voulait dire le contrôle d'une profession mais aussi le pouvoir de décider du bon et du mauvais en matière de santé 5*.

La première révolution sanitaire occidentale était aussi révolutionnaire que la révolution industrielle elle-même. Elle s'avérait une nouvelle façon de comprendre la réalité de la santé et de la maladie et de gérer les rapports médecins-soigneurs et patients. En plus de la lutte de pouvoir et du désir de contrôle qu'elle pouvait contenir, on y retrouvait surtout une révolution technique par rapport à tout ce qui avait existé auparavant. Ce fut l'époque du développement profond de la recherche en médecine et du développement de l'hôpital comme lieu de santé - ou de maladie -.

Cette prise en main se faisait conjointement avec le développement rapide de la nouvelle classe capitaliste et d'une montée de la pensée «scientifique»; à tout problème, peu importe sa nature, il y a une solution technique ⁶. C'est ce que nous dit Berliner quand il affirme:

La solution des capitalistes , en tant que classe, a été de transformer les problèmes sociaux en problèmes techniques. Les problèmes d'ordre social et dont la solution devait donc être politique furent transformés en problèmes d'ordre scientifique, dont la solution devenait technologique. ⁷

Jaime Breilh ⁸ pour sa part parle d'une époque monopolistique, en médecine comme dans l'économie.

La médecine comme partie de la société occidentale n'allait pas échapper à ce courant techniciste et, comme digne représentante d'une classe particulière de cette société, elle allait utiliser son nouveau pouvoir et son savoir scientifique pour couvrir au besoin bien des maux sociaux, en transformant justement les problèmes sociaux en problèmes techniques. En accord avec le type de société où se développait cette «nouvelle» pensée médicale, la vision dite scientifique rejetait l'idée de causalité sociale de la maladie, comme l'exprimait bien Rossdale. La médecine devient alors individualiste, non seulement parce qu'elle traite individuellement le patient mais aussi parce qu'elle exclut les aspects sociaux de la vie du patient ⁹. L'individu est considéré isolément de la société où il vit, ceci parce que l'on fait abstraction de ses conditions d'existence. Le corps humain est lui-même considéré non pas comme un ensemble mais comme une somme de parties, comme une mécanique qui peut avoir des ratés. Berliner illustre bien une partie de cette affirmation et ses conséquences:

Au niveau des concepts, on élimina de la pensée médicale l'image du corps humain en tant qu'organisme intégré, unique - c'est-à-dire un organisme dont les effets sur une de ses parties se répercutent sur

tout le corps. (...) on commença à conceptualiser le corps en termes de plusieurs systèmes indépendants. ¹⁰

La nouvelle médecine scientifique avait aussi tendance à focaliser la recherche sur l'individu et particulièrement le sub-individu (la cellule ou l'organe). Cela ne servit pas seulement à masquer la relation entre la maladie et son environnement externe mais fit aussi en sorte que la recherche curative et préventive porta sur l'individu plutôt que sur les problèmes de sa collectivité. Cela eut comme effet de faire porter sur l'individu la responsabilité de sa propre santé, et de retirer cette responsabilité à la société. ¹¹

En résumé, il y a eu développement d'un corporatisme qui a permis à un groupe particulier d'imposer une hégémonie qui dure jusqu'à aujourd'hui. Ce corporatisme s'est érigé en un pouvoir économique et en une forme de contrôle social. Ce contrôle social a été rendu plus facile grâce au caractère scientifique qu'a pris la médecine, caractère qui l'a amenée à être vue comme détentrice de la vérité même dans des domaines autres que la maladie ^{12*} et grâce aussi à son association avec le capitalisme montant et les valeurs qu'il défendait.

Comme nous l'avons souligné, la médecine officielle a rapidement effacé tous les éléments sociaux de la santé, ceci dans la vague individualiste et de libre entreprise qui a caractérisé l'époque de sa prise de pouvoir. La mention aussi prononcée aujourd'hui de l'importance du social dans le domaine de la santé, la notion nouvelle de «santé» par opposition à la conception longtemps véhiculée par la médecine - et toujours véhiculée par une bonne partie de la profession médicale - de la «maladie», la place que l'on dit vouloir accorder aux «autres agents» de santé, tout ceci peut laisser songeur. L'OMS, malgré son statut, serait-elle la voix de la classe médicale, classe qui s'érige encore comme celle qui va décider des bons comportements en matière de santé, classe qui va déléguer certaines interventions mais sans perdre le pouvoir, une classe qui normalise? John Ehrenreich confirme cette opinion sur l'utilisation du savoir médical.

The «scientific» knowledge of the doctors is sometimes not knowledge at all, but rather social messages (e.g., about the proper behavior of women) wrapped up in technical language. And above all, both the doctor-patient relationship and the entire structure of medical services are not mere technical relationships, but social relationships which express and reinforce (often in subtle ways) the social relations of the larger society: e.g., class, racial, sexual, and age hierarchy; individual isolation and passivity; and dependency on the social order itself in the resolution of both individual and social problems. ¹³

Le contrôle idéologique passé fait que les actions actuelles dans le domaine de la santé issues du courant de santé publique sont sujettes à interrogation quand les «nouveaux prêtres» se lèvent en défenseur des pauvres, des défavorisés du monde riche ou ceux des pays du Tiers Monde. Il faut souligner de plus que le courant dit «de santé publique» ne fait pas nécessairement unanimité parmi l'élite médicale; ce courant n'est pas non plus exclusivement le fait de médecins mais il puise aussi ses supporteurs parmi les penseurs sociaux, ce qui n'empêche pas la couche médicale d'en garder encore le contrôle.

Ce débat, malgré tous les efforts mis à parler de prévention ou de promotion de la santé, reste toujours actuel partout dans le monde en 1989. En effet, dans le flot des déclarations sur les besoins primaires de santé et sur les racines sociales de la mauvaise santé, ce sont, plus souvent qu'autrement, les réponses technologiques qui l'emportent, ceci surtout dans les pays où les raffinements technologiques sont financièrement accessibles. L'hôpital est encore à la base du système de santé et on investit, autant en recherche qu'en infrastructures médicales, beaucoup plus pour tenter de soigner quelques maladies que pour développer des services de santé préventifs dans une communauté.

La pensée médicale n'a donc à-peu-près rien perdu de son pouvoir en ce sens et la conception du corps humain, de

l'appareil sanitaire et même de l'organisation sociale reste fortement influencée par elle.

3.3.2 Les nouveaux courants de pensée dans le domaine de la santé.

Les considérations précédentes peuvent paraître éloignées du problème de l'amélioration de la santé dans les pays en voie de développement ou du plan Santé pour Tous en l'an 2000. Dans les faits, la conception de la santé, le développement de la «science» médicale, les courants modernes qui tentent de ré-associer médecine et société - ou médecine et problèmes sociaux - peuvent difficilement faire abstraction de cette partie de l'histoire de la médecine.

Santé pour Tous est un peu au croisement de la nouvelle pensée holistique en matière de santé ^{14*}, d'un constat historique d'échec relatif en matière de dispensation de soins ou de services de santé, en pays développés comme en pays en voie de développement, et d'une compréhension partielle des problèmes de sous-développement en matière de santé, particulièrement dans le Tiers Monde.

3.3.2.1 La santé communautaire comme école de pensée associée étroitement aux soins de santé primaires.

La médecine, parallèlement au développement industriel capitaliste, s'est individualisée et est devenue source importante de profits; c'est ce dont nous avons discuté précédemment. En même temps que ce développement technologique, et compte tenu des coûts et des réalités de certains problèmes de santé parmi les couches défavorisées, les années 1970 ont vu se développer la santé communautaire - ou santé publique ^{15*} - un peu comme une réponse à certains excès ou à certaines erreurs, ceci principalement en pays développés. Celle-ci puisait ses connaissances et ses outils tant dans la médecine plus traditionnelle avec ses connaissances et ses

moyens techniques que dans les sciences du comportement humain ou les sciences sociales.

Contrairement à la pratique médicale courante où l'individu est vu comme un ensemble de sous-systèmes, où les liens entre l'esprit et le corps ont été longtemps méconnus, «où ce qui n'apparaît pas sous le microscope est ignoré»^{16*}, la santé publique, un peu l'ancêtre de Santé pour Tous, vise les problèmes de santé des masses, par des moyens susceptibles d'avoir des effets plus collectifs qu'individuels. Cette science de la santé publique, selon E. Richard Brown, devrait sa croissance et son développement au cours du vingtième siècle, aux impératifs du colonialisme et du néo-colonialisme¹⁷. On verra plus loin, dans la section 3.4, "La «santé» au service du développement capitaliste", comment on peut faire cette association.

Des auteurs ont tendance à identifier la médecine moderne à une forme de contrôle des populations, surtout à l'intérieur d'un système capitaliste. Ivan Illich par exemple, considère le traitement moderne de la maladie comme une appropriation de l'esprit et du corps de l'individu, et ceci peu importe le contexte politique ou économique où ce traitement est rendu.

(...) Illich pense que les sociétés, qu'elles soient capitalistes ou socialistes, convergent toutes vers le même modèle en suivant un processus évolutif semblable. En effet, "les malaises profonds dus à l'industrialisation qui surgissent dans les systèmes de soins basés sur l'entreprise privée et ceux qui se manifestent dans les systèmes nationalisés en sont venus à se ressembler dangereusement".^{18 19}

Breilh²⁰, de son côté, identifie la médecine communautaire à une nouvelle police médicale, comme elle l'a été aux 17ième et 18ième siècles, en concordance d'idées dans ce dernier cas avec les travaux de Foucault^{21 22}. Cela donne donc, au moins à certaines des mesures proposées de nos jours

- entre autre par l'OMS -, une connotation d'intérêts de classe et de contrôle social, que ce soit par la participation de la communauté, par la présence des agents de santé à tous les niveaux de la vie quotidienne ou encore par le biais de certaines mesures préventives devenues obligatoires 23*.

Breilh fait un long procès de la santé communautaire-dite aussi médecine communautaire 24* - qu'il voit comme:

Un stimulant pour la productivité, en ce sens qu'elle stimule la consommation de ressources thérapeutiques et d'autres composantes de l'infrastructure médicale (produits vendus par les entreprises). Elle augmente la capacité de travail des travailleurs et, même si elle réduit d'autre part les coûts de santé pour les familles à revenu modeste, elle en fait de plus gros consommateurs d'autres biens (loisirs, biens de consommation, etc..) .

Un mécanisme de rationalisation, puisqu'en réduisant les coûts de la santé pour l'État, elle permet de réallouer des fonds aux secteurs productifs. Cette réduction de coûts passe par l'utilisation d'une main-d'oeuvre «volontaire» ou bénévole - utilisation de ressources communautaires -, de personnel avec une qualification minimale et d'étudiants.

Un mécanisme de redistribution: soit vers les communautés, grâce au système de taxation, mais aussi vers les bourgeoisies qui investiront ou obtiendront des investissements dans les programmes communautaires (ex. routes, aqueduc, etc..).

Une méthode de contrôle social et de légitimation de l'état. On peut croire à la bonne volonté de l'État et à son sens humanitaire; mais on peut aussi voir, par le

biais de la médecine communautaire, la transmission de la vision de la santé de la classe dominante, et de ses opinions sur les origines de la maladie et sur les actions considérées acceptables pour la contrer. C'est aussi un mécanisme disciplinaire puisque les agents de la santé peuvent ainsi pénétrer dans les familles défavorisées, apprendre bien des choses par leur présence dans la communauté et donner des sanctions morales à ceux qui ont de «mauvais comportements».

Community medicine is one of the few solutions that capitalism can propose for the problems of public health. It provides a means to attend to minimal levels of social demand, as well as basic conditions for the protection of previously neglected populations, without changing the social relations of significantly diminishing productive investments. To the contrary, it seems that primary care coverage extension projects are efficiently interwoven with other forms of consumer market expansion. ²⁵

C'est sûrement un des jugements les plus sévères que l'on puisse porter sur la «médecine communautaire». Il serait bon cependant de citer à nouveau Breilh en terminant, pour nuancer le sens de ses critiques:

When we define "community medicine" as an alternative of imperialism, it must be clearly understood that we do not question the intrinsic value and potential of social medicine; what we impugn is the use of primary medicine as a strategy of low-cost service for the purpose of social conciliation and political deformation. ²⁶

Nous partageons cette opinion de Breilh quant au fait que la médecine sociale et préventive offre un potentiel «santé» évident tant dans les pays industrialisés que dans le Tiers Monde. Ce potentiel peut être facilement récupéré par la couche médicale d'une part, elle qui a le plus profité économiquement de la maladie; et par les gouvernements nationaux ou les forces impérialistes d'autre part, eux qui voient souvent les populations comme des main-d'oeuvres à exploiter et non comme des humains qui ont droit à la santé.

Le discours tenu dans les pays industrialisés au cours des années 80 veut effacer cette image de médecine - ou de soins de santé - pour les pauvres et axée vers une prévention qui a parfois une saveur de production accrue. Santé pour Tous est finalement, en partie du moins, une traduction de la santé communautaire adaptée particulièrement pour le Tiers Monde; c'est une traduction qui doit cependant faire appel à une plus grande compréhension historique puisque l'état de santé de ces populations n'est en rien comparable à celui des pays développés. La réflexion de Breilh sur la médecine communautaire en pays développés apparaît donc encore une fois utile pour tenter de comprendre le mouvement Santé pour Tous et pour saisir une partie de ses origines.

3.3.2.2 Le modèle holistique et la nouvelle définition de la santé.

Un deuxième élément de la pensée moderne en matière de santé, ultérieur à celui du développement de la science de la santé publique, est aussi sujet à de profondes interrogations. Il est plutôt d'ordre conceptuel, et est à la base même de la nouvelle notion de santé endossée entre autre par l'OMS; il s'agit du modèle holistique de la santé.

La santé a été traditionnellement définie comme l'absence de maladie, alors qu'effectivement on souffrait et on mourait de certaines maladies infectieuses pour lesquelles la médecine moderne a eu un certain rôle à jouer ^{27*}. Une personne en santé était une personne non malade, puisque la maladie entraînait généralement la mort ou une limitation importante dans les activités courantes. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens ²⁸, publié en 1974, faisait valoir que l'état de santé de la population était influencé par plusieurs facteurs: la biologie humaine, le mode de vie, l'organisation des soins de santé et l'environnement physique et social dans

lequel les gens vivent ²⁹. Ce document est encore aujourd'hui reconnu comme un des premiers documents officiels importants qui modifiaient la vision traditionnelle de santé-maladie en définissant la santé par ses composantes biologiques, psychologiques et sociales. Le système de santé canadien, qui est reconnu universellement comme un des meilleurs au monde, a, en un certain sens, donné le ton au nouveau courant de pensée dont l'aboutissement actuel est la promotion de la santé. Le plan d'ensemble pour la promotion de la santé cité plus haut définit ainsi la santé:

(la santé) devient un état que les individus et les collectivités cherchent à atteindre, à conserver ou à récupérer et non pas quelque chose qui vous arrive simplement parce qu'on vous a soigné lorsque vous étiez malade ou blessé et que vous êtes guéri. La santé est une force fondamentale et dynamique de notre vie quotidienne; elle est influencée par notre situation, nos croyances, notre culture et notre milieu social, économique et physique. ³⁰

La notion de santé fait donc appel non seulement à l'état de l'individu pris isolément mais aussi à toutes les conditions qui l'entourent et qui peuvent favoriser ou nuire à cet état de bien-être qui est recherché. La notion d'équilibre entre différents facteurs est donc extrêmement importante et c'est ce qui explique le recours à un ensemble d'acteurs pour permettre la santé, acteurs que nous trouverons mentionnés dans le plan de l'O.M.S..

Theodor Abelin décrit le concept positif de la santé basé sur la notion d'équilibre, dépassant ainsi la notion limitée de «état de bien-être physique, psychologique et social»:

La vie est considérée comme un système d'autorégulation, avec une multitude de sous-systèmes agissant les uns sur les autres, dans lequel les individus s'adaptent à un environnement constamment en train de changer. Selon leurs ressources physiques, psychologiques et sociales, ils s'adaptent aux dérèglements temporaires du système qui peuvent être provoqués par des variations de température, une pénurie de vivres à court terme, des agents infectieux ou des

carences affectives. Noack ³¹ a proposé le terme d'équilibre sanitaire pour décrire cet état dynamique d'équilibre qui est maintenu en dépit d'agressions extérieures liées à l'environnement et au comportement. L'équilibre sanitaire se réfère au maintien des fonctions biologiques et mentales face aux influences positives et négatives de l'environnement physique et social. ³²

Cette définition ou cette approche de la santé n'est pas sans soulever certaines interrogations, que l'on tente de l'appliquer en pays développés ou en pays en développement. McKee ³³ fait une critique intéressante des rapports entre modèle holistique de la santé et médecine capitaliste.

Many researchers are critical of the holistic approach to health because, as the model is generally put forth, it provides an individualist solution to problems of health by focusing on changing the individual rather than on altering the social structure that promotes and unhealthy environment. ³⁴

Elle constate, en se référant à des auteurs comme Crawford ou Berliner, que le modèle holistique a tendance à négliger les causes sociales de la mauvaise santé et à réduire les problèmes sociaux à des problèmes de santé. D'un côté, alors que le modèle holistique tel que mis de l'avant par le rapport Lalonde et plusieurs autres travaux récents dans la matière ³⁵ semble vouloir concilier la vision traditionnelle de la maladie et une vision plus sociale, il apparaît que la médecine moderne s'en sert pour perpétuer sa compréhension de la réalité et intégrer les problèmes plus «sociaux» dans le champ de ses compétences.

Le modèle holistique est une conception de la réalité sanitaire qui cadre mal avec la vision de la médecine occidentale, associée à l'accumulation capitaliste. Citant Berliner et Salmon, McKee explique comment la préoccupation pour la «santé holistique» peut servir les intérêts de l'accumulation capitaliste.

In an attempt to lower escalating health costs paid largely by the state and by corporations in the form of benefits to workers, and to

increase worker productivity in the present economic crisis, the state and many corporations have encouraged patient responsibility, self-restraint, individualist definitions of prevention, and some inexpensive, low-technology therapies which are promoted by advocates of holistic health. ³⁶

Le modèle holistique ne signifie pas seulement un mode de pensée mais il fait aussi appel à certaines formes de traitement ou de prévention qui viennent souvent d'autres cultures. Ces formes ont souvent été modifiées pour devenir une valeur commerciale et répondre aux préoccupations des sociétés occidentales, comme le souligne encore une fois McKee:

Moreover, many traditionally holistic practices, such as acupuncture and meditation, are modified in the west to treat symptoms (e.g. pain, drug addiction, stress and obesity) rather than employed in their more holistic applications. ³⁷

Non seulement l'accumulation capitaliste est-elle à l'origine d'un grand nombre de problèmes de santé, mais elle profite aussi de ces derniers pour augmenter cette accumulation. Nous mesurons donc ici la distance entre un concept qui est à la fois novateur et qui pourrait être source de progrès dans la compréhension et l'amélioration de la santé; et la récupération et l'utilisation possible de ce même concept dans le cadre de sociétés ou la santé, comme la maladie, sont vues comme sources de profits.

Le modèle holistique à l'origine de SANTE POUR TOUS et son exportation vers le Tiers Monde sont donc sujets à interrogation; encore là, le fond philosophique apparaît très cohérent mais son application peut servir des fins autres que celles de la santé.

3.3.2.3 La promotion de la santé comme moyen d'action privilégié dans le cadre des soins de santé primaires.

Le second élément est à la fois un concept et un mode d'action en santé communautaire; c'est celui de la promotion de la santé. Pour certains, la promotion de la santé semble devenue le moyen magique par lequel on pourra améliorer l'état de santé tant dans le Tiers Monde que dans les pays industrialisés. Selon le plan canadien pour la promotion de la santé, celle-ci:

est le processus qui permet aux personnes de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer. Elle représente une stratégie médiatrice entre les gens et leur environnement, qui établit la synthèse du choix personnel et de la responsabilité sociale en matière de santé pour créer un avenir plus sain. ³⁸

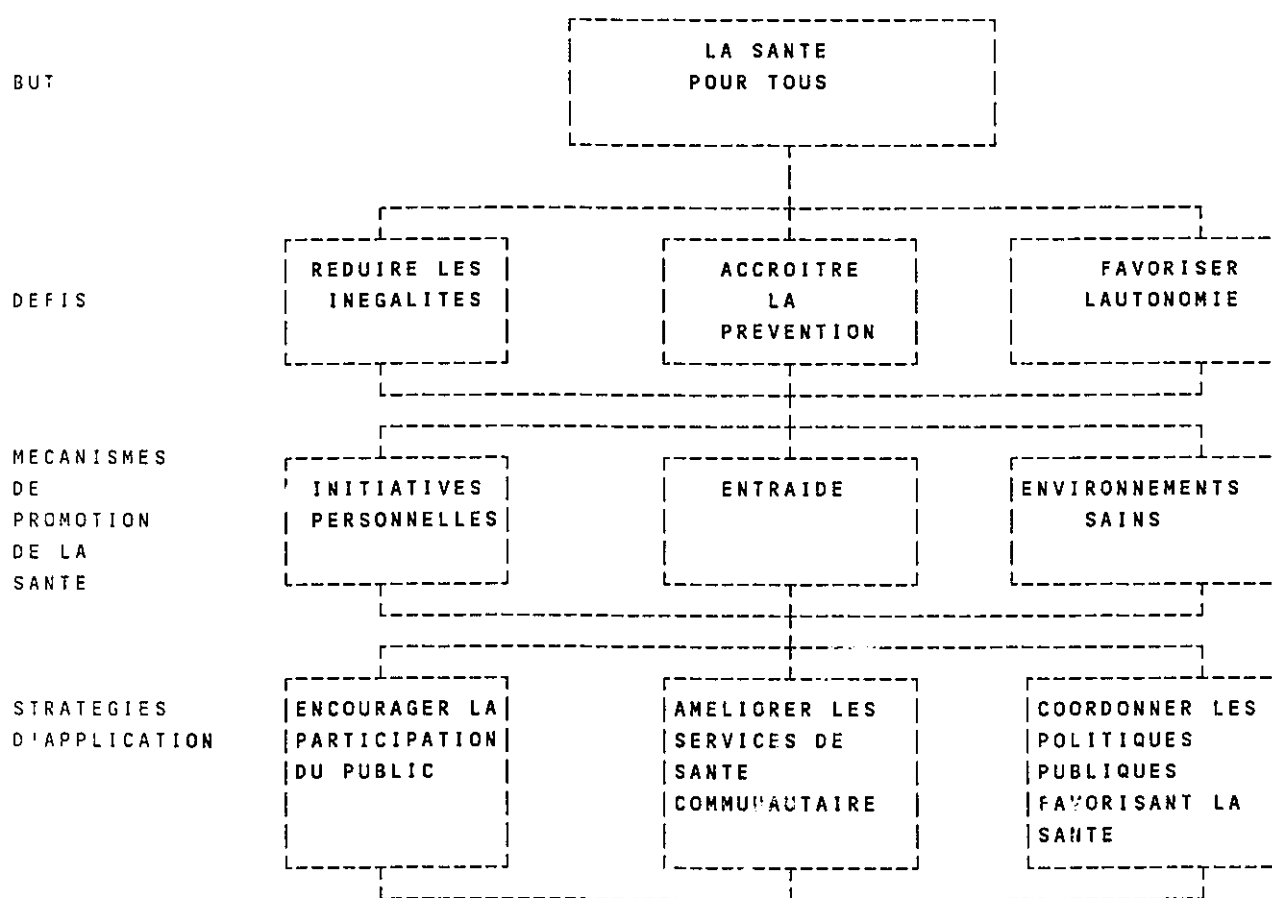
Ou, exprimé autrement, selon Anctil et Martin,

La promotion de la santé est née d'un besoin: rétablir un équilibre c'est-à-dire faire en sorte que la santé relève d'abord du domaine personnel, sa place première. Ce projet suppose une ouverture du système de santé et un changement d'attitude de ses membres; décideurs, praticiens, chercheurs. ³⁹

La promotion de la santé est associée fréquemment aux modifications que doit apporter l'individu à ses habitudes de vie, ceci grâce aux influences bienfaisantes des agents modernes de santé qui ne sont plus exclusivement médecins ou infirmières mais qui peuvent provenir de toutes les disciplines et de tous les milieux. Des actions comme l'éducation auprès des jeunes dans les écoles, des campagnes dans les médias pour amener l'opinion publique à appuyer par exemple la fluoration de l'eau, le lobbying auprès des députés et ministres pour interdire l'usage du tabac dans les lieux publics ou augmenter les taxes sur l'alcool, sont autant de stratégies qui peuvent être employées dans le domaine de la promotion de la santé.

La meilleure présentation de la promotion de la santé, peut être tirée du Plan d'ensemble sous la forme d'un diagramme compréhensif.

PLAN D'ENSEMBLE POUR LA PROMOTION DE LA SANTE



TIRÉ DU DOCUMENT DE L'HONORABLE JAKE EPP

Les défis sont ceux de réduire les inégalités, accroître la prévention et favoriser l'autonomie. La réduction des inégalités, par exemple, fait suite au constat que les gens de quartiers défavorisés, de faible statut socio-économique, ou exerçant certains types d'emplois, meurent plus jeunes que le reste de la population plus aisée. Certains groupes de citoyens traînent avec eux une lourde hérédité telle qu'une faible scolarité de pères en fils - ou de mères en filles -, des emplois mal rémunérés, une survie précaire grâce à l'aide sociale, l'abus d'alcool ou de tabac, la violence au sein de la famille, etc... Théoriquement, la réduction d'inégalités devrait passer par une modification quelconque de la société; l'impossibilité de remettre en question la société elle-même fait que la réduction des inégalités devient souvent une culpabilisation individuelle avec assez peu d'emphase collective.

Au niveau des mécanismes de promotion, par exemple, le phénomène d'entraide est vu comme quelque chose qui peut favoriser l'amélioration de l'état de santé. On s'interroge peu sur l'importance ou l'origine de l'individualisme dans les sociétés occidentales qui est en un sens aux antipodes de l'entraide. L'entraide peut aider à solutionner certains facteurs défavorables à la santé - isolement, suicide, usage de drogues, etc ... - mais elle peut aussi servir à remplacer certains services donnés jusqu'alors par l'état.

Enfin, les stratégies d'application cherchent comment faire que les structures sociales ayant des rapports plus ou moins directs avec la santé se démocratisent et répondent plus adéquatement aux besoins des citoyens. Ceci peut être obtenu par une participation plus élargie, l'amélioration des services de santé communautaire et la coordination des politiques publiques. Comme nous le verrons plus loin, c'est une des stratégies centrales proposées dans Santé pour Tous.

Nous ne nous attarderons pas à discuter plus à fond la promotion de la santé dans les pays développés mais plutôt comment on peut voir son application dans le Tiers Monde.

La promotion est une stratégie peu coûteuse qui pourrait donner des résultats merveilleux si on écoute certains de ses instigateurs au sein des organismes de santé.

L'ampleur du problème que pose l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 donne le vertige. Si l'on y ajoute le peu de temps qui reste et le manque de fonds, on est tenté de rendre le tablier.

Pourtant, il est à notre portée, ce but. En matière de santé, même un minimum de fonds - pourvu qu'ils soient dépensés créativement - peuvent amener des changements de comportement fructueux à long terme. Prenez l'allaitement maternel, il est gratuit; la réhydratation orale qui sauve les enfants atteints de diarrhées graves et les contraceptifs qui permettent d'espacer les naissances coûtent fort peu. ⁴⁰

Le directeur général adjoint de l'O.M.S. abonde dans le même sens en disant que:

La plupart des grands problèmes de santé et des décès prématurés dans le monde sont évitables moyennant des changements de comportements à peu de frais. ⁴¹

Vouloir être en bonne santé, lui accorder une importance prioritaire, être capable de se dire avec détermination, «la santé d'abord», sont des notions qui peuvent être acquises et développées. ⁴²

Ce qu'il faut aujourd'hui, c'est donner à chacun la volonté d'être en bonne santé. ⁴³

La promotion de la santé est donc tout ce processus qui amène le citoyen à prendre des décisions en matière de santé favorables à lui-même et à son environnement. Certains niveaux d'action, plutôt dans les mains d'experts que dans celles du commun des mortels, visent des modifications à partir du haut, surtout par des changements politiques.

Une société disposant de grands moyens financiers peut peut-être attendre de ses concitoyens une prise en main

individuelle et collective de leur santé. Les sociétés du Tiers Monde, où ces moyens font défaut, ne peuvent honnêtement laisser reposer sur le dos des démunis le poids de leur santé en prônant des changements individuels qui ne sont pas appuyés par des modifications en profondeur de la société elle-même.

3.4 La «santé» au service du développement capitaliste.

Il apparaît ici important de présenter un autre élément historique, celui de la collaboration de la médecine et de sa «science» dans le développement et la protection de la main-d'oeuvre tant dans le monde développé que dans les pays en voie de développement. Luciano Bozzini résume bien le discours de Richard Brown dans l'extrait suivant:

(...) si la médecine dite flexnérienne a triomphé aux Etats-Unis (et en Europe probablement pour des raisons analogues), c'est certes parce qu'elle s'est imposée comme le modèle scientifique apparemment définitif dans la lutte contre les maladies infectieuses, mais aussi parce qu'elle servait des intérêts sociaux précis. Au delà de sa valeur scientifique et des intentions altruistes de ses promoteurs, l'hégémonie du modèle scientifique montant - bio-mécanique, curatif et individualiste -servait à la fois les intérêts matériels et scientifiques des nouvelles élites médicales et ceux des maîtres de l'industrialisation pour qui un système axé sur l'individu et la guérison avait l'avantage de ne pas entraver la liberté entrepreneuriale. Dans la même veine, Brown a montré que le grand capital et l'appareil politique américain se sont amplement servis de l'efficacité du modèle bio-médical contre les maladies infectieuses pour des visées impérialistes dans les pays sous-développés. Hier comme aujourd'hui, où elle fait fleurir une industrie de médicaments et d'équipements, la science et la pratique bio-médicales n'ont pas prospéré dans le vide d'une éprouvette. ⁴⁴

La médecine et les sciences de la santé en général n'ont pas été liées à l'idéologie capitaliste du monde occidental seulement sous l'angle du développement technologique et de la recherche de profits mais elles sont rapidement passées au service du développement capitaliste lui-même. L'objectivité scientifique, dans cette science comme dans beaucoup d'autres, servait à couvrir des intérêts particuliers pas toujours évidents pour ceux mêmes qui étaient appelés à y travailler. Les conditions de vie des masses ouvrières anglaises ont commencé à s'améliorer le jour où les patrons se sont aperçus qu'ils étaient plus productifs bien nourris et à l'abri d'un certain nombre de maladies; et aussi le jour, chose qu'il ne faut pas négliger, où les couches ouvrières ont été en

meilleure position pour revendiquer certains droits. Le capitalisme moderne, en accord avec les nouveaux courants de pensée dans les sciences de la santé, a adopté aussi ce point de vue. Il n'est plus rare de voir l'employeur payer pour permettre à ses employés de faire de l'activité physique, cesser de fumer ou régler ses problèmes conjugaux.

La recherche médicale a permis de trouver des solutions à certains problèmes particuliers tout en préservant le pouvoir acquis par la classe médicale et par la classe capitaliste en général. Il reste difficile de décanter ici ce qui visait réellement à améliorer l'état de santé de certains groupes de travailleurs pour les rendre plus productifs, ce qui est le fruit d'un réel altruisme, et ce qui relève purement du négoce, c'est-à-dire les profits tirés de la pratique médicale elle-même ou de la vente de médicaments et autres quincailleries.

Les Etats-Unis d'Amérique sont évidemment le pays où le développement technologique s'est fait le plus rapidement dans le domaine de la santé, ceci pour des raisons semblables à celles qui les ont amenés à devenir la première puissance industrielle mondiale. Malgré leur richesse et la supposée perfection de leur système et de leurs institutions, leur développement industriel et agricole s'est fait au détriment des couches travailleuses et sans préoccupations majeures pour leurs conditions de vie et de santé. Encore aujourd'hui, une forte proportion de la population, surtout parmi les noirs et les minorités ethniques, n'a qu'un accès limité aux services de santé, et les immigrants sans statut connaissent des conditions de travail dans les usines ou dans les plantations agricoles qui ne sont pas loin de celles vécues au début du siècle.

La nouvelle pensée médicale et ses progrès scientifiques ont reçu un appui intéressé de la part des grandes compagnies et fondations capitalistes, comme le souligne Jaime Breilh:

Far from supporting Flexner's ideas for humanitarian reasons and as a compromise with the progress of medical education, the powerful corporations were establishing with clear vision the foundations for the medicine of the new monopoly capitalism. «Scientific» medicine, as well as other superstructural resources, received priority because it represented a means of aiding the efficient reproduction of the most appreciated commodity: the labour force. ⁴⁵

La Fondation Rockefeller, l'une des plus actives dans le domaine de la santé aux U.S.A., collabora activement à la recherche de remèdes pour certaines maladies tropicales qui affaiblissaient la main-d'oeuvre et la rendaient moins productive ^{46*}; la maladie qui fût longtemps source de leur plus grande préoccupation était l'ankylostomiase ou le «germe de la paresse». Richard Brown fait une critique intéressante de ces programmes.

A quelques exceptions près, chaque rapport annuel, chaque mémorandum et chaque discussion (de la Fondation Rockefeller, n. de l'a.) décrivait l'étendue de l'ankylostomiase et évaluait d'un même souffle la perte de productivité ouvrière. Cette relation étroite était confirmée par un accroissement de la productivité à la suite des programmes de traitement dans chaque région. ⁴⁷

Evidemment ces programmes ont été fort utiles dans le développement du sud des Etats-Unis mais ils ont aussi été étendus dans toutes les autres régions où les USA avaient des intérêts et où pouvait sévir une telle maladie. Ces programmes furent donc déclarés prioritaires, comme le rapporte Brown, compte tenu des avantages physiques et économiques directs résultant de l'élimination de la maladie ainsi que leur utilité comme moyens d'établir et de consolider nos influences ⁴⁸. Non seulement on y trouvait des intérêts économiques évidents, même à court terme, mais on obtenait un pouvoir de pénétration culturelle tout aussi important. Et ici un parallèle intéressant souligné par Brown, alors que les

Rockefeller subventionnaient aussi bien les activités de certains missionnaires chargés d'apaiser les populations locales que les activités médicales.

(...) la Fondation Rockefeller découvrit ce que les missionnaires avaient compris avant elle: à savoir que la médecine représentait une force quasi irrésistible de colonisation des pays non industrialisés. ⁴⁹

D'autres luttes menées cette fois contre la malaria, la fièvre jaune et d'autres maladies infectieuses au cours des dernières décennies témoignent aussi de l'importance des intérêts immédiats des entreprises capitalistes. Najwa Makhoul rapporte qu'en Afrique,

the provision of even minimal health services was shaped by the relation of people to production of surpluses exported to the metropolises. Because minimum maintenance of the worker's health was an economic investment, companies and plantations built hospitals exclusively for workers of the particular concern; those Africans living in the vicinity under subsistence conditions outside the money economy were ignored altogether. ⁵⁰

Le même phénomène est vécu en Amérique latine,

(...) where North American companies are known to destroy their plantation-based health services [meant to minimize absenteeism and win workers' loyalty] upon transfer of their property to another concern. ⁵¹

La pénétration des services médicaux ou des services de santé dans les colonies, malgré certains succès dans le domaine des maladies transmissibles, a été accompagnée de mesures politiques, économiques et souvent militaires qui ont dans les faits totalement éliminé les quelques bienfaits qu'on aurait pu en retirer. James A. Paul ⁵² nous parle abondamment du cas du colonialisme français au Maroc où la guerre de conquête coloniale aurait fait plus de 100,000 morts, où les villages, les écoles, les cultures ont été détruits, où les forces coloniales se sont emparées de plus d'un million d'hectares des meilleures terres agricoles pour les détourner

de la production de cultures de consommation locale vers des productions pour l'exportation. La baisse d'alimentation consécutive à toutes ces actions et le travail harassant dans les entreprises coloniales, associés aux mauvaises conditions socio-économiques, ont amené des problèmes de santé importants: peste, choléra, tubercule, syphilis,... Paul ne fait pas porter à la médecine le poids de telles actions mais il ne l'absout pas complètement. Medicine did not cause these health atrocities, of course, but as we shall see, it supported them, participated in them, and apologized for them. ⁵³

Un autre exemple est l'accompagnement de l'impérialisme américain par les forces médicales vers le Vietnam (6 millions de morts, 10 millions de réfugiés) ou l'Amérique du sud, où les productions agricoles locales ont été transformées en plantation de bananes, de café, de cacao, et autres produits d'exportation au profit des pays du nord. Paul va même jusqu'à associer Medicine, mass-propaganda and espionage in the colonies ⁵⁴ alors que certains médecins, même à l'époque moderne de l'impérialisme, ont pratiquement été délégués à cette fin. Il cite à cet effet un membre du Congrès américain, Hugh Carey, qui suggérait que les programmes de santé outre-mer soient étendus, en prenant comme exemple les succès de la contre-insurrection médicale au Vietnam et en Amérique latine qui sont proof of the value of medicine as an American foreign policy weapon in an increasingly hostile world ⁵⁵.

L'utilisation de la médecine, et de la santé en général, à des fins impérialistes et de contrôle des populations ne signifie pas que toute évolution dans sa pensée ne vise qu'à augmenter ce contrôle. On est cependant en droit de s'interroger sur les intentions réelles cachées derrière le discours, - sur son honnêteté -, de même que sur l'utilisation que d'autres, moins bien intentionnés, peuvent en faire.

3.5 Comment Alma-Ata se présente comme une vision réformatrice pour le développement de la santé dans le Tiers Monde et même dans le monde développé?

On peut considérer, au moins dans le monde développé, qu'on a dépossédé l'individu du contrôle de sa santé pour confier cette dernière au nouveau prêtre qu'est la classe médicale; et ce passage n'a pas été fait uniquement pour des raisons humanitaires ou des raisons d'efficacité. Aujourd'hui, on requestionne la notion de santé dans la séparation qu'on en a fait d'avec la réalité sociale; par contre, on tend fréquemment à utiliser ce questionnement dans le sens d'une culpabilisation individuelle, et en vue de réduire les coûts d'un système de santé qui n'ont cessé d'augmenter.

Dans le Tiers Monde, sous l'influence de la médecine occidentale et de l'aide internationale, avec la collaboration de multinationales et, très souvent, d'élites locales, on a dénigré les médecines traditionnelles, on a introduit le biberon et le lait en poudre, tout en investissant des sommes énormes dans un coûteux appareillage sanitaire. Ce court panorama peut être utile pour comprendre les origines de Alma-Ata.

3.5.1 L'association entre développement économique et développement sanitaire dans Alma-Ata.

On aurait bien aimé lire au début de la déclaration qu'il ne pourra y avoir de réelle santé, dans le Tiers Monde en particulier, - sinon dans les couches économiquement défavorisées des pays développés - , qu'au moment où il y aura justice sociale à l'intérieur même de ces pays et au sein des communautés qui les composent, de même qu'entre les pays riches qui concentrent chez-eux toutes les richesses du globe

et les pays en voie de développement. On trouve dans la déclaration un ensemble de considérations qui se refusent à identifier des causes claires au mauvais état de santé dans le Tiers Monde et proposent plutôt des moyens et des stratégies susceptibles d'apporter des améliorations.

La déclaration n'est évidemment pas totalement muette sur les inégalités qui existent dans le monde et on y demande que soit adoptée une nouvelle approche de la santé et des soins de santé afin de combler le fossé entre «nantis» et «démunis», de parvenir à une distribution plus équitable des ressources sanitaires (...).⁵⁶ Même si elle ne nie pas la relation existant entre démunis économiquement et démunis sanitaire-ment, la déclaration insiste plus sur les aspects sanitaires, à tel point qu'elle leur donne préséance à notre avis, sur l'aspect économique.

La conférence a examiné l'étroite interrelation et l'interdépendance existant entre la santé et le développement socio-économique, la santé favorisant une amélioration progressive des conditions d'existence et de la qualité de la vie tout en étant elle-même tributaire de cette amélioration.⁵⁷

Tout en disant qu'il y a interrelation étroite et constante entre développement économique, social et sanitaire, on sent toujours qu'une priorité importante et presque exclusive est accordée à cette dernière forme de développement. La santé est pratiquement vue comme un pré-requis au développement économique.

Ce n'est en effet qu'après avoir accédé à un niveau acceptable de santé que les individus, les familles et les communautés peuvent retirer de l'existence les autres bienfaits qu'elle recèle. C'est dire que le développement sanitaire est une condition essentielle du développement socio-économique et que les moyens de réalisation des deux types de développement sont intimement liés. En conséquence, les actions destinées à améliorer la situation sanitaire d'une part, la situation socio-économique d'autre part, doivent être considérées comme se renforçant les uns (les unes) (sic) les autres et non comme concurrentielles.⁵⁸

La déclaration d'Alma-Ata est encore plus précise en disant que les soins de santé primaires sont la clef d'un niveau de santé acceptable: Les soins de santé primaires étant le facteur clé d'instauration d'un niveau de santé acceptable pour tous, ils aideront les gens à concourir à leur propre développement socio-économique. ⁵⁹

La solution principale passe donc par les soins de santé primaires qui sont des soins plus adaptés aux problèmes de santé de même qu'aux ressources humaines et financières des pays en voie de développement ^{60*}. Cette solution englobe un éventail de stratégies, comme les collaborations multi-sectorielles qui tentent de mettre en commun, du moins théoriquement, les ressources et les intérêts des secteurs économiques, de l'éducation, de l'agriculture, etc..., et évidemment de la santé. Cette solution requiert aussi un compromis des gouvernements nationaux à collaborer aux soins de santé primaires, en assurant

des services de promotion, de prévention, les soins curatifs, de réadaptation et d'urgence, capables de faire face aux principaux problèmes sanitaires de la communauté, et tout particulièrement des groupes vulnérables, correspondant aux besoins et aux moyens de la population. ⁶¹

Elle requiert finalement la participation des communautés, des familles et des individus qui doivent assurer la responsabilité de leur propre santé, soit collectivement, soit individuellement.

Les soins de santé primaires concourraient aussi au développement par les actions et les dispositifs organisationnels qui sont mis en place. Par exemple, le contrôle de certaines maladies transmissibles

aide souvent à promouvoir le développement général. Ainsi, la maîtrise du paludisme, de la maladie du sommeil et de l'onchocercose peut ouvrir de nouvelles régions au peuplement (...), une nutrition

correcte et la réduction de la morbidité accroissent la productivité du travail. ⁶²

Ces derniers exemples ne sont pas sans rappeler les interventions de la Fondation Rockefeller dans le sud des Etats-unis au début du siècle où l'amélioration de l'état de santé des populations avait des objectifs humanitaires parfois intéressés.

3.5.2 Un aperçu et une critique de quelques stratégies mises de l'avant par la conférence de Alma-Ata.

3.5.2.1 La participation de la communauté.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la communauté doit prendre une large part de responsabilités dans l'atteinte d'une bonne santé, que ce soit sur une base individuelle ou collective. Elle doit donc, selon la déclaration:

concourir à la planification des actions de soins de santé primaires, puis collaborer pleinement à leur exécution, ce qui suppose de la part de ses membres qu'ils assument une large part de responsabilité touchant leurs propres soins de santé - par exemple en adoptant un style de vie sain, en se conformant aux règles d'une bonne hygiène alimentaire et générale ou en se faisant administrer les vaccinations requises. Ils peuvent en outre concourir aux soins de santé primaires par des prestations de travail, d'argent et autres. ⁶³

La déclaration de Alma-Ata voit aussi comme une des conséquences possibles à l'instauration des soins de santé primaires l'émergence ou l'éveil de la conscience sociale (...) qui est si importante pour mobiliser les efforts des gens au service du développement. En résumé, les soins de santé primaires peuvent être un puissant facteur d'accroissement de la conscience sociale, d'initiative et d'innovation ⁶⁴, ceci par l'utilisation de ressources humaines et financières encore inexploitées. Les membres des communautés, selon Alma-Ata,

en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement. ⁶⁵

C'est probablement un effet positif qui peut être attendu d'une mobilisation de certaines forces autour des soins de santé primaires; il apparaît cependant plus plausible que l'émergence d'une conscience sociale soit à l'origine de la prise en main par la communauté des soins de santé primaires, parmi d'autres de leurs besoins pressants, plutôt que l'inverse. L'idée ancrée dans Alma-Ata, du passage du sanitaire au social, est très forte comme le montre ce témoignage d'une convertie :

Les soins de santé primaires doivent devenir avant tout un mouvement social, un mouvement dans lequel les gens de toutes sortes sont engagés en tant que des partenaires actifs et non pas simplement des bénéficiaires passifs de prétendus avantages. De tels mouvements sociaux exigent des leaders à tous les niveaux, qui partagent l'idéal de la santé pour tous et possèdent certaines qualités essentielles. ⁶⁶

Selon Alma-Ata, la communauté devrait intervenir dans l'évaluation de la situation, dans le recensement des problèmes et dans la fixation des priorités. ⁶⁷ Ce pré-requis à la participation de la communauté semble très intéressant au niveau du principe mais passe difficilement l'examen puisque le plan lui-même a été conçu dans des chaires internationales où étaient présents assez peu de membres des communautés dont l'état de santé est aussi déplorable.

C'est un fait que les membres des communautés peuvent réfléchir et chercher des solutions dans le domaine sanitaire qui les touche de près; mais ils sont fort limités, sinon empêchés, d'intervenir sur le terrain économique où se joue généralement leur état de santé et où sont concentrés les obstacles à une amélioration réelle. La participation n'est

pas seulement une question de bonne volonté; elle doit être placée à l'intérieur de contextes sociaux et elle débouche souvent sur un terrain où la demande d'une plus juste répartition des richesses collectives peut être menaçante pour certaines classes de toute société, surtout celles du Tiers Monde.

Suite à la discussion menée précédemment autour des origines de la promotion de la santé et de son orientation initiale du «victim blaming» (section 3.3.2.3), nous devrions maintenant peut-être parler du «communauté blaming».

3.5.2.2 La collaboration inter-sectorielle.

Conformément à la nouvelle vision de la santé discutée antérieurement où toutes les facettes de la vie sont intégrées, l'amélioration de l'état de santé d'une population passe par une intervention intégrée de tous les secteurs d'une société et tous les membres d'une communauté.

Le secteur agricole doit par exemple,

veiller à ce que la production d'aliments pour la consommation familiale soit intégrée aux objectifs de la politique agricole et à ce que les aliments atteignent effectivement ceux qui les produisent, ce qui pourra exiger dans quelques pays des mesures de réforme agraire. ⁶⁸

Les femmes ont de leur côté, dans la majorité des pays en voie de développement, de multiples tâches: travaux agricoles, soins ménagers, soins des nourrissons et des enfants,

D'où la nécessité de leur faire bénéficier d'une technologie appropriée qui allégera leur travail et accroîtra leur rendement au travail. D'où aussi la nécessité de les doter de connaissances nutritionnelles qu'elles puissent appliquer dans le cadre des ressources dont elles disposent, en particulier en ce qui concerne

L'alimentation correcte des enfants et leur propre nutrition en période de grossesse et d'allaitement. ⁶⁹

De la même façon, Alma-Ata aborde le problème de l'eau et des égouts, des travaux publics et du logement où (...) une action éducative est importante pour apprendre aux gens à maintenir dans un état convenable les habitations et leurs alentours. ⁷⁰ Les secteurs de l'éducation et de l'information trouvent aussi leur place dans les soins de santé primaires comme agents pouvant favoriser le changement. Enfin, les secteurs agricoles et industriels ont aussi une part de responsabilité dans la protection de l'environnement et des milieux de vie des communautés.

La collaboration inter-sectorielle est donc effectivement très importante mais elle semble reposer dans Alma-Ata sur une négation évidente des contradictions qui ont toujours existé entre propriétaires des moyens de production et ceux qui doivent vendre leur force de travail. La saine alimentation pour la mère et sa famille ne peut reposer uniquement sur l'éducation de celle-ci, comme l'accès à des produits sains et en quantité suffisante ne peut reposer non plus sur la simple bonne volonté des producteurs agricoles. De même, l'utilisation abusive des produits chimiques en agriculture ou la pollution des milieux de travail et du milieu de vie quotidien est pratiquement toujours hors du contrôle de la communauté elle-même. Le simple paysan a intérêt, tant pour lui que pour son environnement immédiat, à mieux connaître les dangers liés à l'utilisation de certains produits chimiques; cependant, ceci ne le protège pas de l'utilisation faite à grande échelle des mêmes produits par des compagnies qui possèdent, elles, la moitié du pays.

3.5.2.3 Autres éléments ou stratégies pour mettre en place les soins de santé primaires.

La déclaration d'Alma-Ata souligne de nombreux autres éléments qui devraient contribuer aux soins de santé primaires. On y parle de coordination des actions, de décentralisation, de technologies appropriées, de ressources humaines, des agents de santé communautaire, des médecins traditionnels, des personnels de haute qualification, d'équipements, etc...

Certains de ces éléments sont plus intéressants que d'autres à considérer, telle par exemple l'idée de l'agent de santé communautaire, formé un peu sur le modèle du médecin-aux-pieds-nus, rendu célèbre en Chine. Evidemment, dans un contexte de rareté de ressources, où les investissements sont plus nécessaires dans des actions de santé primaires que dans une technologie raffinée, l'idée de l'agent de santé issu et près de la communauté apparaît très valable, comme le dit Alma-Ata.

Dans de nombreuses sociétés, il est souhaitable que ces agents proviennent de la communauté où ils habitent et aient été choisis par elle de façon à être assurés de son soutien. S'ils viennent d'autres communautés, il est important qu'ils s'adaptent socialement au style de vie de la communauté qu'ils sont appelés à servir. On leur donnera une formation courte et simple pour les préparer à exercer le genre d'activités qui répondra aux besoins exprimés de la communauté; (...).⁷¹

Il faut souligner que ce modèle de soins de santé primaires est issu d'un type particulier de société et qu'il a pu obtenir un certain succès non comme élément initiateur du changement social mais plutôt comme une de ses conséquences. Comme le développement économique est, à notre avis, une condition primordiale pour l'atteinte d'une bonne santé dans une société, et non l'inverse, le médecin-aux-pieds-nus est le produit d'une société; il participera au changement mais ce changement ne pourra tirer son origine de sa seule présence.

Le besoin en équipement et en postes sanitaires est aussi souligné au sein de la déclaration, et c'est un autre champ où la participation des communautés apparaît importante. Cette participation est mise en parallèle avec la lutte à l'individualisme qui semble aussi être un des principes des soins de santé primaires. Un extrait du rapport d'une coopérante en poste dans un bidonville de Lima, Pérou, est assez probant à cet égard; il donne un exemple frappant de collaboration en même temps que de la fragilité de celle-ci (ma traduction).

En novembre 1982, on avait improvisé un endroit dans la maison d'une mère de famille pour installer le poste de santé. Le geste était émouvant, au point d'en pleurer. Cependant, ceci signifiait que l'espace d'environ trois mètres par deux qui servait de salon-cuisine-salle à manger, était réduit à 1 ½ par 1 ½ mètre, pour une famille avec trois enfants de moins de six ans; on utiliserait la même porte pour les besoins quotidiens de la famille et ceux qui allaient être créés par le poste de santé. Au mois de janvier, la dame partit en voyage vers son village natal et l'espace prévu pour le poste disparut. ⁷²

Encore une fois, le principe est des plus légitimes, mais son application ne peut reposer honnêtement sur les seules épaules de communautés dont les membres sont quotidiennement menacés dans leur survie même. De même, la mise en commun de ressources, sans aucune arrière pensée que celle du bien de la communauté, l'éloignement de la valeur «individualisme», sont des choses qu'on a développées dans certaines sociétés. Ce dernier phénomène n'a nulle part été consécutif à la seule préoccupation d'amélioration de l'état de santé mais est plutôt issu d'un mouvement social beaucoup plus profond.

Il est donc, en conclusion, erroné de croire que le développement de la santé, surtout dans le Tiers Monde, peut être le moteur du développement économique et social. Les agents de la santé, tout en pouvant jouer un rôle politique, ne peuvent puiser le leadership nécessaire à un changement

social profond dans une réforme comme celle que propose Santé pour Tous. De la même façon, le passage d'une société individualiste de type nord-américain, qui est celui que l'on exporte vers le Tiers Monde et, plus récemment, vers les pays du bloc de l'est, ce passage donc vers une société plus «communautaire» ne peut se faire en prenant comme point de départ le seul développement des soins de santé. Comme l'allaitement au sein est venu contredire tout ce que la médecine occidentale - et Nestlé - ont diffusé durant des décennies, l'aspect communautaire des soins de santé primaires vient contredire toute l'idéologie occidentale qui est exportée quotidiennement vers le Tiers Monde. En ce sens, les soins de santé primaires pourraient apparaître comme étant à contre-courant de l'histoire moderne, tant en pays développés que dans le Tiers Monde. Il est très logique de penser que la santé ne peut que bénéficier d'une collaboration et d'un support social étendus; les conditions pour l'obtenir doivent d'abord venir d'un changement social qui n'est pas que sanitaire.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Régional signifie pour l'OMS les cinq grandes régions du monde.

2. Les taux de décès pour ces mêmes maladies sont peut-être plus élevés qu'on ne le croit dans le Tiers Monde où beaucoup de gens meurent sans diagnostic médical précis contrairement à ce qui se passe généralement dans les pays du nord.

3. John Ashton. "Des villes saines", *santé du monde*, le Magazine de l'Organisation mondiale de la santé, juin 1988, p. 9.

4. Howard S. Berliner. "La consolidation du pouvoir médical au début du siècle: une nouvelle interprétation du rapport Flexner", in *Médecine et société, les années 80*, (Editions coopératives Albert St-Martin, Laval, Québec: 1981), p. 93.

L'article de Berliner mérite d'être lu pour comprendre vraiment ce qu'est le rapport Flexner. Si nous reprenons sans le citer quelques fragments de son texte ou de ses citations, mentionnons que la formation médicale moderne a pris son origine dans ce rapport. Le cours universitaire de quatre ans a remplacé la formation prise plus ou moins sur le tas auprès d'un autre médecin, on a ajouté des travaux de laboratoire, un enseignement clinique, le développement de professeurs spécialisés en médecine, etc.... Ceci, pour Berliner, est la lecture traditionnelle du rapport Flexner; il nous propose ici une lecture plus critique. C'est à cette dernière que nous faisons référence dans le texte.

5. Un bon exemple de ceci est la suspension d'un médecin dans la région de Montréal, pour avoir permis à une sage-femme de procéder à un accouchement, en sa présence, dans un hôpital. " (...) on sait que des médecins ne sont pas réprimandés lors de morts maternelles ou foetales qui peuvent être dues à l'absence médicale dans la phase de travail actif: «A ce que je sache, aucun médecin n'a été interdit de pratique»." *Journal LeDroit*, Ottawa, 12 avril 1989, p. A 5. citant le Docteur Madeleine Blanchet, présidente du Conseil québécois des affaires sociales et de la famille.

6. Daniel Westberg nous dit dans "Ethics, Technology and Sustainable Development" dans *Worldscape*, University of Guelph, International Development Education Centre for International Programs, (Vol. 3, No. 2, Fall 1989), p. 4.

Because western society thinks in a technological way, the problems are seen as technical problems, and as such, the solutions proposed are the ones the system generates.

7. Howard S. Berliner, op. cit. p. 93.
8. Jaime Breilh. "Community Medicine Under Capitalism: a new medical Police ?" dans *Imperialism, Health and Medicine*, (Baywood Publishing Co., Fargmingdale, N. Y.: 1981), pp. 149-168.
9. M. Rossdale. "Health in a sick Society", *New Left Review*, (no.36, 1965), pp. 82-90, cité par Howard S. Berliner, op. cit. p. 99.
10. Howard S. Berliner, op. cit. pp. 98-99.
11. Ibid p. 100.
12. Le fameux livre du Docteur Spock, *Comment soigner et éduquer son enfant*, a longtemps été considéré comme la Bible, non seulement dans ses aspects médicaux, mais aussi dans le domaine de la psychologie de l'enfant. Benjamin McLane Spock. *Comment soigner et éduquer son enfant*, (Centre national du livre familial, Paris: 1969).
13. John Ehrenreich. *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, (Monthly Review Press, New York and London: 1978), p. 15.
14. La pensée holistique - dont nous traiterons plus en détail - est issue de courants de pensée européens et nord-américains. Cette conception qui, en définitive, en est une d'équilibre entre le corps et l'esprit, était à mon sens beaucoup plus présente dans les sociétés traditionnelles qu'elle ne l'est dans les sociétés industrielles modernes.
15. Le terme le plus ancien est celui de «Santé publique»; on utilise aussi fréquemment celui d'«hygiène publique». Dans le contexte québécois, on parle plutôt de «santé communautaire» et on étudie la santé communautaire dans des départements universitaires de «médecine sociale et préventive».
16. Cette phrase fait référence à la postface du livre de Yanick Villedieu, *Demain la Santé*, (Québec Science Editeur, Québec: 1976), écrite par Fernand Séguin.
17. E. Richard Brown. "La santé publique et l'imperialisme: les premiers programmes Rockefeller aux Etats-Unis et dans le monde", in *Médecine et société, les années 80*, Bozzini, Luciano et all. (Editions coopératives Albert St-Martin, Laval, Québec: 1981), p. 119.
18. Vicente Navarro. "L'industrialisation du fétichisme: une critique d'Ivan Illich", dans *Médecine et société: les années 80*, (Editions coopératives Albert Saint-Martin, Laval,

Québec: 1981) p. 450. La citation d'Ivan Illich est tirée de "Medical Nemesis", *The Lancet*, (Vol. I, no. 7863, 1974) pp. 918-921.

19. L'ouvrage consulté personnellement est: Ivan Illich, *Némesis médica*, (México, 1984: Joaquín Mortiz / Planeta).

20. Jaime Breilh, op. cit. pp. 149-168.

21. Michel Foucault. *Surveiller et punir*, (Gallimard, Paris: 1975).

22. Michel Foucault. *Naissance de la clinique*, (Presses universitaires de France, Paris: 1963).

23. Par exemple, plusieurs provinces canadiennes autorisent maintenant, en cas d'épidémie, les responsables régionaux de santé publique à exclure de l'école un enfant ne pouvant présenter de preuve écrite de vaccination contre une maladie contagieuse (rougeole, rubéole, etc..), si celui-ci - ou ses parents - refuse de se faire vacciner. Au Québec, l'exclusion est de deux semaines après l'apparition du dernier cas.

24. Breilh utilise le terme «médecine communautaire» dans un sens de soins médicaux mais aussi dans celui de santé communautaire ou santé publique:

Official Institutions broadly refer to "community medicine" ("primary care," "first contact," or "simplified" medicine including low-cost services, principally oriented to the earning poor who inhabit geographical areas ambiguous communities. Their operational object is not (as in the security programs) the worker or the bureaucrat, but the poor district or the rural "community", and they pretend to have a purely biological focus by considering cultural, political, and environmental "components". They are not directed at the specific treatment of acute patients but at basic treatment of chronic cases and the development of low-cost administrative and preventive measures.

Jaime Breilh, op. cit. p. 149.

25. Ibid p. 149.

26. Ibid p. 159.

27. Voir à ce sujet Thomas McKeown, op. cit. et la section 1.4 du chapitre I.

28. Marc Lalonde, *Nouvelle perspective pour la santé des Canadiens* (Ottawa: avril 1974).

29. L'Honorable Jake Epp, Ministre de la santé nationale et du bien-être social. La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé, (Ministère des approvisionnement et services, Canada: 1986), p. 3.

30. Ibid p. 3.

31. Abelin fait ici référence à un article de H. Noack, "Concepts of health and health promotion" devant paraître dans Abelin, T. et al. Measurement in health promotion and protection, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, (1986), sous presse au moment d'écrire son présent article.

32. Theodor Abelin. "Indicateurs positifs de la promotion et de la protection de la santé" in Rapport trimestriel statistique sanitaire mondiale, 39 (1986), p 353.

33. Janet McKee. "Holistic Health and the Critique of Western Medicine", in Social Science and Medicine, (Vol. 22. No. 2, 1986), pp. 193-199.

34. Ibid p. 775.

35. On peut voir à ce sujet, Conseil des affaires sociales et de la famille. Objectif: santé, (Direction générale des publications gouvernementales, Gouvernement du Québec, Québec: 1984).

36. Janet McKee, op. cit. p. 775.

37. Ibid p. 776.

38. Jake Epp, op. cit. p. 6.

39. Hervé Anctil et Catherine Martin. "La promotion de la santé: une perspective, une pratique", in santé et société, Collection promotion de la santé, (Gouvernement du Québec, non-daté, publié en 1989) p. 19.

40. Mechai Viravaidya. "Un potentiel inexploité", in santé du Monde, (le Magazine de l'Organisation mondiale de la santé, mars 1985), p. 2.

41. Dr. Mohamed Abdelmoumène. "La Santé d'abord", in santé du Monde, La revue de l'Organisation mondiale de la Santé (novembre 1988) p. 3.

42. Ibid.

43. Ibid.

44. Bozzini, Luciano et all. Médecine et société, les années 80, (Editions coopératives Albert St-Martin, Laval, Québec: 1981), p. 16.

45. Jaime Breilh. "Community Medicine Under Capitalism: a new medical Police ?" dans Imperialism, Health and Medicine, (édité par Vicente Navarro, Baywood Publishing Co., Fargmingdale, N. Y.: 1981), p. 157.

46. Sanders, dans The Struggle for Health, s'interroge d'ailleurs à savoir si les maladies dites tropicales le sont vraiment, puisque la plupart de ces maladies sont plus associées à la sous-alimentation qu'à la situation «tropicale» des pays où on les rencontre le plus fréquemment.

David Sanders et Richard Carver. The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment, (Macmillan Publishers Ltd, Hong Kong: 1985).

47. E. Richard Brown, op. cit. p. 127.

48. Ibid p. 125.

49. Ibid p. 128.

50. Najwa Makhoul. "Assessment and Implementation of Health Care Priorities in Developing Countries; Incompatible Paradigms and Competing social Systems", in social sciences and Medicine, (Vol. 19, no. 4, 1984) p. 378.

51. Ibid.

52. James A. Paul. "Medicine and Imperialism" dans The Cultural Crisis of Modern Medicine, (édité par John Ehrenreich, Monthly Review Press, New York and London: 1978), pp. 271-286.

53. Ibid p. 273.

54. Ibid p. 276.

55. Ibid, p. 277.

56. OMS et FISE, op. cit. p. 17.

57. Ibid p. 18.

58. Ibid p. 49.

59. Ibid p. 50.

60. Ce discours existe aussi dans les pays «riches» où l'on tente de réduire la part des budgets consacrés à la santé et aux services sociaux.

61. OMS et FISE, op. cit. p. 20.

62. Ibid p. 50.

63. Ibid p. 57,

64. Ibid p. 51.

65. Ibid p. 56.

66. Rita Barrow. "Témoignage d'une convertie", in santé du monde, (août/sept 1988), p. 26.

67. OMS et FISE, op. cit. p. 57.

68. Ibid p. 52.

69. Ibid p. 52.

70. Ibid p. 53.

71. Ibid p. 69.

72. Celia Rojas-Viger, Experiencia popular en salud en la comunidad " 10 de Febrero" (Lima-Perú, Noviembre 82-Agosto 83), texte miméografié, p. 35.

En noviembre de 1982, se había improvisado un espacio en la casa de una madre de familia, para hacer funcionar el trabajo de Posta. ¡ El gesto era impresionante... hasta las lágrimas ! Sin embargo, esto significaba que el espacio sala-cocina-comedor de ± 3 metros por 2 metros se redujera a 1 1/2 metro por 1 1/2 metro para una familia con tres niños menores de 6 años, con una puerta común para los acontecimientos familiares de la vida cotidiana y los que la "Posta médica" iba a crear. En el mes de Enero, la señora partió de viaje a su pueblo natal y el espacio probable para Posta desapareció.

CONCLUSION

A QUOI RESSEMBLERA L'AN 2000 ?

Le développement du Tiers Monde est d'abord et avant tout une question économique et sociale. Les problèmes les plus cruciaux sont ceux de la nourriture, du vêtement et du logement, ce qui était très bien souligné par Chou En Lai, quand il affirmait en 1975 qu'on avait enfin atteint le premier objectif de la révolution chinoise, celui d'alimenter, de vêtir et de loger 800 millions de personnes. Une des conséquences directes de la non-atteinte de cet objectif de façon générale dans le Tiers Monde est l'absence de santé, ou la maladie. L'incidence des maladies peut être réduite, certaines peuvent être guéries, mais elles ne peuvent disparaître dans les conditions qui sont celles du Tiers Monde en 1990. Le constat est pessimiste mais réel comme le souligne Llorens Figueora:

Quel espoir reste-t-il pour les peuples de l'Amérique latine et du Tiers Monde d'atteindre l'objectif de la santé pour tous en l'an 2000 au milieu de la crise économique et sociale la plus grave et ayant les pires conséquences vécue par l'humanité, ceci accompagné de la plus grande incertitude face à un futur imprévisible? ¹

Quel rôle peut alors jouer l'Organisation Mondiale de la Santé dans tout ça? L'OMS comme institution est limitée de trois façons dans les plans de santé qu'elle peut développer pour le Tiers Monde. Elle a d'abord une racine médicale d'origine bourgeoise, occidentale et scientiste qui vise toujours, malgré tout, à protéger les intérêts d'une classe, que ce soit dans l'application du plan en pays industrialisé ou dans les pays en voie de développement; la discussion autour de la promotion de la santé ou de la «nouvelle» médecine holistique visait entre autre à faire ressortir cet aspect. Si ces modèles d'action peuvent être vus comme servant des intérêts de classe en pays développé, comment doivent-ils être considérés en pays en voie de développement?

En deuxième lieu, le rôle de l'OMS comme organisme international l'amène à rechercher un consensus et à prendre des positions philosophiques parfois nébuleuses, tout en cherchant à uniformiser le monde dans ses analyses et dans les actions qu'elle propose. Enfin, l'OMS est aussi, comme les autres constituantes de l'ONU, dominée par les pays riches et ses propositions ne peuvent faire oublier les intérêts nationaux et ceux du capitalisme international représenté par ces derniers. Le chantage auquel a dû faire face l'assemblée générale de l'organisme lors de la demande d'acceptation de l'Organisation pour la libération de la Palestine (OLP) comme membre de l'OMS en mai 1989 en est probablement le témoignage le plus éloquent.² Les programmes mondiaux de l'OMS comme celui de l'éradication de la variole peuvent aussi être considérés sous ce même angle. Ce programme a sûrement eu des effets positifs dans le Tiers Monde par la réduction de la maladie et des décès, mais il a aussi contribué à protéger les pays riches des agents de transmission de la variole qu'étaient les émigrants du Tiers Monde et leurs propres concitoyens voyageant dans ces pays. On a même pensé à un certain moment que cette campagne mondiale avait pu contribuer à l'expansion du SIDA dans les pays d'Afrique les plus touchés, ceci à cause des conditions d'hygiène dans lesquelles s'était faite la vaccination.³ Par ailleurs, le SIDA qui est endémique dans plusieurs pays d'Afrique n'a soulevé d'intérêt que le jour où il est apparu dans les pays riches. Ce sont évidemment ces derniers qui possédaient les techniques nécessaires pour identifier la maladie mais on en mourrait déjà depuis longtemps en Afrique sans pour autant soulever l'intérêt de la communauté internationale.

Santé pour Tous a quand même le mérite de se détacher d'une certaine forme de pensée traditionnelle en matière de santé. Le revirement sur des aspects comme la haute technologie médicale, la nécessité de faire reposer la santé sur

des bases nationales, régionales, locales et communautaires, la nécessité de respecter certaines réalités locales ou les médecines traditionnelles, le rôle dévolu à la femme dans l'atteinte de la bonne santé, la formation des intervenants et des membres des communautés, l'émergence de leaders sur des bases nationales et locales sont tous des éléments relativement novateurs. Mais, malgré toutes ses grandes paroles et tous les désirs exprimés, Alma-Ata a maintenu la vision médicale de la santé dont nous avons discuté dans les chapitres I et III. Cette fois, au lieu d'isoler l'individu, de séparer l'âme et le corps, elle a séparé les collectivités ou les communautés de la société où elles sont appelées à vivre. Comme le corps a longtemps été laissé à lui-même pour sa guérison, détaché de l'esprit - et nous laissons le soin à d'autres de dire s'il en est toujours ainsi aujourd'hui - , la communauté et ses membres sont détachés de la réalité sociale quand il s'agit de «guérir» la mauvaise santé. Cette faille est due en majeure partie à l'absence d'un modèle d'analyse. On n'y retrouve en effet aucune analyse de classe, que ce soit à l'intérieur d'un pays ou entre le Tiers Monde et les pays développés. On parlera d'inégalités, de certaines injustices, tout ceci dans un mode de pensée fonctionnaliste où l'idée de contradiction de classe - ou entre pays - est absente.

L'idée même de soins de santé primaires n'est donc pas fausse en soi mais ce sont plutôt les conditions dans lesquelles elle peut ou ne peut pas se réaliser qui la rend en grande partie inapplicable. Dans les meilleures des conditions, les objectifs de l'OMS qui visent à réduire les inégalités obtiendraient probablement les résultats escomptés; la principale difficulté c'est que l'OMS semble ignorer - ou feint de le faire - les obstacles principaux qui empêchent de réduire la pauvreté et d'assurer un niveau minimal de santé partout, même dans le Tiers Monde. Il est juste de dire que l'atteinte de la santé dans le Tiers Monde doit tenir compte

d'acquis historiques tant dans le Tiers Monde lui-même que dans les pays déjà développés. Mais on doit éviter les écueils semés par une classe particulière qui a pris l'hégémonie médicale tant dans les pays riches que dans le Tiers Monde et qui cherche encore à tirer profit de la maladie. On doit encore contourner les intérêts de pays impérialistes et d'entreprises qui sont prêtes à tirer profit de tout, même de la maladie; que l'on sème du tabac, de la cocaïne ou des cacahuètes importe peu pour eux, non plus que la santé des populations exposées aux résidus toxiques chassés des pays développés.

La santé dans le Tiers Monde est aussi confrontée aux luttes d'intérêt au sein même des pays. Des bourgeoisies nationales, qui n'ont de Dieu que le profit à tout prix, ont comme première préoccupation leur propre santé, quitte à investir la totalité du budget sanitaire de la nation dans des infrastructures médicales visant peu la solution aux problèmes du plus grand nombre. Que dire alors de la participation des communautés aux décisions politiques qui les concernent?

Les pays modèles où les soins de santé primaires ont connu un certain succès dans le passé n'ont pas vécu seulement une révolution sanitaire; ils ont connu des changements sociaux profonds. Je reprendrais pour l'illustrer une phrase de l'article de Llorens Figuerola que l'on peut étendre à tout le Tiers Monde et non seulement à l'Amérique latine,

la «santé pour tous en l'an 2000» restera un mirage tant que les services de santé ne seront pas accessibles à tous, tant que l'objectif de développement économique ne sera pas une réalité, tant que la dépendance économique et sociale des pays industrialisés et spécialement des Etats Unis ne sera pas brisée, tant qu'il n'existera pas un autre ordre économique international plus équitable et plus rationnel. ⁴

Dans l'attente de ce moment, une des voies privilégiées actuellement au niveau mondial est celle de la conciliation, des accords internationaux, des compromis. C'est ce que l'on voit pour les renégociations de la dette extérieure, ce que l'on voit au niveau de l'armement et ce que l'on a peut-être vu au niveau de la santé avec Santé pour Tous. Il faut voir Santé pour Tous comme un compromis même si le discours officiel veut laisser croire que c'est une vérité absolue, source de toutes les solutions.

NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

1. José A. Llorens Figueroa, op. cit. p. 67.

Que esperanzas existe para los pueblos de América Latina y del Tercer Mundo, para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 en medio de la crisis económica y social más grave y de peores consecuencias que ha vivido la humanidad y con la mayor de las incertidumbres de un futuro imprevisible?

2. Voir à ce sujet: Christiane Berthiaume. "La politique détruira-t'elle l'OMS?", La Presse, (Montréal: 6 mai 1989), p. B 6.

3. Cette affirmation est évidemment fausse aux yeux des experts de l'OMS mais elle peut quand même donner à penser.

4. José A. Llorens Figueroa, op. cit. p. 47. Le texte original est le suivant:

la «salud para todos en el año 2000» no pasará de ser un espejismo mientras los servicios de salud no sean accesibles para todos, mientras el objetivo de desarrollo económico no sea una realidad, mientras la dependencia económica y social con los países industrializados y especialmente con los Estados Unidos no cese, mientras no exista otro orden económico internacional más justo y racional.

BIBLIOGRAPHIE

- , "L'écart ne cesse de se creuser entre pays riches et pays pauvres", Agence France-Presse, La Presse, (Montréal: 5 juillet 1987) p. G 7.
- , " Un message sur l'Organisation mondiale de la santé", note du rédacteur, in Santé mentale au Canada, (vol.36, no 4, décembre 1988).
- , "Selon le président de l'Association des manufacturiers, Le libre-échange permettra de couper dans les programmes sociaux" , citation de M. Laurent Thibault, président de l'Association des manufacturiers, journal LeDroit, Ottawa-Hull, (mercredi 1 mars 1989), page 21.
- , "What is the Third World ?" Third World Guide 89-90, (International Editorial Board, Argentina: 1988), pp. 12-13.
- Abdelmoumène, Mohamed. "La santé d'abord", in Santé du Monde, La revue de l'Organisation mondiale de la santé, (novembre 1988).
- Abelin, Theodor. "Indicateurs positifs de la promotion et de la protection de la santé", in Rapport trimestriel statistique sanitaire mondiale, (39, 1986), Organisation mondiale de la santé.
- Abramson, Joseph H.. "Community-oriented primary care-Strategy, approaches, and practice: A review", in Public Health Reviews, (16-1988), pp.35-98.
- Addo, Herd. (Editeur). Transforming the World-Economy?, Nine Critical Essays on the New International Economic Order, in association with the United Nations University, (Hodder and Stoughton, Great Britain: 1984).
- Akin, John S. et al. The Demand for Primary Health Services in the Third World, (Rowman & Allanheld publishers, New Jersey: 1985).
- American Public Health Association. The Nation's Health, (Octobre-novembre 1989).
- Amin, Samir. L'impérialisme et le développement inégal, (Les Editions de Minuit, Paris: 1976).
- ANSSA-PERU. Analisis del Sector Salud - Perfil de Salud de la Población Peruana, (Informe técnico No. 1, Lima, mayo 1986).

- ANSSA-PERU. Analisis del Sector Salud - Participación en Salud de la Comunidad en el Perú, (Informe técnico No. 3, Lima, mayo 1986).
- ANSSA-PERU. Estado nutricional en Menores de 6 años en el Perú, (Informe Explotario No. 2, Lima, mayo 1986).
- Becker, Marshall H.. "The tyranny of health promotion" in Public Health Reviews, (14-1986), pp.15-25.
- Benies, Nicolas. "L'endettement des pays du Tiers-monde: les solutions appliquées et leurs conséquences", in Critiques socialistes, (numéro 5, 1er semestre 1989), pp. 137-155.
- Bennett, F.J. "Health Revolution in Africa? " in Social Science and Medicine, (vol.22. No.7, 1986), pp. 737-740.
- Berthiaume, Christiane. "La politique détruira-t'elle l'OMS?", La Presse, (Montréal: 6 mai 1989).
- Boileau, Josée. "Le Tiers-Monde malade de la corruption", revue L'actualité, (avril 1989), pp. 118-120.
- Bozzini, Luciano et all. Médecine et société, les années 80, (Editions coopératives Albert St-Martin, Laval, Québec: 1981).
- Brandt, Willy. Nord-sud: un programme de survie, rapport de la commission indépendante sur les problèmes de développement international, sous la présidence de Willy Brandt, (Editions Gallimard, 1980).
- Breilh, Jaime. "Community Medicine Under Capitalism: a new medical Police ?" in Imperialism, Health and Medicine, édité par Vicente Navarro, (Farmingdale, N. Y. Baywood Publishing Co.: 1981), pp. 149-168.
- Brisset, Claire. La Santé dans le tiers-monde, (La Découverte/Le Monde, Paris, 1984).
- Brisset, Claire. "La Santé dans le tiers-monde. Le fardeau de la pauvreté. Une atteinte primordiale, la malnutrition", in Le Monde diplomatique, (avril 1987), p. 20.
- Brisset, Claire. "Une stratégie contre les grandes affections infantiles. La vaccination, élément indispensable de la prévention", in Le Monde diplomatique, (avril 1987), p. 23.
- Brown, E. Richard. "La santé publique et l'impérialisme: les premiers programmes Rockefeller aux Etats-Unis et dans le monde", in Médecine et société, les années 80, Bozzini,

- Luciano et all. (Editions coopératives Albert St-Martin, Laval, Québec: 1981). pp. 119-139.
- Brown, Lester R. et al.. State of the World, A Worldwatch Institute Report on Progress toward a Sustainable Society, (Washington: 1988).
- Brown, Lester R. , Wolf, Edward C. . "Reclaiming the Future", in State of the World, édité par Lester R. Brown, (Washington: 1988), p. 177.
- Brzezinski, Zbigniew J. "Les indicateurs de la mortalité et les stratégies de la santé pour tous dans la région européenne de l'OMS", in Rapport trimestriel statistique sanitaire mondiale, (no 39, 1986), Organisation mondiale de la santé.
- Cardoso, F.H. y Wefford, F. (Editeurs) America Latina: ensayos de interpretación sociológico-política, (Editorial Universitaria, S. A., Santiago de Chile: 1970).
- Castillo Ríos, Carlos. Medicina y Capitalismo, (Ediciones realidad nacional, Lima, Perú: 1979).
- Castillo-Salgado, C. , Navarro, V. "Health Promotion as an Area of Priority in Health Policy Formulation" in Measurement in Health Promotion and Protection, édité par T. Abelin, Z.J. Brzezinski, Vera D.L. Carstais, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1987, WHO Regional Publications. European Series: No.22.
- Castleman, Barry I. "The Export of Hazardous Factories to Developing Nations", in Health and Work under Capitalism: an International Perspective, édité par Vicente Navarro et Daniel M. Berman, (Baywood Publishing Company, Inc. Farmingdale, New York: 1983), pp. 271-302.
- Chackiel, J. "Factores que afectan a la mortalidad en la niñez", Notas de Población, (Vol. 10, No. 28, abril 1982), pp. 43-85.
- Conseil des affaires sociales et de la famille. Objectif: santé, Direction générale des publications gouvernementales, Gouvernement du Québec, (1984).
- Courtemanche, Gil. "La Crise au Venezuela: L'entrée en scène du FMI, un facteur déterminant", LeDroit, (samedi 4 mars 1989, Ottawa), p. 17.
- Crawford, Robert. "«C'est de ta faute» : l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé" in Médecine et société, les

- années 80, Bozzini, Luciano et all., (Editions coopératives Albert St-Martin, Laval, Québec: 1981), pp. 481-512.
- Di Filippo, Armando. "Prebisch's ideas on the world economy", in CEPAL REVIEW, (no.34, 1988) Comisión económica para América latina.
- Diessenbacher, Hardy. "The generation contract, fertility decline and the principle of retirement benefits" in Health Promotion, an International Journal, (Oxford University Press, Volume 4 Number 1: 1989) pp. 19-26.
- Dubos, René. "L'homme, face à son milieu" in Médecine et société, les années 80, Bozzini, Luciano et all., (Editions coopératives Albert St-Martin, Laval, Québec: 1981), pp. 53-79.
- Ebanks, G. Edward. Mortality, Fertility and Family Planning: Dominica and St. Lucia, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), Santiago de Chile, (October, 1985).
- Ehrenreich, John. The Cultural Crisis of Modern Medicine, (Monthly Review Press, New York and London: 1978).
- Epp, Jake (Honorable). La santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé, (Ministère des approvisionnement et services Canada: 1986).
- Foucault, Michel. Naissance de la clinique, (Presses universitaires de France, Paris: 1963).
- Foucault, Michel. Surveiller et punir, (Gallimard: 1975).
- Furtado, Celso. Les Etats-unis et le sous-développement de l'Amérique latine, (Calmann-Lévy, France: 1970).
- Gaumer, Benoît. "Des conférences sanitaires internationales du XIX^e siècle à la «stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000» de l'O.M.S. : Rupture ou continuité?" in Sciences de la santé publique, (vol.9, numéro 1, janv-fév. 1989, Montréal), pp. 5-9.
- George, Susan. How the Other Half Dies: the Real Reasons for World Hunger. (Penguins Books, Great Britain: 1977).
- Gesler, Wilbert M. Health Care in Developing Countries, (Resources Publications in Geography, Washington: 1984).
- Ghosh, Pradip K. (éditeur) . Health, Food, and Nutrition in Third World Development, (Greenwood Press, U.S.A.: 1984).

- Gish, Oscar. "Values in Health Care" in Social Science and Medicine, (vol.19. No.4, 1984), pp. 333-339.
- Gómez, Luis Carlos. "Health Status of the Peruvian Population" in Health Care in Peru, Resources and Policy, édité par Dieter K. Zschock , (Westview Special Studies on Latin America and the Caribbean, Westview Press, Inc. U.S.A.: 1988). p. 15-52.
- Gordon, Linda. "The Political of Birth Control, 1920-1940: The Impact of Professionals", in Ehrenreich, John (éditeur), The Cultural Crisis of Modern Medicine, (Monthly Review Press, New York and London: 1978), pp. 144-184.
- Gouvernement du Canada. Compétitivité et sécurité: orientations pour les relations extérieures du Canada, présenté par le très honorable Joe Clark, secrétaire d'Etat aux Affaires extérieures, (Ministère des approvisionnements et services Canada: 1985).
- Gouvernement du Québec. "La promotion de la santé: une perspective, une pratique". Santé Société, Gouvernement du Québec, (sans date de publication).
- Grodos, Daniel & De Béthune, Xavier. "Les interventions sanitaires sélectives: un piège pour les politiques de santé du tiers monde", in Social Science and Medicine, (Vol. 26. No. 9, 1988) pp. 879-889.
- Grosse, Robert N. et Auffrey, Christopher. "Literacy and Health Status in Developing Countries" in Annual Review in Public Health, (1989, 10:281-297).
- Gunder Frank, Andrés. Capitalismo y subdesarrollo en América latina, (Editorial de ciencias sociales, Instituto del libro, La Habana: 1970).
- Gunder Frank, Andrés. "Rhetoric and Reality of the New International Economic Order", in Transforming the World-Economy?, Nine Critical Essays on the New International Economic Order, édité par Addo Herd, en collaboration avec The United Nations University, (Hodder and Stoughton, Great Britain: 1984).
- Gunning-Schepers, Louise J.. "«Health for All by the Year 2000»: a mere slogan or a workable formula?" in Health Policy, (6-1986), pp.227-237.
- Gwynne, Gretchen and Zschock, Dieter K. . "Health Care in Peru: Inference and Options" dans Health Care in Peru, Resources and Policy, édité par Dieter K. Zschock ,

- Westview Special Studies on Latin America and the Caribbean, (Westview Press Inc., U.S.A.: 1988). pp. 259-271.
- Hagan, Louise. "La promotion: adopter un langage commun". Nursing Québec, (vol. 6, no. 4, juillet/août 1986), pp. 14-18.
- Hetzel, Basil S. . "Healthy public policy and the Third World" in Health Promotion, an International Journal, (Oxford University Press, Volume 4 Number 1: 1989) pp. 57-61.
- Illich, Ivan. Medical nemesis: The expropriation of Health, (Calder et Boyars, Londres: 1975) , cité par Navarro, V. in "L'industrialisation du fétichisme: une critique d'Ivan Illich", in Médecine et Société: les années 80, (Editions coopératives Albert Saint-Martin, Laval, Québec: 1981).
- Illich, Ivan. Némesis médica, (Joaquín Mortiz / Planeta, México: 1984).
- Jacobson, Jodi. "Planning the Global Family", in State of the World, édité par Lester R. Brown, (Washington: 1988).
- Khan, Jooned. "L'Amérique latine, entre la dette impayable et la croissance impossible" in La Presse (Montréal: samedi 11 mars 1989), p. B 7.
- Lacronique, J. F. "La Chine", Le Médecin du Québec, (novembre 1979), p. 51.
- Lalonde, Marc. Nouvelle perspective pour la santé des Canadiens, (Ottawa: avril 1974).
- Laurell, Asa Cristina. "Work and Health in Mexico", in Health and Work under Capitalism: an International Perspective édité par Vicente Navarro et Daniel M. Berman, (Baywood Publishing Company, Inc. Farmingdale, New York: 1983), pp. 211-236.
- Laurell, Asa Cristina. "Mortality and Working Conditions in Agriculture in Underdeveloped Countries", in Health and Work under Capitalism: an International Perspective édité par Vicente Navarro et Daniel M. Berman, (Baywood Publishing Company, Inc. Farmingdale, New York: 1983), pp. 237-253.
- Llorens Figueroa, José A. "Deuda externa en América latina y salud para todos" in Temas de Economía mundial, avances de Investigación, (Centro de Investigaciones de la

- economía mundial, La Habana, Cuba: año 1988, no 25), pp. 45-70.
- Lolas, Fernando. "The Emergency of the Biopsychosocial Approach. A Model for Third World Health Care Systems" in Social Science and Medicine, (Vol. 21. No. 12, 1985) p. 1337.
- Makhoul, Najwa. "Assessment and Implementation of Health Care Priorities in Developing Countries; Incompatible Paradigms and Competing social Systems", in Social Sciences and Medicine, (Vol. 19, no. 4, 1984), pp. 373-384.
- Marquez, Humberto. "La crise au Venezuela: un pays déchiré par la misère et le chômage". LeDroit, Agence France-Presse, (vendredi 3 mars 1989, Ottawa), p. 11.
- Mathias, Gilberto et Salama, Pierre. L'état surdéveloppé: des métropoles au tiers-monde, (Economie critique, la découverte / Maspéro, Paris: 1983).
- McKee, Janet. "Holistic Health and the Critique of Western Medicine", in Social Science and Medicine, (Vol. 22. No. 2, 1986), pp. 193-199.
- McKeown, Thomas. "Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles: le comportement, l'environnement et la médecine" in Médecine et société, les années 80, (Editions coopératives Albert St-Martin, Laval, Québec: 1981).
- Ministerio de Salud del Perú. Comisión nacional de Atención primaria de Salud, Atención primaria de Salud en el Perú, (Lima-Perú, 1981).
- Ministerio de Salud del Perú y UNICEF. Evaluación de las Actividades de Atención primaria de Salud en el Perú, 1979-1982, (Lima-Perú, octubre 1983).
- Molina-Guzman, Gustavo. "Third World Experience in Health Planning", in International Journal of Health Services, (Vol. 9, No. 1, 1979), pp. 139-149.
- Nakajima, Hiroshi. Directeur Général de l'Organisation mondiale de la santé. Discours prononcé au Symposium sur les soins de santé primaires: le cas du Mexique, Acapulco, 10-12 novembre 1988. Traduction parue in Sciences de la santé publique, (vol.9, numéro 1, janv-fév. 1989, Montréal), pp. 12-16.

- Navarro, Vicente and Berman, Daniel M. (Editeurs) Health and Work under Capitalism: an International Perspective, (Baywood Publishing Company, Inc. Farmingdale, New York: 1983), pp. 11-38.
- Navarro, Vicente. "A Critique of the Ideological and Political Position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration", in International Journal of Health Services, (Vol. 14, No. 2, 1984).
- Navarro, Vicente. "The Underdeveloped of Health or the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Human Health Resources in Latin America" in Imperialism, Health and Medicine, édité par Vicente Navarro, (Baywood Publishing Co., Farmingdale, N. Y.: 1981), pp. 15-36.
- Navarro, Vicente. "The Economic and Political Determinants of Human (Including Health) Rights" in Imperialism, Health and Medicine, édité par Vicente Navarro, (Farmingdale, N. Y. Baywood Publishing Co.: 1981), pp. 53-76.
- Navarro, Vicente. "Work, Ideology and Science: the Case of Medicine", in Health and Work under Capitalism: an International Perspective, édité par Vicente Navarro et Daniel M. Berman, (Baywood Publishing Company, Inc. Farmingdale, New York: 1983), pp. 11 à 38.
- Navarro, Vicente. Class Struggle, the State and Medicine, an Historical and Contemporary Analysis of the Medical Sector in Great Britain , (Martin Robertson & Co., London: 1978).
- Navarro, Vicente. Imperialism, Health and Medicine, Introduction, (Baywood Publishing Company Inc., New York: 1981), pp. 5-9.
- Navarro, Vicente. Medicine under Capitalism, (Prodist, New York: 1976).
- Newell, Kenneth W. "Selective Primary Health Care: the Counter Revolution", in Social Science and Medicine, (Vol. 26. No. 9, 1988), pp. 903-906.
- Nondasuta, Amorn et Piyaratn, Prapont. "Besoins vitaux élémentaires" , in Santé du Monde, (Juin 1987).
- O'Neill, Peter. Health Crisis 2000, World Health Organization, (Alden Press, Oxford, Great Britain: 1983).
- Organisation mondiale de la santé et Fonds des Nations-unies pour l'Enfance, Alma-Ata 1978, Les soins de santé primaires, Rapport de la Conférence internationale sur les

soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978, Organisation mondiale de la santé, (Genève: 1978).

Organisation mondiale de la Santé et Organisation panaméricaine de la Santé, Evaluation de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde, Volume 3, Région des Amériques, Organisation panaméricaine de la santé, (Washington: 1986).

Organisation mondiale de la santé, Elaboration d'indicateurs pour la surveillance continue des progrès réalisés dans la voie de la santé pour tous d'ici l'an 2000, Organisation mondiale de la santé, (Genève: 1981).

Organisation mondiale de la santé, Catalogue - Nouvelles publications - printemps/été 1988. Genève.

Orihuela, E. 1981. "Población y niveles de salud" en Asociación Multidisciplinaria de investigación y docencia en la población, (Lima, Perú) Ed., Seminario-taller sobre Demografía Social, 14-25 abril, pp. 1-24.

Pan American Health Organization. Health for All by the Year 2000: Strategies, Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization, (Washington, D.C.: 1980).

Pan American Health Organization. Health for All by the Year 2000: Plan of Action for the Implementation of Regional Strategies, Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization, (Washington, D.C.: 1982).

Pariante, Philip. "Evolution et état de la santé au Nicaragua", d'après sa thèse de doctorat en médecine, "Le Nicaragua vers la Santé pour tous en L'An 2000 ? : étude et analyse du nouveau système de santé nicaraguayen. 1979-1983". (Texte miméographié).

Paul, James A. "Medicine and Imperialism" in The Cultural Crisis of Modern Medicine, édité par John Ehrenreich, (Monthly Review Press, New York and London: 1978), pp. 271-286.

Pederson, Ann P. et al. Coordination de la politique publique favorisant la santé. Analyse documentaire et bibliographie. Département des sciences du comportement, Université de Toronto, janvier 1988, pour Santé et Bien-être social Canada, Direction générale de la promotion de la santé.

- Prebisch, Raúl. "Dependence, interdependence and development", in CEPAL REVIEW, (no.34, april 1988) Comisión económica para América latina, pp. 197-205.
- Rainhorn, Jean-Daniel. "Etat d'alerte en Afrique: Comment garantir la droit de tous à la santé?" in Le Monde diplomatique, (juin 1989), p. 32.
- Rootman, Irving. "Knowledge for health promotion: a summary of Canadian literature reviews" in Health Promotion, an International Journal, (Oxford University Press, Volume 4 Number 1: 1989) pp. 67-72.
- Rossdale, M. "Health in a sick Society", New Left Review, (no.36, 1965), pp. 82-90, cité par Berliner, Howard S. in "La consolidation du pouvoir médical au début du siècle: une nouvelle interprétation du rapport Flexner", in Médecine et société, les années 80, Bozzini, Luciano et all. (Editions coopératives Albert St-Martin, Laval, Québec: 1981), pp. 98-99.
- Salama, Pierre et Tissier, Patrick. L'industrialisation dans le sous-développement, (Petite collection Maspero, Paris: 1982).
- Sanders, David and Carver, Richard. The Struggle for Health : Medicine and the Politics of Underdevelopment, (Macmillan Publishers Ltd, Hong Kong: 1985).
- Sarney, Jose. "Brésil, le chef d'état réplique" dans une entrevue avec Louis Wiznitzer, publiée dans La Presse, (Montréal, 15 avril 1989).
- Séguin, Fernand. La bombe et l'orchidée, (Editions libre expression, Québec: 1987).
- Strong, P.M. "A New-Modelled Medicine? Comments on the Who's Regional Strategy for Europe" in Social Science and Medicine, (vol.22. No.2, 1986), pp.193-199.
- Taucher, E., 1982. "Effects of declining fertility on infant mortality levels: a study based on data from five Latin American countries," unpublished report to the Ford Foundation and the Rockefeller Foundation, 46 pp. plus annex of tables (34). recensé in Infant mortality and Health in Latin America: An annotated Bibliography from the 1979-82 Literature, Bibliography Series, Centre de Recherche pour le développement international, (Ottawa, Canada: 1984).

- Taylor, David. "The Pharmaceutical Industry and Health in the Third World", in Social Science and Medicine, (Vol. 22. No. 11, 1986), pp. 1141-1149.
- Tomlinson, Brian. "The Debt Crisis and Development in the Third World", in INTER-ACTION, World Inter-Action Mondiale, (Ottawa: février- mars 1989).
- Villedieu, Yanick. Demain la Santé, (Québec Science Editeur, Québec: 1976).
- Walsh, Julia A. "Selectivity within Primary Health Care", in Social Science and Medicine. (Vol. 26. No. 9, 1988), pp. 899- 902.
- Warren, Kenneth S. "The Evolution of Selective Primary Health Care", in Social Science and Medicine, (Vol. 26. No. 9, 1988), pp. 891-898.
- Westberg, Daniel. "Ethics, Technology and Sustainable Development" in Worldscape , University of Guelph, International Development Education Centre for International Programs, (Vol. 3, No. 2, Fall 1989).
- WHO Regional Office for Europe. Measurement in Health Promotion and Protection, édité par T. Abelin, Z.J. Brzezinski, Vera D.L. Carstais, WHO Regional Office for Europe, WHO Regional Publications. European Series: No.22, (Copenhagen: 1987).
- World Health Organization. Introducing Who, World Health Organization, (Geneva: 1976).
- World Health Organization. Interrelationships Between Health Programmes and Socio-Economic Development, World Health Organization, (Geneva: 1973).
- World Health Organization. Four Decades of Achievement, 1948, 1988, Highlights of the Work of WHO, (Geneva: 1988).
- Zola, Irving Kenneth. "Medicine as an institution of social control" in The Cultural Crisis of Modern Medicine, édité par John Ehrenreich, (Monthly Review Press, New York and London: 1978), pp. 80-100.
- Zschock, Dieter K. . Health Care in Peru, Resources and Policy, Introduction, édité par Dieter K. Zschock , Westview Special Studies on Latin America and the Caribbean, (Westview Press, Inc. U.S.A.: 1988), pp. 3-14.
- Zschock, Dieter K. . "The Ministry of Health: Financing and Coverage" in Health Care in Peru, Resources and Policy ,

édité par Dieter K. Zschock , Westview Special Studies on Latin America and the Caribbean, (Westview Press, Inc. U.S.A.: 1988), pp. 197-227.