

Editorial — Editoriaal

SOINS DE SANTE PRIMAIRES DANS LE TIERS-MONDE : LES ALTERNATIVES METHODOLOGIQUES ET LEURS ENJEUX POLITIQUES ET ECONOMIQUES

La conférence d'Alma-Ata, réunie sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1978, aura eu un immense mérite : celui de mettre à l'ordre du jour des professionnels de la santé, la décentralisation des services de santé, condition sine qua non de leur accessibilité au plus grand nombre. Mais, pour réunir un consensus autour de cette idée, elle aura dû se résigner à avaliser une définition fort vague des soins de santé primaire (SSP). Depuis lors, rares sont les initiatives sanitaires qui n'ont pas joué de cette imprécision et utilisé le terme SSP comme parapluie justificatif à un immobilisme de fait.

Examinons quelques-unes des pratiques les plus courantes qui trahissent l'esprit sinon la lettre des SSP, ainsi que leurs déterminants.

Les SSP doivent être financés, c'est l'évidence même. Mais ils choisissent mal le moment pour l'exiger : dans la plupart des pays en voie de développement, la tendance est à la réduction des dépenses publiques; beaucoup de pays africains augmentent de 5 p. cent leurs budgets de santé alors que les taux d'inflation y sont de 25 p. cent. De plus, l'allocation de ces budgets semble être immuable, les forces politiques (le corps médical en particulier) parvenant à préserver les traditionnels 80 p. cent des dépenses de santé accordés aux hôpitaux. On se rabat donc sur l'auto-financement des SSP sans se préoccuper de savoir si la prise en charge de la totalité des coûts du service par les consommateurs constitue ou non un obstacle à leur accessibilité pour une partie de la population.

La complexité des tâches que la direction d'un centre de santé requiert, s'accommode mal de l'amateurisme. Elle suppose un personnel spécialement formé à cet effet. Comme la formation et les salaires des médecins coûtent cher, la mise en place d'un réseau de centres de santé postule l'existence d'écoles d'assistants médicaux devant diriger et faire fonctionner les unités des SSP. Mais l'enseignement de telles écoles se distingue profondément de celui des écoles d'infirmier, orientées vers la distribution des soins et non vers la pratique médicale. Ici non plus, la conjoncture n'est pas favorable à la création de nouveaux établissements : le corps médical s'accommode mal des assistants médicaux en qui ils voient des concurrents potentiels et les mêmes facteurs économiques que nous avons mentionnés militent contre la création et le financement de nouvelles écoles. On a donc contourné la difficulté en substituant « simplement » aux professionnels de la santé des paysans formés rapidement (dans l'immense majorité des cas, en moins de trois mois) (3) à des techniques élémentaires de santé et baptisés « agents de santé communautaire » (ASC). Ces ASC ne coûtent pas cher ni en formation ni en charges salariales, et les coûts indirects qu'ils induisent pour

les services de santé (en temps de supervision, par exemple) sont souvent négligés par les comptables. Malheureusement, à l'expérience, leur utilisation s'est heurtée à des obstacles majeurs : manque d'acceptabilité pour la communauté, taux de désertion élevés, performances techniques tellement limitées que leur apport comparé à ce qui existait préalablement dans la communauté comme potentiel thérapeutique est dérisoire. Mais en ces temps de crises, la négligence de l'évaluation de leurs performances sanitaires devenait inévitable puisqu'elle était susceptible de remettre en question toute la philosophie de leur utilisation.

Le pouvoir est une quantité finie. En d'autres termes, conférer du pouvoir à une structure ou à une personne implique une réduction de pouvoir ailleurs. C'est justement pour n'avoir pas à remanier les structures de pouvoir existantes que si souvent on voit apparaître la rubrique « SSP » affichée comme une nouvelle division verticale des organigrammes ministériels. Cette pratique allie deux avantages : elle démontre la fidélité du gouvernement à sa signature de la déclaration d'Alma-Ata tout en évitant de réduire les pouvoirs des autres divisions verticales du Ministère (divisions des grandes endémies, bureaux de la trypanosomiase, etc). Par contre, on peut se demander si elle ne va pas à l'encontre de 1) l'intégration des activités de planning familial, antituberculeuses, ou antilépreuses dans les services de base 2) une vision polyvalente de ces services 3) la complémentarité fonctionnelle entre premier échelon et niveau de référence des services de santé.

Ainsi, une pratique strictement « administrative » des SSP, un immobilisme formaliste, et le non-fonctionnement des « nouvelles structures » ont-ils contribué à jeter le discrédit sur le concept même de SSP. Mais il y a plus grave : certaines de ces déviations ont été érigées en théorie.

Sept ans après la conférence d'Alma-Ata, on peut regrouper en trois catégories générales les interprétations du concept de SSP. Les SSP dits globaux (SSPG) reprennent à leur compte l'ensemble des activités définies par la conférence d'Alma-Ata : les consultations curatives et l'approvisionnement en médicaments essentiels, la prise en charge des malades chroniques, la prévention organisée pour certains groupes à risque (femmes enceintes, nourrissons), le planning familial, la lutte contre la malnutrition, la participation, l'assainissement du milieu et l'adduction d'eau. Les soins de santé dits primaires « de base » (SSPB) ne s'en distinguent que par le fait que les deux dernières rubriques ne sont vues ni comme du domaine des compétences ni du ressort financier des SSP.

La troisième catégorie a été diffusée par un article de J. Walsh et K. Warren (3) qui taxait les SSPG de non réalistes au vu des ressources de la majorité des pays en voie de développement. Les auteurs proposaient donc une alternative dite intérimaire qui réduisait à moins de 8 maladies le spectre des activités des SSP, la quasi totalité d'entre elles étant des pathologies infantiles. Ils les baptisaient « soins de santé primaires sélectifs » (SSPS), et leurs fixaient l'objectif suivant : augmenter l'espérance de vie avec une efficience maximale. Les a priori étaient intangibles : abaisser la mortalité et ne s'attaquer qu'à un nombre réduit de maladies. Dès lors, les méthodes coulaient de source : il fallait 1) déterminer les maladies prioritaires (sur base de leur fréquence, de leur gravité et de la praticabilité de leur contrôle) 2) définir les activités de ce contrôle 3) en préciser les modalités opérationnelles.

Avec des nuances, la mise en pratique des SSPS a invariablement conduit à un même schéma d'intervention : 1) les maladies prioritaires sont presque toujours les diarrhées ainsi que celles pour lesquelles un contrôle vaccinal existe, 2) les activités se réduisent aux vaccinations, à la réhydratation orale et à l'éducation sanitaire, 3) les deux dernières activités sont exécutées par des agents de santé communautaires tandis que le recours aux équipes mobiles s'avère indispensable pour les vaccinations.

Les SSPS ont été l'objet de vives polémiques publiées dans de nombreux journaux scientifiques. Voici quelques éléments du débat qui nous ont paru importants.

Le coût des services de santé est un argument crucial pour justifier les SSPS. La littérature est à ce sujet moins qu'unanime, mais on peut néanmoins considérer que le coût des SSPS et ceux des SSPB sont d'un même ordre de grandeur, alors que ceux des SSPG sont plusieurs fois supérieurs aux deux autres.

Les objectifs des SSPS ont été critiqués car il n'incluent ni la réduction de la souffrance (morbidité), ni celle de la mortalité adulte. En outre, même l'efficacité en matière de mortalité infantile a été mise en doute : il est possible qu'un spectre très étroit d'activités n'arrive qu'à déplacer les mortalités spécifiques d'une cause sur une autre sans modifier la mortalité infantile totale (2).

L'utilisation des équipes mobiles, auxquelles recourent inévitablement les SSPS puisque les agents de santé communautaire ne savent pas vacciner, a depuis longtemps été critiquée (1).

Finalement, les évaluations de terrain appuyant l'efficacité opérationnelle des théories de SSPS font défaut et les rares études publiées ont été vigoureusement mises en cause.

Il est, dans ces conditions, paradoxal que l'Organisation Mondiale de la Santé reste aussi minoritaire dans son rejet des concepts de SSPS : l'UNICEF, avec son programme GOBI-FF, le programme Salk-MacNamara de la Banque Mondiale, USAID (l'organisme américain de coopération bilatérale), les Ford et Rockefeller Foundations, le Center for Disease Control d'Atlanta ont adopté les concepts « sélectifs ».

Mais sont-ce vraiment des critères de santé publique (dont nous avons évoqué ci-dessus la fragilité) ou plutôt des facteurs politiques et économiques qui ont provoqué cette généralisation pour le moins prématurée des SSPS ?

Le refus de voir apparaître une concurrence entre les secteurs privés et publics confine les interventions sanitaires publiques aux insuffisances avouées du secteur privé, en particulier dans le domaine de la prévention. Des prises de position contre une « médecine nationalisée » peuvent ainsi avoir amené certains pays du Moyen-Orient — dont on sait qu'à leur sujet l'argument financier « intérimaire » a peu de poids — à adopter une politique de SSP sélective.

L'immobilisme implicite des SSPS a probablement séduit plus d'une administration sanitaire nationale. En ce qui concerne les organismes de coopération, dont on sait que les renouvellements de crédit sont souvent soumis à des évaluations d'impact, une réduction des objectifs à la seule espérance de vie (au détriment d'autres objectifs, moins mesurables, comme la réduction de la souffrance, de l'angoisse, la création d'une infrastructure sanitaire, la participation, etc) a sûrement favorisé les SSPS.

Il n'en reste pas moins vrai que les SSPG sont chers si on les compare aux ressources actuelles des ministères de la santé des PVD. Tel n'est pas le cas des SSPB. Si donc on rejette l'approche «néo-verticale» des SSPS, le choix subsiste néanmoins entre SSPB et SSPG. Ces derniers ne seront réalisés que moyennant de profonds changements affectant les modes de gestion des pays du Tiers-Monde, et surtout les rapports économiques existant entre pays développés et ceux dits en voie de développement. Les SSPB par contre pourraient dès à présent commencer à se déployer, et ce sans bouleversements politiques profonds.

Mais dans tous les cas, les SSP ne se construiront pas en six mois. Ils ne se construiront pas non plus sans efforts ni volonté politique. Il serait naïf de croire que les services de santé pourraient un jour contrôler tous les déterminants du statut sanitaire d'une population. Mais c'est surtout pour des raisons éthiques que nous considérons que le Tiers Monde a droit à des services accessibles fournissant des soins globaux, continus et intégrés : autant qu'un impact biologique, la légitime demande de soins exprimée par les populations doit être prise en considération. Dans cette optique, les SSPB nous semblent constituer une position de retrait acceptable par rapport aux SSPG. Tel n'est pas le cas des SSPS qui risquent de faire perdre de nombreuses années au déploiement des services de santé dans le monde. De plus, en postulant que les services de santé peuvent se construire hors d'un processus de développement global dont les populations ne sont pas les jouets, mais les acteurs, les promoteurs des SSPS commettent plus qu'une erreur de jugement : ils commettent une faute stratégique.

J.P. UNGER

REFERENCES

1. Gonzalez LL : Mass campaigns and general health services. Geneva, World Health Organisations, 1981.
2. The Kasongo Project Team : Influence of measles vaccination on survival pattern of 7-35 month-old children in Kasongo, Zaïre. *Lancet*, 1981, i, 764-767.
3. US Agency for International Development : 52 USAID assisted projects. Washington, 1981.
4. Walsh JA, Warren KS : Selective primary health care : an interim strategy for disease control in developing countries. *New Engl. J. Med.*, 1979, **301**, 967-974.