

LES INTERVENTIONS SANITAIRES SÉLECTIVES: UN PIÈGE POUR LES POLITIQUES DE SANTÉ DU TIERS MONDE

DANIEL GRODOS et XAVIER DE BÉTHUNE

Collaborateurs de l'Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique, Institut de Médecine
Tropicale, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgique

Résumé—Les soins de santé primaires tels que les présente la Déclaration d'Alma-Ata impliquent une approche multicausale des problèmes de santé, et une organisation des services de santé qui permettent des soins globaux, continus, intégrés, distribués équitablement, dans un souci d'efficacité autant que d'efficience, et en recherchant la participation de la population concernée. Cette approche est actuellement remise en cause par les soins de santé primaires dits 'sélectifs' qui, au nom du rendement, arguent de la faiblesse des moyens disponibles pour réorienter les efforts médico-sanitaires dans le Tiers Monde en les limitant à quelques actions prioritaires, visant des pathologies données.

Un récent colloque à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers a nettement critiqué cette vision 'sélectiviste' de l'action au nom même de l'efficacité: l'abandon des critères de globalité, d'équité, d'intégration, de continuité et de participation communautaire condamne des interventions sélectives à l'inefficacité et certainement à l'inefficience à long terme.

Mots clés—soins de santé primaires, soins de santé primaires sélectifs, politiques de santé, approche globale

1. INTRODUCTION

Comment s'attaquer aux problèmes de santé des pays du Tiers Monde?

La question est de taille, les réponses ne sont pas simples, les besoins immenses, et les moyens limités.

En 1978, la Conférence Internationale conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, tenue à Alma-Ata (URSS), fit un grand effort de clarification en formulant la *stratégie des soins de santé primaires*, à laquelle se sont ralliés tous les pays-membres de l'OMS. En tant que stratégie de santé, les soins de santé primaires (SSP) peuvent valablement inspirer les politiques sanitaires de tous les pays: le terme 'primaire' ne signifiant pas 'sommaire', 'élémentaire' ou encore 'de degré inférieur', mais premier, primordial, de premier recours. La rigidité des structures médico-sanitaires des nations occidentales et l'acuité des problèmes de santé dans les pays en voie de développement ont cependant fait des SSP une question de débats et de pratiques concernant plus particulièrement le Tiers Monde [1]. Infondée théoriquement, cette dérive est néanmoins un fait. Et le présent article se limitera aux politiques de santé dans les pays en voie de développement.

La résistance que rencontre la stratégie des soins de santé primaires dans les pays industrialisés ne doit pas empêcher, en effet, que l'on poursuive la réflexion sur la meilleure façon de l'adapter aux contextes variés du Tiers Monde, où un autre type de résistance doit d'ailleurs à tout prix être évité: à savoir un rejet, par des élites administratives, politiques et médicales, d'une stratégie qu'on prétendrait imposer en bloc et sans nuance de l'extérieur, en l'exposant de la sorte au reproche d'ingérence néo-colonialiste.

La stratégie des SSP n'est pas née de rien et comme

par miracle à Alma-Ata. Elle tire au contraire les leçons de l'action médicale passée et formule pour l'avenir une *stratégie globale* suffisamment ambitieuse pour être mobilisatrice et suffisamment consistante pour servir de guide à l'action et à la réflexion.

Or, quelques années à peine après sa formulation, la stratégie des SSP s'est vue remise en cause de divers côtés, y compris par certains de ses promoteurs initiaux, comme l'UNICEF, au nom de l'urgence, au nom du réalisme, et en lui reprochant son utopisme et son coût prohibitif.

On a vu alors de grands organismes nationaux et internationaux qui financent des programmes de santé dans le Tiers Monde, recommander ce qu'on s'est mis à appeler les soins de santé primaires 'sélectifs', et y réserver leurs fonds.

Le doute s'installe dans certains esprits, la polémique surgit, certains gouvernements du Tiers Monde hésitent, et la politique de coopération sanitaire de la CEE ou de ses pays-membres, souvent mal définie, risque de monter dans des trains en marche vers des destinations contradictoires et peut-être non souhaitées.

"De Babel à Alma-Ata... et retour", écrivait ainsi le Docteur E. Morin en 1984.

C'est sur cette question de l'intervention médicale sanitaire dans les pays en voie de développement (PVD) que s'est réuni à Anvers (Belgique), les 29 et 30 novembre 1985, un séminaire international regroupant des responsables de santé publique de plusieurs pays. Ce colloque a eu lieu les 29 et 30 novembre 1985, organisé par l'Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique (URESP) de l'Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold (IMT Antwerpen). Ce colloque ne s'est pas attaché à la problématique de l'intervention médicale

d'urgence, qui monopolise les médias et à laquelle l'opinion ramène trop souvent l'aide médicale au Tiers Monde. Il s'agit de problèmes à la fois bien plus fondamentaux, plus quotidiens et plus lourds de conséquences pour l'avenir: l'action médico-sanitaire au jour le jour et les politiques de santé.

A l'issue de ce colloque, le manifeste suivant a été adopté:

«Des personnalités académiques, des spécialistes et des praticiens en santé communautaire de plusieurs pays industrialisés et en voie de développement se sont réunis à Anvers pour un séminaire de 2 jours, où ils ont fait le point sur la mise en oeuvre des Soins de Santé Primaires.

Depuis la Conférence d'Alma-Ata en 1978, les Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé sont d'accord pour affirmer que c'est la stratégie des Soins de Santé Primaires qui permettra d'obtenir la Santé Pour Tous, en considérant les populations comme des partenaires actifs.

Toutefois, dans les pays en voie de développement, et malgré les leçons du passé et l'expérience accumulée, d'importants organismes nationaux et internationaux d'aide au développement détournent des ressources déjà maigres vers une approche connue sous le nom de 'soins de santé primaires sélectifs'. Cette approche concentre tous ses efforts sur quelques interventions, dirigées vers des groupes de population précis, et prétendument sélectionnés sur la base d'une plus grande efficacité.

Les 'soins de santé primaires sélectifs' sont une contradiction dans les termes. L'expression elle-même devrait être abandonnée, car, dans le meilleur des cas, ces activités ne peuvent être considérées que comme des 'interventions sanitaires sélectives'. Cette approche est en effet en opposition flagrante avec les fondements des soins de santé primaires.

Ces fondements sont:

—Les principales causes de mauvaise santé sont enracinées dans les conditions de vie et l'environnement en général, et en particulier dans la pauvreté, l'inégalité sociale et la distribution injuste des ressources en fonction des besoins, tant à l'intérieur des nations qu'au niveau international.

—La santé n'est qu'une des préoccupations des gens. Il faut donc les impliquer dans les choix qui s'imposent à son niveau, et les considérer comme des partenaires à même de jouer un grand rôle dans sa protection et son amélioration. Il faut donc qu'ils participent totalement et réellement aux prises de décisions que la concernent, y compris bien sûr au choix de leurs services de santé.

—Les services de santé doivent fournir des soins curatifs et préventifs, et aussi entreprendre des actions de promotion sanitaire et de réhabilitation sociale. Ceci doit être fait de manière coordonnée et intégrée, de façon à répondre aux besoins des gens.

L'approche des soins de santé primaires est utilisée avec succès dans plusieurs parties du monde. S'agissant d'un processus continu, beaucoup reste à faire dans ce domaine.

Ce manifeste est publié parce que la prolifération des programmes d'interventions sanitaires sélectives sape le travail des services de santé au moment précis où ils essayent de se réorganiser en fonction des soins de santé primaires.

Il est publié aussi parce que ces interventions prétendent offrir des 'solutions rapides' et des 'succès instantanés' et détournent ainsi les ressources limitées de la solution des problèmes réels sous-jacents. Elles contribuent ainsi à maintenir un mauvais état de santé général.

En outre, l'expérience nous a appris que les interventions sélectives ont tendance à devenir permanentes, même si elles sont présentées seulement comme une 'stratégie intérimaire'. En pratique, elles ont besoin de structures spécifiques, dont un pays ne pourrait pas facilement se débarrasser au moment où il choisirait de réorienter sa politique de santé en fonction des soins de santé primaires.

Mais, surtout, les interventions sanitaires sélectives éliminent la possibilité d'une participation des gens à la prise de décisions dans le domaine de leur propre santé.

Les soussignés désirent donc réaffirmer la pertinence de la stratégie des soins de santé primaires dans toutes leurs implications et rejettent les autres approches introduites et propagées sous le nom de 'soins de santé primaires sélectifs'».

Anny S.	Banerji W.	Baraldini M.
Barker C.	Beghin I.	Berche T.
Bichmann W.	Cosci P.	De Béthune X.
De Bruycker M.	Diesfeld H. J.	Green A.
Greindl I.	Grodos D.	Gutshoven K.
Heywood A.	Kabore A.	Killingsworth J.
Lagasse R.	Maiga Z.	Mechbal A.
Mercenier P.	Moynihan M.	Nabarro S.
Newell K.	Pangu K.	Rifkin S.
Sanders D.	Schmidt-Ehry B.	Smith D. L.
Streefland P.	Stroobant A.	Surakiat A.
Turshen M.	Unger J. P.	Van Balen H.
Van Damme W.	Varkevisser C.	Walt G.
Zurita A.		

2. HISTORIQUE

On peut dire que les systèmes 'modernes' de santé des PVD ont hérité leurs principales caractéristiques du modèle occidental de médecine et de pratique médicale, soit qu'il fut hérité de l'Europe via la 'médecine coloniale', qui innova en certains domaines, soit qu'il fut copié, en une période plus récente, sur les Etats-Unis [2]. C'est ainsi qu'on observe le plus souvent:

—une primauté de l'hôpital (second échelon de soins) sur le poste de santé villageois (premier échelon de soins);

—une primauté de la ville (et surtout de la capitale) sur la zone rurale;

—une primauté des activités curatives sur les activités préventives;

—une primauté du médecin sur le reste du personnel de santé;

—une primauté des techniques importées et coûteuses sur les techniques disponibles et reproductibles localement;

—une primauté du traitement de la maladie sur la promotion de la santé (avec ce que cette dernière suppose d'éducation sanitaire et d'action sur l'environnement);

—une primauté des bâtiments sur les activités;

—une primauté de la médecine sur le développement des autres services en zone rurale.

Ceci a pu expliquer et explique encore bien des traits de la 'médecine tropicale' telle qu'appliquée de nos jours:

(a) un paternalisme médical plus ou moins autoritaire;

(b) un contraste entre les dispendieux hôpitaux des capitales et la pauvreté du réseau sanitaire de base ailleurs;

(c) une prédominance des programmes 'verticaux' ou 'spécifiques' (équipes mobiles différentes chargées de la vaccination, ou de la lutte contre telle ou telle endémie), particulièrement caractéristique de la médecine coloniale;

(d) une coupure entre le développement des activités médicales et le reste du développement général des campagnes (églises, et parfois écoles ou casernes, mises à part);

(e) un mépris persistant envers la médecine traditionnelle;

(f) une déresponsabilisation des individus et des communautés face au défi de leur santé, encouragée aussi bien par la conception caritative de l'action médicale que par la gratuité totale des soins dans le secteur public;

(g) une absence de réflexion approfondie de santé publique dans la planification sanitaire.

Certes, la 'médecine coloniale' avait connu d'heureuses initiatives, comme la décentralisation des postes de santé et une certaine rationalisation de la distribution des médicaments. Elle avait aussi connu certains résultats. Mais la régression de ceux-ci (échec général de l'éradication de la malaria, résurgence de la maladie du sommeil en Afrique Centrale) est trop facilement attribuée à la 'débâcle des Indépendances' et à la désorganisation des réseaux sanitaires qui en a souvent résulté. Elle doit plutôt être expliquée par les caractères mêmes de l'action médicale engagée [3]. Les programmes verticaux ont en effet montré leurs limites, le gouffre financier hospitalier a exercé ses ravages, et la lutte contre la malnutrition est restée aussi peu efficace autant dans les pays d'Amérique Latine que dans les jeunes Etats africains ou les nations asiatiques.

Certes, on ne peut pas non plus prétendre que la situation schématisée plus haut se retrouve telle quelle de nos jours dans tous les PVD, sans tomber dans la caricature ou l'anachronisme. Les choses ont bougé. Une prise de conscience s'est faite, à tâtons d'abord, à partir du terrain, et en des cheminements multiples, que beaucoup de praticiens ont vécus, dans les années cinquante, soixante et soixante-dix. Ils ont finalement abouti à la fameuse Déclaration d'Alma-Ata, qui est à la fois un sévère bilan et un ambitieux projet: la stratégie des soins de santé primaires [4].

3. DÉFINITION ET CRITÈRES MAJEURS DES SSP

Si elles n'ont pas encore entraîné de bouleversements spectaculaires sur le terrain, et si les expériences continuent à s'affiner, la Déclaration d'Alma-Ata et la stratégie des SSP ont eu une portée considérable sur les esprits et elles commencent à influencer les politiques sanitaires des PVD. Les

débats qu'elles suscitent sont à la mesure du changement des mentalités qu'elles requièrent.

"La critique est aisée..."

Comme toute idée dérangeante et novatrice, la stratégie des SSP a prêté le flanc aux critiques les plus contradictoires et donné lieu à des interprétations divergentes.

On a ainsi reproché à la stratégie des SSP d'être faussement apolitique et de refléter en fait les intérêts de l'establishment des donateurs des pays du Nord [5]. D'autres ont fait grief au texte de la Déclaration d'Alma-Ata d'une approche trop technique des problèmes de santé, s'arrêtant au seuil des vraies questions, à savoir la remise en cause des mécanismes sociaux, politiques et économiques expliquant à la fois le sous-développement et la mauvaise santé [6]. D'autres, par contre, soupçonnent les SSP de reposer sur des présupposés socialisants.

Ce débat est loin d'être vain. Il gagnerait cependant à ne pas perdre de vue que les SSP ne sont pas d'abord une doctrine, ni un corpus théorique. Mais une leçon tirée de l'expérience du terrain. Il gagnerait aussi à prendre en compte l'ébranlement des structures de pouvoir que l'introduction des soins de santé primaires peut susciter dans une organisation sociale donnée [7], suggérant ainsi qu'ils sont, sur le terrain, moins 'apolitiques' qu'on pourrait le croire sur papier. Le présent article ne se propose cependant pas d'entrer dans ce genre de discussion, car, pensons-nous, les enjeux concrets actuels sont ailleurs.

"... mais l'art est difficile"

Si chaque pays, donc, doit définir comment il entend mettre en oeuvre les SSP, ceux-ci restent partout envisageables selon quatre perspectives [8]:

1. Comme *un niveau de soins*: celui le plus proche des gens, ce qui suppose qu'il soit largement décentralisé, de manière à être facilement accessible et à couvrir réellement la population de chaque zone sanitaire. Ce qui ne signifie pas que ce niveau de soins périphérique est coupé du reste du réseau sanitaire, ni que celui-ci ne doit pas être rationalisé et rendu plus performant.

2. Comme *un programme d'action*, comprenant au moins les huit composantes suivantes: le traitement des maladies courantes, la protection maternelle et infantile, les vaccinations, l'éducation à la santé, la lutte contre la malnutrition, la prévention et le contrôle des maladies endémiques, la fourniture de médicaments essentiels et l'assainissement du milieu, en ce compris l'approvisionnement en eau potable.

L'énumération de ces huit composantes, reprises de la Déclaration d'Alma-Ata, n'a pour but que de souligner le caractère nécessairement multiple de l'action médico-sanitaire. Elles ne sont évidemment pas à concevoir comme autant de 'chapters' à rédiger dans un rapport d'activités, ni comme autant de 'programmes' à développer en parallèle. Plus importante est la démarche entreprise pour les mettre en oeuvre et qui consiste: (i) à partir de la *demande* de soins émanant d'une population donnée; (ii) à identifier les *groupes à risques* dans cette population; (iii) à répondre à cette demande et à ces besoins en *rationalisant l'offre* des soins possibles.

3. Comme *une stratégie d'organisation* des services de santé, qui "remet le système médico-sanitaire sur ses pieds", c'est-à-dire: (i) qui met l'hôpital au service des centres de santé ruraux et non l'inverse; (ii) qui intègre les activités de médecine curative, de prévention et de promotion sanitaire (la même équipe, dans une zone déterminée, est responsable de l'ensemble de ces activités, à l'inverse de ce qui se passe dans l'approche 'verticale' des problèmes par des équipes spécialisées, mobiles ou non); (iii) qui fait appel à la participation de la population non seulement pour... payer une partie des frais, mais aussi pour dire son mot dans la gestion des centres de santé; (iv) qui tient compte de ce que la réponse aux problèmes de santé ne peut venir du seul système sanitaire, mais requiert un effort concerté (coopération intersectorielle) entre plusieurs domaines socio-culturels et économiques.

4. Comme *une philosophie générale* imprégnant tout le système de santé, philosophie qui "remet la médecine à sa place": (i) en tâchant de responsabiliser les individus et les communautés quant à la prise en charge de leur santé par eux-mêmes; (ii) en ne réclamant pas un détournement excessif de ressources vers le secteur sanitaire au détriment des autres composantes de base du développement (éducation, logement, etc.); (iii) en visant l'équité dans la distribution des soins; (iv) en concevant la santé de manière globale, c'est-à-dire sous tous ses aspects (sans se limiter au traitement ou à la prévention des maladies) et dans tout son environnement social, culturel et économique.

Le caractère ambitieux d'une telle vision de la médecine et de la santé, répétons-le, ne provient pas de quelque idéalisme humaniste de penseurs en chambre, mais de l'expérience du terrain durant des décennies.

Après ces précisions de définition, envisageons les principaux critères auxquels prétendent répondre les SSP et sur lesquels ils demandent à être jugés.

Globalité

Les SSP proposent de donner une réponse 'globale' aux problèmes de santé. Cette globalité implique que soient pris en charge à la fois le soulagement de la souffrance quotidienne des gens (leur 'demande de soins') mais aussi les aspects de prévention et de promotion de la santé (par l'éducation sanitaire, les services de protection maternelle et infantile, l'action sur le milieu, etc.). Cette exigence de globalité, certains critiques des SSP la considèrent comme chimérique ou paralysante. En réalité, elle ne fait que correspondre aux dimensions toujours multiples de la lutte contre la maladie et de l'amélioration de la santé. Proposer une action médico-sanitaire globale, non sélective, est ainsi une condition sine qua non pour s'attaquer au fond des problèmes avec réalisme et efficacité.

Mais qu'on ne s'y trompe pas. Si s'attaquer au fond des problèmes implique effectivement des mesures d'envergure et des réformes sérieuses, tantôt politiques (telles que la lutte contre la pauvreté, une meilleure distribution des ressources, la promotion de la participation des gens) et tantôt techniques (l'organisation et la structuration de l'ensemble des

services de santé), l'objectif final des soins de santé primaire n'est pas *l'éradication de maladies* déterminées, mais *l'amélioration de l'état de santé des individus et des populations*. Résoudre des problèmes spécifiques de santé, lutter contre des pathologies déterminées, éradiquer si possible telle ou telle maladie: ce ne sont que des *moyens*. Le *but ultime* des SSP est d'augmenter la qualité de la vie quotidienne et de permettre ainsi à chacun une plus grande autonomie, une plus grande réalisation de ses aspirations personnelles, une meilleure participation à sa vie familiale et sociale.

Les SSP impliquent donc deux prémisses, apparemment contradictoires mais en fait complémentaires:

—d'une part, le champ de la santé est vaste et n'est pas clairement délimité. Sa frontière avec la dynamique du développement et de la justice sociale n'est en particulier pas définie [9].

—d'autre part, la santé n'est jamais qu'une des préoccupations des gens. L'importance qu'ils attachent à leurs problèmes de santé peut placer ceux-ci loin derrière un grand nombre d'autres préoccupations quotidiennes [10].

Ignorer ces prémisses, c'est s'aveugler volontairement. Les soins de santé primaires ne seront pas efficaces s'ils n'interviennent qu'au niveau de quelques problèmes sanitaires, aussi cruciaux puissent-ils paraître; c'est en fonction d'êtres humains et de situations pris et compris dans toute leur complexité qu'ils doivent au contraire être mis en oeuvre [11].

En résumé, les SSP se veulent globaux parce que la réalité même de la santé et de la maladie est 'globale', c'est-à-dire multidimensionnelle, et parce que leur but ultime est 'global' c'est-à-dire plus ambitieusement social que strictement médical.

Équité

L'exigence d'équité, quant à elle, ne repose pas seulement sur une idéologie de plus grande justice sociale, qui se servirait de la dispensation des soins comme d'une variété de redistribution des revenus. Elle se base bien davantage, elle aussi, sur une exigence de rationalité et d'efficacité: si les groupes les plus défavorisés ne peuvent avoir en permanence accès aux services de santé, aux soins curatifs et préventifs, et aux activités de réhabilitation ou de promotion sanitaire, il est vain d'attendre de l'intervention médicale un effet important et durable pour la communauté. D'une certaine manière, l'exigence d'équité résulte de celle de globalité, et est au service du même but ci-dessus défini.

Cette exigence d'équité a ainsi des répercussions multiples.

1. Elle renforce la nécessité de décentraliser le plus largement possible les services de santé, avec ce que ceci entraîne (ou devrait entraîner) comme redistribution de pouvoir et d'autonomie du sommet vers la base, c'est à dire, du 'centre' politico-hospitalo-administratif vers les structures périphériques des soins de santé primaires.

2. Elle implique la responsabilisation (accountability) des dirigeants et des techniciens vis-à-vis des

groupes défavorisés: quelles techniques met-on en oeuvre? pour quels besoins? pour quelle demande émanant des gens? avec quelle acceptabilité? à quel coût? avec quelles explications?

3. Enfin, elle heurte évidemment de front la tendance à la réduction des budgets sociaux, dont celui de la Santé, que le Fonds Monétaire International impose indistinctement aux pays en développement aux prises avec les difficultés de leurs grands équilibres économiques.

Participation

Les deux caractéristiques de globalité et d'équité des soins de santé primaires ne sont réalisables que dans le cadre d'une approche participative. Celle-ci va de soi si l'on se souvient d'une dimension capitale de la 'philosophie' des SSP, telle que nous l'avons décrite: tendre à responsabiliser les individus et les communautés quant à la prise en charge de leur santé par eux-mêmes.

Mais la participation a aussi des raisons plus 'techniques'. On peut en voir au moins quatre:

(a) le dialogue avec la population est une voie d'entrée non bureaucratique vers la compréhension de ses besoins et de sa demande de soins;

(b) la santé ne s'améliore jamais par l'action de la médecine seule. C'est quand tout l'environnement change dans le bon sens que la santé peut s'améliorer. Mais cela suppose des individus acteurs, et non seulement bénéficiaires, de l'action médico-sanitaire;

(c) en outre, seul l'avis, le contrôle, le feed-back venant de la population permettent une adaptation permanente du système de santé et son amélioration vers plus d'efficacité, d'efficience, d'accessibilité et, pour tout dire, d'humanité;

(d) enfin, chaque culture a sa propre conception de la santé, que les 'professionnels de la santé', enfermés dans leur savoir technique, ne parviendront à saisir que par une forme ou une autre de dialogue avec la population. Beaucoup d'erreurs ont été commises faute d'avoir voulu reconnaître que toute communauté humaine possède son propre savoir sur la santé, et que c'est en en rendant explicite l'expression, et consciente la logique, qu'on peut coupler ce savoir avec le savoir occidental dans les mêmes domaines—savoir occidental qu'il ne s'agit pas de jeter aux orties, bien entendu.

La participation n'est toutefois pas une dimension des SSP automatiquement garantie. Elle s'obtient et se conserve difficilement. Elle est, en outre, autant un résultat des actions entreprises qu'une ressource pour la réalisation de ces actions. Prenons l'exemple des soins curatifs. La souffrance individuelle est, pour les gens, le problème de santé prioritaire (qu'on soit dans un pays riche ou dans un pays pauvre, d'ailleurs). Un service de santé doit donc d'abord prendre en charge la réponse à ce besoin fondamental et universel. Mais l'organisation des services curatifs est aussi une excellente occasion de dialogue, qui permet aux gens de prendre conscience de leurs propres possibilités d'autonomie, et aux professionnels de la santé d'adapter la nature et les modalités de fonctionnement de leurs services.

Il n'y a pas de raison pour que la participation ne touche pas à tous les sujets qui ont un rapport avec

le développement ou la santé. Il n'y a pas de raison non plus pour qu'elle n'intervienne pas à tous les niveaux de décision, depuis le niveau médecin-malade jusqu'aux niveaux supérieurs du système sanitaire. Car, à confiner indûment les SSP aux seuls services périphériques, on ne fait que juxtaposer une organisation communautaire naissante avec le reste du système sanitaire, inchangé dans son centralisme, ses coûts et sa technicité [12].

Ceci dit, l'approche participative ne nie pas—contrairement à ce que certains disent—l'importance des techniques et des techniciens. Mais elle demande à ces techniciens un effort d'écoute et d'échange qui permette de réorienter certaines de leurs actions et d'adapter certains de leurs moyens aux valeurs et aux modèles des gens pour lesquels ils travaillent.

Les conséquences évidentes de ce partage du savoir et du pouvoir, même limité, sont la démystification d'un grand nombre de techniques, de traitements ou de services—et un certain changement de comportement de la part de ceux qui les utilisent. En pratique, ceci se manifestera, par exemple, dans le refus de médicaliser des problèmes courants ou susceptibles d'être pris en charge au niveau familial (comme le traitement de première instance de la grippe, de la fièvre ou de la diarrhée). Ou encore dans la recherche d'alternatives: pharmacies familiales, collaboration avec la médecine traditionnelle, etc.

Efficacité et coût

Les soins de santé primaires prétendent être une stratégie efficace par rapport au but global d'amélioration de la santé des groupes et des individus. Malheureusement, les méthodes actuelles d'évaluation de l'efficacité et du coût des interventions sanitaires ou médicales ne leur rendent pas justice, soit parce qu'elles n'évaluent que des aspects limités de ces actions médico-sanitaires, soit parce qu'elles ne sont pas assez bien décrites pour être utilisées partout de façon pertinente.

L'efficacité réelle des soins de santé primaires ne peut en outre se mesurer qu'à long terme, c'est-à-dire conformément aux buts et aux objectifs mêmes de cette stratégie. Or, la plupart des indicateurs habituels de santé sont des indicateurs quantitatifs, souvent discutables en eux-mêmes (comme le *taux de mortalité infantile*), entachés d'a priori culturel dans leur sélection, et appréhendant la réalité d'une manière extrêmement ponctuelle et fragmentaire. Comment, en effet, 'mesurer' la capacité d'auto-détermination d'une population couverte, la participation communautaire, l'équité et la pertinence des services offerts, la satisfaction des usagers? Certains indicateurs existent en ces différents domaines, mais ils restent rares ou trop imprécis.

Un grand domaine de recherche s'ouvre ici, qui devrait permettre de donner aux soins de santé primaires les outils d'évaluation qui correspondent à leurs objectifs et à leurs ambitions, et qui à ce jour leur font encore cruellement défaut.

4. DÉVIATIONS DU CONCEPT ET DE LA PRATIQUE DES SSP

Assurément, les SSP ont donné lieu à des expériences aberrantes et à des simplifications qui ont pu aller jusqu'à en dénaturer le sens.

Les agents de santé communautaires

Ainsi, beaucoup ont cru que rapprocher le premier niveau de soins de la population exigeait qu'on baisse le niveau et l'éventail de ces soins, de manière à ce qu'ils puissent être dispensés aux gens par des 'agents de santé communautaires', ou agents de santé villageois, ou travailleurs de santé de base—les vocables ont fleuri. Des milliers de volontaires, élus par leur village, pleins de bonne volonté (et souvent de désir de promotion sociale) ont ainsi été formés trop souvent à la hâte et parachutés en brousse avec des bribes de connaissances et quelques médicaments. Il est sûr qu'une telle conception de l'action sanitaire n'a rien à voir avec la rigueur qu'exigent les SSP dans leur application. Malheureusement, il arrive que, dans l'esprit de leurs détracteurs comme dans celui de certains de leurs zéloteurs, les SSP soient encore compris de cette façon caricaturalement réductrice. Les déceptions ont d'ailleurs été rapides, et à la mesure de la méprise, dans la plupart des expériences de ce genre.

La méprise provient d'abord d'une mauvaise interprétation du terme 'primaire'. Sans doute sur le modèle mental de l' 'école primaire', on a voulu voir dans les soins de santé 'primaires' à la fois quelque chose de simple, d'élémentaire, et quelque chose qui, à la rigueur et vu les circonstances (c'est-à-dire la limitation des moyens), pourrait se suffire à soi-même. D'où la conception des SSP comme une médecine de deuxième classe, adaptée à la brousse, au bled ou au campo. D'où aussi la création de services ministériels distinct 'chargés des soins de santé primaires'. On ne peut se fourvoyer davantage. Car la stratégie des SSP implique en fait que change l'ensemble du système sanitaire, qui doit se réorganiser au service des soins de santé à la base (qu'il s'agisse des ressources, du personnel, des techniques ou du management). Dans cette optique, l'hôpital de référence et l'hôpital de district se situent tout à fait dans les préoccupations des SSP: l'hôpital doit être allié et non étranger aux SSP.

Mais la méprise provient surtout d'une mauvaise identification de la clé de voûte du système sanitaire requis par les SSP. Cette clé de voûte n'est pas l'agent de santé villageois, qui, à notre avis, fait encore partie de sa communauté et non du système sanitaire, et doit tout au plus être considéré comme un pis-aller transitoire [13]. La clé de voûte est l'équipe polyvalente en charge du dispensaire périphérique. Animée par un responsable qualifié (médecin ou infirmier, selon les contingences locales), cette équipe du premier échelon est chargée d'une zone de santé délimitée de telle sorte qu'elle soit effectivement couverte; elle est supervisée périodiquement par un médecin de l'hôpital de référence, et soutenue par des instructions précises autant que par des fournitures régulières. Seule une telle équipe peut assurer des soins globaux, continus, accessibles, acceptables et permettant une référence facile vers les services plus spécialisés ou centralisés [14].

Qu'on nous comprenne bien. Nous ne disons pas que l'équipe polyvalente de base est, à elle seule, ou en elle-même, plus apte à satisfaire aux exigences des SSP que l'agent de santé communautaire. Son savoir et son savoir-faire sont certes supérieurs, mais on

peut considérer qu'ils restent d'une utilité réduite s'ils font perdre de vue la participation communautaire, l'action intersectorielle ou l'adéquation des techniques, que nous avons évoquées.

Nous ne disons pas non plus que l'agent de santé communautaire est toujours et partout inutile: il peut représenter une manière parmi d'autres d'améliorer qualitativement et quantitativement les contacts entre la population et le service de santé (certains appellent cela 'augmenter l'interface' entre la population et le service). Il existe toutefois d'autres modalités: les familles elles-mêmes peuvent très bien jouer partiellement ce rôle, ou des personnes déjà traditionnellement en charge de certaines fonctions relevant de 'l'art de guérir' (l'éventail de ces personnes est d'ailleurs plus varié que ne le laisse croire l'image stéréotypée du 'guérisseur traditionnel'). A quoi servirait-il de déléguer artificiellement à un agent de santé villageois—sous le prétexte qu'il serait élu par sa communauté—les soins courants déjà parfaitement pris en charge par les familles ou les guérisseurs locaux?

Mais l'essentiel de notre critique des agents de santé de base réside surtout en ceci. Responsabiliser les gens et les communautés quant à leur santé suppose une certaine démedicalisation de l'action sanitaire, une certaine démythification du pouvoir du médecin et de la puissance de la médecine: c'est la 'face cachée' de toute participation réelle. Or, cette démedicalisation et cette démythification ne s'effectueront jamais, comme certains croient le faire avec les agents de santé de base, en passant à côté du service médical; elles ne s'effectueront qu'en changeant le service médical. Et pour ce faire, l'équipe polyvalente périphérique est la mieux placée: parce que précisément la plus périphérique, c'est-à-dire techniquement la plus simple, culturellement la plus proche, géographiquement la plus accessible, socialement la plus impliquée dans la vie quotidienne. Démedicaliser ou démythifier en passant par un volontaire élu par sa communauté est une illusion: on laisse ainsi totalement inchangé le reste du système sanitaire et hors de toute remise en question l'idéologie médicale dominante. Le danger dénoncé plus haut par T. Amat [12] trouve ici un nouvel avatar.

C'est pourquoi nous pensons qu'en ce qui concerne le service de santé proprement dit, c'est l'équipe polyvalente périphérique qui constitue la base adéquate pour les SSP, et non l'agent de santé villageois.

On fera significativement progresser la cause des SSP le jour où on cessera de les identifier aux agents de santé communautaires, ou de les considérer comme un échelon de soins périphérique rudimentaire et quasi autonome.

Les 'soins de santé primaires sélectifs'

Mais une autre remise en cause des soins de santé primaires a été formulée en 1979 et est beaucoup plus sournoise. Elle se présente comme plus scientifique et s'intitule elle-même 'stratégie des soins de santé primaires sélectifs'.

Estimant que les SSP tels que définis à Alma-Ata seraient trop coûteux, trop ambitieux, et inaccessibles avant longtemps—l'OMS avait traduit la stratégie des SSP par le slogan peut-être un peu rapide: 'La

santé pour tous en l'an 2000—les partisans de la 'nouvelle' stratégie proposent de rendre 'sélectifs' les soins de santé primaires, en s'attaquant en priorité à quelques grandes pathologies sélectionnées selon les critères suivants: leur fréquence, leur taux de mortalité et de morbidité, leur vulnérabilité à un traitement facilement disponible.

Ce raisonnement a toutes les apparences du bon sens. Si les moyens sont limités, réservons-les aux actions les plus immédiatement efficaces:

"Face à la multiplicité des problèmes de santé auxquels les hommes sont confrontés, on ne peut s'attaquer à toutes les maladies dès maintenant. Le but tout rhétorique fixé à la Conférence d'Alma-Ata—une vie socialement et économiquement productive pour tous grâce aux soins de santé primaires globaux—ne sera malheureusement pas atteint dans un futur proche. Dans beaucoup de régions, des priorités doivent être dégagées afin d'instituer des mesures de contrôle. Nous devons choisir les mesures qui utilisent les ressources humaines et financières disponibles, qui sont limitées, de la manière la plus efficace et la plus efficiente" [15].

C'est ainsi qu'on voit depuis peu de temps de grands établissements d'aide aux pays en voie de développement (l'aide officielle américaine: l'USAID; mais aussi un organisme international comme l'UNICEF) se lancer dans des programmes 'prioritaires', conçus sur la base des soins de santé sélectifs, et se permettre quelquefois de faire la nique à l'OMS en se proposant d'atteindre leurs objectifs à eux en 1990! Ainsi, l'UNICEF avec son programme GOBI-FFF [16] ou l'USAID avec, par exemple, son programme CCCD [17].

Les soins de santé primaires sélectifs rejettent donc la caractéristique essentielle des soins de santé primaires tels que les présente la déclaration d'Alma-Ata, à savoir la *globalité* de cette stratégie. L'approche multicausale et à long terme de la santé est remplacée par une approche par problèmes (pathologies), concrétisée par une juxtaposition ou un assortiment de programmes restreints et à court terme. Le tout au nom de l' 'efficacité'. Qui ne voit cependant qu'il ne s'agit là, selon l'expression d'O. Gish [18], que de vieux vin dans de nouvelles outres, et de la réintroduction par la bande des programmes 'verticaux' de jadis?

Les partisans des SSP sélectifs se récrient devant cette accusation de verticalisme et prétendent que si effectivement des programmes verticaux doivent être réintroduits, l'approche sélective pourrait très bien trouver sa place dans les structures horizontales (c'est à dire intégrées) décrites par Alma-Ata. En cela, il se disent... diagonalistes! [19].

A ceux qui comprennent la Déclaration d'Alma-Ata dans toutes ses implications, la chose paraît cependant impossible, comme on l'expliquera ci-dessous, et des soins de santé primaires 'sélectifs' leur apparaissent comme une contradiction dans les termes [20]. Il vaudrait mieux parler d'interventions sanitaires sélectives ou d'activités sélectives de santé, tant l'abandon de l'approche multicausale et globale des SSP fait du maintien de l'expression 'soins de santé primaires' un abus de langage dans un tel contexte. Les interventions sanitaires sélectives relèvent plutôt d'un raisonnement tenant du marketing: comment couvrir rapidement un marché avec un

produit ou un service? Le fait que ce produit ou ce service soient utiles ou non, soient acceptables ou non pour leurs bénéficiaires, soient compréhensibles ou non par eux, tout ceci passe au second plan, et même disparaît entièrement derrière des choix et une planification effectués par des techniciens le plus souvent étrangers.

5. CRITIQUE SOCIO-POLITIQUE DES INTERVENTIONS MÉDICO-SANITAIRES SÉLECTIVES

(a) On a fait remarquer que cette approche technicienne de la santé offre des débouchés commerciaux et technologiques faciles à l'industrie médico-pharmaceutique occidentale. Et qu'on rassure à bon compte les donateurs des pays riches sur l'efficacité de leur charité, puisqu'on leur propose des choix 'évidents' (des maladies prioritaires), des critères 'incontestables' (le taux de mortalité ou de morbidité), et des résultats tangibles 'rapides'. Qui, parmi les donateurs et les décideurs, pourrait ne pas être séduit?

(b) Certains n'hésitent pas à accuser les promoteurs des soins de santé sélectifs de desseins politiques: la mobilisation des ressources publiques en faveur des programmes sélectifs laisserait le champ ouvert pour le libre développement de la médecine privée—libre, c'est à dire anarchique, élitiste, et hypercoûteux: les exemples surabondent dans le Tiers Monde.

(c) La critique peut d'ailleurs être poussée beaucoup plus loin. D'une part, les programmes sélectifs apparaissent comme un moyen commode de 'faire quelque chose de positif' (ou de le donner à croire) dans le domaine de la santé, sans mettre en branle toute la logique de changement, dans le système sanitaire et en-dehors de lui, qu'impliquent les SSP [21]. Certains vont jusqu'à affirmer que l'aspect peu ou prou coercitif des programmes inspirés par l'approche sélective les transforme en instruments de contrôle social, et qu'une aide internationale qui s'y identifierait ne ferait que prolonger, derrière la façade humanitaire des rapports Nord-Sud, la logique du système colonial.

D'autre part, la promotion active des activités sanitaires sélectives pourrait ressortir au désir de ne rien changer aux relations de pouvoir entre les pays industrialisés et les pays en voie de développement. On sait, en effet, que souvent des décisions d'ordre politique ou économique sont plus ou moins imposées aux dirigeants du Tiers Monde par pression ou chantage exercés via l'aide au développement. Dans le cas d'activités sanitaires sélectives, on peut très bien imaginer quelle vulnérabilité résulterait de l'arrêt (ou de la menace d'arrêt) de fournitures de vaccins, ou de tout autre input vital pour ces activités. Si l'essentiel de l'effort sanitaire d'un pays donné était réorienté vers des activités sélectives, cette sélectivité même deviendrait un facteur de dépendance politico-économique non négligeable.

(d) L'approche sélectiviste, enfin, implique une conception de la santé différente selon qu'il s'agit des pays en voie de développement ou des pays industrialisés; elle permet donc d'envisager des politiques sanitaires spécifiques pour les premiers, qui ne remettent pas en cause le fonctionnement du système de santé dans les autres (ce que l'universalité de l'approche des soins de santé primaires a la 'malen-

contreuse' tendance à faire). Il est ainsi pour le moins ambigu que de grandes agences d'aide occidentales proposent aux pays du Tiers Monde des stratégies qu'elles se refusent à voir appliquer dans leurs propres pays, comme si l'organisation sociale de la médecine dans les pays industrialisés, ses coûts, ses résultats et ses orientations étaient hors de portée de toute critique. Ou comme si, une fois de plus, le Tiers Monde servait de terrain d'expérience pour tester les hypothèses de chercheurs des pays industrialisés.

6. CRITIQUE TECHNIQUE ET OPÉRATIONNELLE DES INTERVENTIONS MÉDICO-SANITAIRES SÉLECTIVES

Sans développer tout ceci, on peut faire bien d'autres objections aux partisans des soins de santé sélectifs.

Scientificité et méthode

(a) On peut leur reprocher de ne s'appuyer, jusqu'à présent, sur aucune étude scientifiquement valable pour prouver leur plus grande efficacité par un abaissement spectaculaire des coûts [22].

(b) On peut leur reprocher de réduire trop souvent l'évaluation d'activités sanitaires à l'analyse de quelques données agrégées, comme les taux globaux de mortalité. Ce qui est par trop simpliste. Il convient évidemment de désagréger les données selon l'âge, le sexe, la distance à parcourir pour accéder au service de santé, voire même le niveau socio-économique et l'appartenance à un groupe minoritaire.

(c) D'autre part, les sélectivistes attribuent volontiers les variations qu'ils observent dans leurs indicateurs à l'impact de leurs activités. C'est là faire l'hypothèse hasardeuse d'un lien de cause à effet bien problématique, et économiser un peu vite une analyse approfondie des mécanismes sous-jacents à leurs observations. Les indicateurs—et le taux de mortalité infantile en est de nouveau un bon exemple—réagissent, avec une certaine inertie d'ailleurs, à une multitude de facteurs, dont la plupart peuvent relever d'incidents fortuits (récoltes, épidémies, troubles politiques, etc.) ou au contraire de tendances profondes dépendant d'une dynamique de (sous-) développement. Dans ces conditions, attribuer des variations d'indicateurs à court terme aux activités sélectives entreprises représente un pari logique assez périlleux.

(d) Les promoteurs des activités sanitaires sélectives promettent aussi une efficacité importante dès le court terme, ce qui évidemment contribue à la séduction qu'exercent ces programmes sur les décideurs nationaux ou internationaux. Mais l'expérience montre que les activités sélectives ne peuvent prétendre à un effet significatif que durant un temps très court, quand elles en ont un. Ce délai passé, l'efficacité plafonne ou décroît. Et l'expérience des programmes verticaux (desquels se rapprochent les activités sélectives) montre qu'ils requièrent rapidement des investissements et des frais de fonctionnement souvent croissants, simplement pour pouvoir maintenir leur efficacité.

(e) Enfin, l'erreur de méthode la plus grave que commettent les sélectivistes dans leur évaluation des coûts et des résultats est de définir le service sanitaire (et les activités sélectionnées) en fonction d'un impact maximum sur des indicateurs retenus au préalable.

C'est mettre la charrue avant les boeufs: le service devient secondaire par rapport à l'indicateur, alors que celui-ci ne devrait être que le reflet des activités de celui-là. Les services sanitaires s'effacent derrière les programmes. Cette dernière critique, dans sa brièveté, est cruciale.

Réalisme ou irréalisme?

Mais, en fin de compte, ce qu'il faut surtout reprocher aux activités sanitaires sélectives, c'est, contre leurs prétentions mêmes, un irréalisme fondamental.

(a) Car si les soins de santé primaires se veulent avec tant de force *globaux*, c'est parce que la réalité de la maladie est globale: non seulement ses causes objectives sont globales, mais les gens malades qui s'adressent au médecin ou à l'infirmier leur posent les problèmes globalement. Leur répondre par une approche sélective, c'est se leurrer et c'est mystifier son monde. Ainsi de la rougeole, par exemple. Si la rougeole, redoutable fléau pour les enfants du Tiers Monde ('Compte tes enfants après la rougeole', dit un proverbe africain), fait tant de morts, c'est qu'elle s'abat sur des enfants trop souvent mal nourris. Prétendre que le vaccin anti-rougeoleux va 'résoudre le problème de la rougeole', c'est se voiler la face: les enfants vaccinés, mais mal nourris, mourront d'autre chose cinq mois plus tard, et le fils d'un tel, bien nourri, et non-vacciné, survivra [23]. Qu'on ne nous fasse pas dire que la vaccination contre la rougeole est inutile. Mais qu'on ne vienne pas non plus prétendre, comme le font les sélectivistes, qu'une campagne de vaccination anti-rougeole, à elle-seule, ou couplée à quelques autres interventions tout aussi ponctuelles, va améliorer de manière décisive l'état de santé des enfants du Tiers Monde [24].

L'approche multicausale des SSP implique une réponse globale aux problèmes de santé. La remplacer par une approche sélective implique une réponse qui sort en fait de leur contexte des 'problèmes' jugés prioritaires (c'est-à-dire quelques pathologies déterminées) et aboutit à des 'solutions' sans doute valables pour les techniciens qui les conçoivent, mais pas toujours pour ceux qui en bénéficient.

L'approche sélective risque ainsi de mobiliser l'essentiel des ressources vers des programmes restreints, non adaptés aux préoccupations des gens, qui n'attendent pas de voir passer une Land-Rover de vaccins tous les six mois, mais qui attendent de disposer de services de santé où leurs plaintes et leurs besoins seront pris en considération à tout moment de leur vie. On risque, avec cette sélectivité, de perdre un des acquis de décennies d'action médicale dans le Tiers Monde, précisément bien compris à Alma-Ata, à savoir que les populations acceptent d'autant plus facilement des programmes spécifiques qu'elles trouvent aussi, dans les mêmes services de santé, et de la part des mêmes personnes, une réponse à leurs multiples souffrances quotidiennes, qui sont loin, elles, d'être 'sélectives'. C'est toute l'*acceptabilité* des services de santé qui est ici en jeu.

(b) Les soins de santé primaires représentent un engagement vis-à-vis de tous les membres d'une communauté, y compris les plus défavorisés. Les

activités sélectives de santé affichent aussi la même prétention d'équité. Mais on peut légitimement douter de sa concrétisation, vu l'absence d'évaluation de cet aspect des choses dans les rapports sur les programmes sélectifs et dans les publications scientifiques qui les concernent.

Les valeurs des indicateurs d'efficacité utilisés (couverture de la population par telle ou telle activité, réduction du taux de mortalité infantile, etc.) sont données sous forme agrégée, comme on l'a dit. Tels que ces indicateurs sont présentés, ils ne permettent pas de juger dans quelle mesure des petits groupes—et donc notamment les minorités défavorisées—ont réellement pu bénéficier des services offerts.

D'autre part, l'expérience du terrain montre qu'une approche exclusivement technique, implantée de haut en bas, n'atteint en général pas les groupes sociaux les plus démunis. Le risque existe d'ailleurs que, pour étendre la couverture de certaines activités, les responsables du service recourent à des mesures de contrainte ou de coercition. Ce risque n'est pas nul, comme cela s'est vu lors de certains grands programmes verticaux de lutte contre les vecteurs, avec la planification familiale, ou même dans des campagnes de vaccination.

Quoi qu'il en soit, l'important à souligner ici est que des activités médicales ou sanitaires qui ne parviendraient pas à toucher les couches les plus défavorisées de la communauté laisseraient de côté les populations à plus haut risque et se condamneraient donc à l'inefficacité. Toutes les caractéristiques des interventions sélectives (verticalisme, faible acceptabilité, caractère discontinu ou limité au court terme, etc.) les exposent à l'inefficacité par manque d'équité.

(c) Les activités sélectives de santé sont choisies par des 'techniciens', qui essaient de définir un ensemble d'activités pertinent par rapport aux principales maladies présentes dans les pays en voie de développement, ou dans tel de ceux-ci.

Le choix des activités à entreprendre reflète donc essentiellement le point de vue des professionnels de la santé, ressortissants le plus souvent de pays riches, par surcroît. Leur décision est prise sans *participation* des futurs bénéficiaires, et s'inscrit donc dans le cadre de relations de pouvoir inchangées entre les professionnels de la santé et les utilisateurs des services. En politique, cela s'appelle du despotisme éclairé.

On a déjà dit plus haut que cette critique pouvait être poussée très loin: parti-pris en faveur de la médecine privée, dépendance internationale accrue, renforcement du contrôle social.

Sans aller nécessairement jusque là, on doit cependant dire que les conséquences immédiates des activités sélectives dans le domaine de la participation sont déjà inquiétantes. L'accent systématiquement mis sur l'aspect technique de ces programmes entretient en effet les relations habituelles entre professionnels et profanes: les techniques restant incompréhensibles, ceux qui les maîtrisent conservent leur aura et leur pouvoir. La dépendance individuelle et communautaire l'emporte sur l'information, la prise d'initiative et la responsabilisation. Dans le domaine de la santé comme dans les autres domaines du développement, le réalisme et l'expérience montrent pourtant l'importance cruciale de ces trois facteurs.

(d) La prétention de la stratégie des soins de santé

sélectifs à n'être qu' 'intérimaire', et à simplement reporter à plus tard les objectifs 'nobles et généreux' d'Alma-Ata, ne semble pas non plus fondée. Ses concepts, on l'a dit, sont dérivés en droite ligne des stratégies verticales; et il y a fort à craindre que, sur le terrain, les interventions sélectives soient aussi implantées et appliquées comme activités verticales. Or, celles-ci supposent des *structures sanitaires* précises, déployées depuis la brousse jusqu'au Ministère de la Santé, et telles (cloisonnements budgétaires, indépendance des services, recyclabilité difficile du personnel, etc.) qu'il sera extrêmement malaisé à tout pays qui les aura installées de s'en débarrasser le jour où il voudra réorienter sa politique de santé en fonction des soins de santé primaires. Il faut ne pas avoir eu à se heurter au poids et à l'inertie de structures sanitaires endormies dans leur conformisme (dans les pays industrialisés comme dans les pays en voie de développement) pour sous-estimer ce danger.

(e) L'approche multicausale propre aux SSP montre à l'évidence le besoin d'une vision à *long terme* des problèmes de santé. L'approche par problèmes, par contre, impose d'envisager un terme à l'action, et encourage donc la mise en oeuvre de programmes à court terme. On peut ainsi se demander quelle rationalité peut bien être celle d'interventions à court terme visant à résoudre des problèmes durables ou permanents, c'est-à-dire impossibles à éradiquer avec les moyens actuellement disponibles.

(f) Enfin, la spécificité historique et culturelle de chaque pays, dont la politique sanitaire est une dimension, rend totalement impossible l'application universelle de programmes d'action sanitaire quasi standardisés. Il ne suffit en effet pas de prendre en compte la prévalence locale des maladies à combattre et leurs plus ou moins grandes conséquences sur la morbidité pour rencontrer la spécificité d'un système social sur lequel on veut agir.

7. CONCLUSIONS

Il nous semble donc évident que la mise en oeuvre des activités sélectives de santé représente pour les pays en voie de développement un recul par rapport aux soins de santé primaires.

Les erreurs de jugement qu'elles comportent ou les risques d'inefficacité qu'elles entraînent—et ceci contre leur affirmation principale même—sont nombreux et ont des conséquences importantes au niveau de la conception, mais aussi de la réalisation des programmes, et de l'organisation des services.

Ces erreurs et ces risques heurtent à ce point l'expérience et le réalisme que certains n'ont pas hésité à remettre en cause la bonne foi des promoteurs des activités sélectives de santé. L'idéologie positiviste et l'approche conservatrice qui sous-tendent ces dernières et qui conduisent, par exemple, à limiter le champ de la santé à ses aspects biomédicaux suggèrent effectivement une préférence pour des structures de pouvoir politique et médical qui tendent à se perpétuer elles-mêmes, plutôt qu'à envisager des relations constructives d'un autre ordre entre décideurs et utilisateurs, entre professionnels de la santé et citoyens, entre agences d'aide et pays-hôtes.

Au mieux, les activités sélectives de santé ne représentent pour les pays en voie de développement qu'un délai et une charge supplémentaires avant la mise en place de structures sanitaires globales, acceptables, accessibles, décentralisées, intégrées, et prenant dans tout son sérieux l'exigence de participation et de responsabilisation des individus et des groupes dans l'enjeu que représentent le maintien et la promotion de leur santé. Au pire, elles paralysent tout simplement une telle évolution.

L'UNICEF et l'aide américaine en général ayant tendance à promouvoir les SSP sélectifs, il faut défendre la cause de la Déclaration d'Alma-Ata. Aussi le séminaire d'Anvers de novembre 1985 a-t-il tenu à rappeler, dans un manifeste, que sous des dehors novateurs et pragmatiques la stratégie des soins de santé primaires sélectifs risquait de n'être qu'une illusion technocratique dangereuse.

Reste à espérer que d'autres réactions suivent. Il ne s'agit pas en effet d'une simple querelle d'école. Mais de répondre très concrètement à l'angoissante question du début: "Comment s'attaquer aux problèmes de santé du Tiers Monde?"

Les pays en voie de développement ne pouvant se passer de l'aide en ce domaine dans un avenir prévisible, il est capital de savoir quelle direction va prendre cette aide, quels types d'intervention sanitaire et médicale elle va promouvoir, quelles structures sanitaires elle va renforcer, quelles relations de pouvoir elle va impliquer.

REFERENCES

- Il est devenu impossible d'écrire les mots de 'Tiers Monde' ou de 'pays en voie de développement' sans soulever une vague de critiques soulignant la diversité et la différenciation croissante des pays rangés sous ces étiquettes. Nous n'ignorons pas cette réalité. Cependant, des rizières du Bangla-Desh aux Andes péruviennes, en passant par la brousse zaïroise, les problèmes de santé et l'organisation des systèmes de santé continuent à présenter suffisamment de caractéristiques communes pour nous permettre de conserver ici une appellation unique et commode.
- Roemer M. I. Priority for primary health care: its development and problems. *Hlth Policy Plann.* 1, 58-66, March 1986.
- Mercenier P. Soins de santé et développement. *Annls Soc. belge Méd. trop. suppl.* 59, 5-11, 1979.
- Les Soins de Santé Primaires.* OMS, Genève, 1978.
- Navarro V. A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration. *Soc. Sci. Med.* 18, 467-474, 1984.
- Turshen M. and Thébaud A. International medical aid. *Monthly Rev.* 33, 7, 39-50, December 1981.
- Williams G. and Satoto. Socio-political constraints on primary health care. A case study from Java. *Devl. Dialogue* 1, 1980. Bien que l'échec de cette expérience puisse s'expliquer autant, sinon plus, par des raisons techniques et opérationnelles tenant à la mise en oeuvre du projet lui-même, ce dernier n'en constitue pas moins un bon exemple des implications politiques locales des SSP. Pour une réflexion plus théorique: Banerji D. Health as a lever for another development. *Devl. Dialogue* 1, 19-25, 1978.
- Cette présentation s'inspire d'une interview donnée par Hannu Vuori, responsable OMS des SSP pour l'Europe, à la revue belge du GERM (Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine). *Actual. Santé* 61/62, avril-mai 1984.
- Gish O. The political economy of primary care and 'Health by the People': an historical exploration. *Soc. Sci. Med.* 13C, 203-211, 1979.
- Pour un exemple concret: Sevagram Medico Friend Circle, La Santé n'est pas un souci prioritaire dans les villages. *Forum Mond. Santé* 4, 411-413, 1983.
- Certains font remarquer que les progrès de la médecine en Occident n'ont rien dû à cette conception globale de l'action médico-sanitaire: "Nous nous trouvons en Belgique avec une espérance de vie de 75 ans. Ce n'est pas si mal, et je suis volontiers reconnaissant à tous ceux qui ont lutté pour me léguer ce cadeau. Ils sont nombreux et viennent de tous les horizons. Quel a été le rôle de l'approche globale?" Laurent Ph. Commentaires à propos du texte de Jos Orenbuch: *Les Universités et la Coopération dans le Domaine de la Santé. Accroître les Inégalités ou Changer le Cours des Choses?* Cahiers Nord/Sud, Bruxelles, ULB, Vol. 1, No. 1, pp. 28-37, April 1983. On ne peut faire pire contresens. Car si l'espérance de vie a tellement progressé en deux siècles en Europe, c'est bien parce que l'approche des problèmes a été on ne peut plus globale: amélioration de l'habitat, égouttage, potabilisation de l'eau, augmentation des revenus, lois sociales, etc. Les vaccinations et les antibiotiques sont d'ailleurs venus bons derniers participer à ce processus. L'approche a donc été globale en dépit de la pratique médicale, et à l'insu des acteurs, effectivement 'nombreux', et venus 'de tous les horizons'. Faire profiter aujourd'hui les pays du Tiers-Monde de cette leçon, c'est précisément rendre consciente et volontaire une démarche qui chez nous fut inconsciente et non recherchée.
- Amat T. Les structures médico-sanitaires de première ligne. *Prévenir* 12, 61-65, 1986.
- Mercenier P. *L'agent de Santé Communautaire.* Working Paper No. 9, URESP (Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique), Institut de Médecine Tropicale, Antwerpen, Belgique, 1984.
- Equipe du Projet Kasongo. Le Projet Kasongo. Une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. *Annls Soc. belge Méd. trop. suppl.* 60, 1981.
- Walsh J. A. and Warren K. S. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New Engl. J. Med.* 301, 967-974, 1979.
- GOBI-FFF:
 - Growth chart: suivi de la courbe de poids des enfants.
 - Oral rehydration: réhydratation orale en cas de diarrhée.
 - Breast feeding: allaitement maternel.
 - Immunisation: vaccinations.
 - Family planning: planning familial.
 - Food supplementation: supplémentation nutritionnelle.
 - Female status: promotion de la femme
 En fait, en passant successivement du programme GOBI à GOBI-FF puis à GOBI-FFF, l'UNICEF montre malgré elle qu'il est bien difficile d'échapper à l'aspect multiple et global de l'action pour la santé.
- CCCD: *Combatting Childhood Communicable Diseases* (Lutte contre les maladies transmissibles de l'enfance): Malaria, Diarrhée, et Programme Elargi de Vaccinations (PEV),.
- Gish O. Selective primary health care: old wine in new bottles. *Soc. Sci. Med.* 16, 1049-1054, 1982.
- Authors' reply. Comments of K. S. Warren, Comments of J. A. Walsh. *Soc. Sci. Med.* 16, 1059-1061, 1982.
- Banerji D. Les soins de santé primaires doivent-ils être sélectifs ou globaux? *Forum Mond. Santé* 5, 347-350, 1984.
- Thébaud A. Le jeu des organismes internationaux de la santé. *Prévenir* 12, 89-97, 1986.

22. Unger J. P. and Killingsworth J. R. Selective primary health care: methods and results. *Soc. Sci. Med.* **22**, 1001-1013, 1986.
23. The Kasongo Project Team. Influence of measles vaccination on the survival pattern of 7-35-month-old children in Kasongo, Zaire. *The Lancet* 764-767, April 4, 1981.
24. Berman P. A. Selective primary health care: is efficient sufficient? *Soc. Sci. Med.* **16**, 1054-1059, 1982.

Abstract—The authors examine the evolution of the PHC approach in historical perspective, present definitions and criteria of what PHC actually means, look upon deviations of conceptual content and practice of PHC and end up with a socio-political as well as a technical critique of the so-called 'selective' PHC.

Modern health systems evolved in developing countries modelled on the 'western' biomedical health care systems. Yet even colonial medical services contained also progressive elements, as e.g. the acceptance of the need to de-centralise hospital care to peripheral health posts, or the stress on more rational distribution and utilisation of drugs. The vertical programmes developed under this approach showed clearly their limitations and the conference of Alma-Ata can be looked at as a turning point, where a new model of health care, i.e. PHC, was designed. Though there exists a widespread resistance in industrialised countries against adopting this new model, it was not at all limited only to developing countries.

As with every innovative idea, the PHC strategy provoked contradictory views and large differences in interpretation. But, the authors stress, PHC is neither a doctrine, or a theory but the outcome of decades of field-experience of concerned scientists and practitioners. The essential criteria of PHC include:

- Accessibility: need for improved first contact with the health care system, demanding efforts of decentralising the existing health system without neglecting the quality of care on higher-level medical services.
- PHC is essentially an action-programme designed around the well-known eight PHC elements, designed to meet effective demand and to rationalise medical offer. The eight elements rather underline the multiplicity of health action required—they are not considered to serve as 'chapters' of PHC policy.
- PHC is a strategy for re-organising health services. The hospitals should serve the peripheral health centres and not the other way round. At the same time, curative preventive and promotive actions have to be integrated. This necessitates community participation, as the global health problems cannot be solved by the health services alone.
- PHC in so far re-defines the role of medicine and looks at health in a holistic way. Medicine is being de-mystified and individuals and communities are encouraged to take over responsibility for their own health. This is not at all the consequence of an idealistic view, but derived from field experiences in various circumstances. PHC as a new philosophy of health services delivery therefore, stresses: holistic action for global health issues, equity, participation, and cost/efficiency.

Among the misconceptions and deviations of PHC practice is especially the fact that many officials conceived it as a further vertical programme to be included in a Ministry of Health's activities. Furthermore, the authors stress that the emphasis laid on developing village health workers' (VHW) schemes is misleading and shows a 'medicalisation' of the PHC ideal. They stress that VHW are part of the very communities, whereas the key element of the PHC system should be the peripheral health-team at dispensary level.

A misconception introduced by the promoters of the SPHC approach is their emphasis on 'priority' diseases to be attacked, thus rejecting the global/holistic element in the PHC approach, which is a long-term health development approach, that cannot be exchanged with a mere problem-centred medical approach for the sake of 'efficiency'. The selectivists are clearly demonstrating a 'marketing' approach: they are concerned only with how to achieve rapidly total coverage for certain services.

Certain critiques therefore suggest that SPHC serves especially the commercial and technical interests of the western drugs and medical industries, including the promotion of private care for needs not covered under the SPHC schemes. SPHC therefore cements the existing of two differing medical and health systems in the First and Third World and promotes no impulses to change the existing power-relations between industrial and developing countries.

Technically, the promoters of SPHC haven't yet proved the higher efficiency of this approach. On the contrary, they often mix up effects of multiple variables, or else, attribute these effects only to selective interventions. They do not recognise the effects of underdevelopment on health and their cost evaluations only consider short-term effects.

The authors conclude that there is actually the risk that the insights gained in the last decades which led to the development of the comprehensive PHC approach and its universal acceptance in Alma-Ata could be lost. One of these insights was, that populations are more likely to accept specific public health programmes if their everyday problems are also taken into account and if they can participate in planning, implementing and evaluating health programmes.

The positivist, biomedical selectivist approach on the contrary re-establishes the paternalistic professional view of health and in attracting funds of international and bilateral donors clearly counteracts the idea of PHC.

Key words—primary health care, selective primary health care, health politics, comprehensive approach

WOLFGANG BICHMANN
 Institute of Tropical Hygiene
 University of Heidelberg
 6900 Heidelberg
 Grabengasse 1
 F.R.G.