



Les soins de santé primaires : une stratégie négligée pour l'organisation des services de santé en situation de crise complexe

.....

Considérés comme la base du système de santé dans les pays en voie de développement, les soins de santé primaires sont victimes d'ingérences humanitaires déstructurantes, d'interventions technocratiques débilatantes et d'un sous-financement chronique. Ils constituent néanmoins la voie privilégiée pour l'avenir de la santé dans ces pays.

.....

Les soins de santé primaires ont été retenus dans de nombreux pays en voie de développement comme stratégie visant à soutenir la mise en œuvre de politiques sanitaires basées sur les notions de participation, d'accessibilité, d'efficacité et d'équité. L'évolution sociale et politique dans ces pays a profondément modifié l'opinion que l'on pouvait se faire de leur application au fil des décennies. L'obstination des partisans d'un modèle d'organisation des soins de santé emprunt d'hospitalo-centrisme et de médecine spécialisée soucieuse d'hyper-efficacité, la pauvreté des populations et des gouvernements, la survenue de multiples crises et autres guerres civiles, l'émergence de problèmes de santé nouveaux ainsi que la persistance de défis majeurs liés à certains groupes cibles (notamment la mère et l'enfant) semblent vouloir mettre de plus en plus en cause le bien-fondé de cette stratégie. Notre propos est d'une part de montrer comment certains courants actuels en matière d'organisation des services

de santé dans les pays en développement et principalement en Afrique centrale entravent le renforcement des politiques sanitaires basées sur les soins de santé primaires et d'autre part d'argumenter la pertinence de la stratégie dans les contextes les plus défavorisés de la planète.

Les catastrophes de l'humanitaire

Le premier point méritant une attention particulière est relatif aux interventions d'urgence. Les conséquences d'une catastrophe sur les soins de santé primaires sont de deux ordres : le ralentissement, voire l'arrêt des activités de soins dans les établissements sanitaires et la réponse apportée par la communauté internationale.

Dans les contextes soumis à des crises complexes, des stratégies spécifiques efficaces ont été développées pour la prise en charge sanitaire des populations. Les interventions humanitaires d'urgence ont été développées par des organisations non gouvernementales d'abord, relayées par les agences onusiennes puis par les gouvernements eux-mêmes dans de nombreux endroits du monde, et particulièrement en Afrique centrale. Le souci d'efficacité justifié par la gravité, en termes de mortalité, des situations rencontrées et celui d'indépendance censé garantir une certaine neutralité, ont tous deux légitimé des interventions, certes efficaces à court terme, mais également très déstructurantes pour les services de santé locaux qui voient se mettre en œuvre des interventions dont ils sont, la plupart du temps, exclus. En outre, ces organismes attirent les professionnels de santé locaux avec des perspectives souvent éphémères d'un avenir meilleur altérant ainsi un peu plus une capacité potentielle humaine déjà préalablement fragilisée par un contexte socio-économique défavorable. Lorsque l'urgence s'estompe, les interventions humanitaires s'arrêtent, les ressources financières diminuent

Kahindo Jean-Bosco, médecin, et Porignon Denis, médecin,
Centre scientifique et médical de l'université libre de Bruxelles pour ses activités de coopération - Cemubac.

Mots clefs : politique de santé, soins de santé primaires, santé publique.

Les soins de santé primaires : une stratégie négligée pour l'organisation des services de santé en situation de crise complexe

et les services de santé locaux ainsi que leurs acteurs se retrouvent le plus souvent affaiblis devant une population chez qui des besoins ont été créés dont le moindre n'est pas la gratuité de l'accès aux soins. Une demande accrue des populations doit ainsi être satisfaite par une offre de soins que la rareté des ressources restant alors disponibles rend encore plus difficilement abordable qu'avant la crise. Aux difficultés rencontrées par les services de santé locaux suite à l'émergence de la crise, il faut ajouter celles liées à la gestion de l'après « intervention humanitaire » pendant laquelle la prise en charge des populations doit s'opérer avec une capacité technique souvent significativement amoindrie.

Plusieurs auteurs ont toutefois montré que les services de santé locaux sont à même de répondre partiellement du moins aux besoins des populations vivant en situation critique.

Dans certains contextes, notamment en République démocratique du Congo, nous avons pu également montrer qu'une contribution des services de santé locaux était efficace mais également efficiente. Le coût de la prise en charge des réfugiés rwandais pendant la crise de 1994 était cinq à dix fois moindre lorsque celle-ci était opérée par les services de santé locaux par rapport aux services organisés dans les camps par les organisations humanitaires d'urgence. Sans vouloir réfuter le bien fondé de certaines interventions d'urgence, nous plaidons encore pour une possible meilleure complémentarité aboutissant à terme à un renforcement réel des services de santé locaux plutôt qu'à leur affaiblissement si souvent constaté dans de nombreux contextes.

Préservez-nous des technocrates

Le second argument est plus général et relève de l'opposition cristallisée après la conférence d'Alma Ata entre soins de santé globaux et soins de santé sélectifs. Depuis les indépendances dans les années '60, la question se pose sans cesse de savoir s'il vaut mieux organiser avec une efficacité réelle un peu de soins de santé pour un nombre limité de bénéficiaires ou s'il est possible d'améliorer globalement le niveau de santé des populations en s'attaquant aux principaux problèmes de santé avec le risque, en cas de sous financement, d'une plus grande dispersion et d'une moindre efficacité.

Cette question revient à l'avant-scène des débats internationaux depuis le début des années '90 sous l'impulsion de différents organismes internationaux comme la Banque mondiale qui, à travers ses rapports de synthèse, a entraîné la communauté internationale dans la lutte contre trois maladies jugées prioritaires : la malaria, la tuberculose et le SIDA. La réaction de la communauté internationale a été, dans un premier temps, de prôner le renforcement spécifique du contrôle de ces trois maladies dans les parties du monde où elles étaient les plus meurtrières, c'est-à-dire principalement sur le continent africain. Dans la seconde moitié des années '90, de vastes programmes, dont le Fonds mondial (initiative des Nations-Unies





destinée à assurer le financement de la lutte contre le SIDA, la malaria et la tuberculose), ont été lancés et des objectifs ont été définis pour le troisième millénaire. Pour intéressant qu'il soit, ce courant a abouti d'une part certes à la mobilisation relativement rapide de sommes d'argent colossales (se chiffrant en centaines de millions de dollars), mais d'autre part, par la mobilisation inadéquate de ressources humaines locales et l'imposition de stratégies spécialisées distinctes et parallèles à celles existant dans le cadre des soins de santé primaires, il a également conduit à une déstructuration profonde du fonctionnement des services de santé locaux. Le développement d'équipes certes multidisciplinaires mais spécialisées pour la lutte contre le SIDA par exemple (conseils, dépistages, diagnostics, traitements,...) a imposé du personnel (para)médical spécifique dans des centres de santé ne disposant pas par ailleurs de l'équipement et des médicaments élémentaires pour la prise en charge des diarrhées de l'enfant.

Encore une fois, le souci de la communauté internationale pour une efficacité immédiate a sérieusement altéré des dizaines d'années d'efforts menés par des professionnels de santé sous-payés disposant de moyens matériels et financiers dérisoires au profit de technocrates souvent expatriés qui ont mis dix ans pour identifier l'impérieuse nécessité d'un renforcement global des systèmes de santé pour enrayer la morbidité et la mortalité liées à la malaria, à la tuberculose et au SIDA. Ici également, la littérature internationale a relevé le potentiel des services de santé locaux pour jouer un rôle significatif dans l'amélioration de la santé des populations, notamment en termes de réduction de la mortalité maternelle et infantile.

De l'urgence de réorienter les moyens vers les soins de santé primaires

Le troisième point est relatif à l'accessibilité financière et à la qualité des soins. Les systèmes de santé basés sur les soins de santé primaires tels que mis en place dans les pays du Sud souffrent d'un sous-financement chronique depuis des décennies. Cette carence trouve, dans

beaucoup de pays, son origine dans la faible part des ressources nationales octroyées à la santé (moins d'1 % du produit intérieur brut) ainsi que dans la pauvreté profonde particularisant une population qui n'a donc pas les moyens de payer les soins de santé dont elle a besoin. La Banque mondiale et l'Organisation mondiale de la santé recommandent toutes deux une dépense moyenne de 15 à 30 USD par habitant et par an pour assurer des services de base dans les pays les moins avancés. Celle-ci ne dépasse guère les 5 USD par habitant et par an dans la plupart de ces pays, notamment en Afrique centrale. Une des conséquences immédiates de ce sous-financement est la mauvaise qualité des soins liée entre autres à une faible motivation du personnel (souvent payé moins de 100 USD par mois), à un sous équipement des infrastructures sanitaires ou encore à des ruptures de stocks en médicaments essentiels. Ce point nous paraît d'une importance essentielle car il constitue un goulot d'étranglement empêchant le développement des soins de santé primaires en tant que stratégie de réponse aux problèmes de santé des populations. En outre, il justifie en partie le recours à des stratégies humanitaires d'urgence ou à des programmes spécialisés tels qu'exposés ci-dessus lorsque les conditions deviennent à ce point critiques que la seule issue qui paraît envisageable est celle de l'efficacité à court terme.

Nous pensons que le développement de soins de santé globaux et intégrés permettant d'offrir aux populations des solutions cohérentes à leurs problèmes de santé reste la voie privilégiée pour l'organisation des services de santé, y compris en situation critique. Elle seule en effet permet une appropriation à long terme, une efficacité optimale et une équité permettant ainsi de contribuer à la stabilisation politique de ces régions du monde où il importe non seulement de sauver des vies mais également de construire un futur pour l'ensemble de la société. ●