

Ces derniers sont l'objet de tentatives de recensement, d'organisation, de recyclage et parfois d'intégration en vue de leur donner un statut légal et de les institutionnaliser. Ce recours thérapeutique est important, non seulement lorsqu'il n'y a pas de médecin « moderne », mais aussi lorsque les traitements allopathiques échouent, ou encore lorsque les patients les considèrent comme moins appropriés.

Vulgairement appelés guérisseurs, sorciers ou médecins traditionnels, ces spécialistes indigènes constituent toujours le recours le plus accessible et le plus pratiqué dans le tiers monde. Au Bangladesh, plus de 60 % des patients les fréquentent, selon des études menées localement. Ce pourcentage est au moins égal en Afrique. De tels chiffres ne manifestent pas un choix univoque et définitif des malades. Ils traduisent la confiance dont ces praticiens sont l'objet moins à cause de leurs performances contre certaines affections que de leur pertinence culturelle et de leur insertion sociale complète.

## Connaître les blocages

Habiles à exploiter cette évidence et à profiter de l'absence de contrôle et de règles concernant la vente des

médicaments, de nombreux individus sans aucune formation se livrent au commerce des médicaments qu'ils prescrivent sans examens. Dans les marchés du Bangladesh, comme dans ceux du Nigeria ou du Cameroun, se côtoient des vendeurs de drogues miracles, ou d'antibiotiques périmés. Bien qu'ils ne soient jamais comptabilisés dans les statistiques sanitaires, ces commerçants représentent une partie non négligeable des systèmes de santé dans le tiers monde.

L'étude des pays en développement montre que la vision d'une modernité bien chaotique ne s'oppose pas formellement à l'utilisation d'un capital de connaissances et de pratiques endogènes qui ne constituent pas une alternative mais une réalité dont doit tenir compte la médecine allopathique.

Mal maîtrisés parce que fondés sur des modèles hospitaliers exclusivement occidentaux, les systèmes de santé dans le tiers monde requièrent peut-être, pour être plus opérationnels, une meilleure analyse des blocages locaux de la part des médecins et des décideurs. La mise en place de soins de santé primaires mettrait fin à une dépendance sanitaire aussi bien économique qu'idéologique qui s'oppose à toute coordination authentique et qui rend impossible la prévention.

Bernard Hours

### • LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

## **Des technologies universellement accessibles**

La déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) constitue le fondement ambitieux et cohérent des soins de santé primaires. La santé se définit comme un état de bien-être global à la fois physique, mental et social.

Les soins de santé primaires sont « des soins essentiels fondés sur des

méthodes pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, et des technologies universellement accessibles aux individus et aux familles, dans les communautés, à travers leur complète participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent prendre en charge à chaque étape de

## BIBLIOGRAPHIE

*Un nouveau combat pour la santé*, CANA, 1980.

FASSIN D., JEANNEE E., SALEM G., REVEILLON M., « Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal) », *Sciences sociales et santé*, vol. IV, n° 3-4, 1986, p. 202-221.

MEDICUS MUNDI, *Dialogue Nord-Sud. 25 ans sur le terrain*. Paris, 1985.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Les Soins de santé primaires*, OMS, Genève, 1978.

WERNER D., *Là où il n'y a pas de docteur. Environnement africain*, ENDA, Dakar, 1981.

leur développement, dans un esprit d'autosuffisance. Ils forment une partie intégrale aussi bien du système de santé du pays dont ils constituent le pilier, que du développement économique et social global de la communauté. » (*Les Soins de santé primaires*, OMS, 1978.)

Considérés comme le premier niveau de contact des individus, familles et communautés avec le système de santé national, les soins de santé primaires constituent un moyen de rendre les soins accessibles, le plus près possible des lieux de vie et de travail et ils sont le premier élément d'un processus continu de santé de la base locale du système à son sommet (dans les capitales).

Selon l'OMS, huit composantes interviennent dans les soins de santé primaires :

— Éducation aux méthodes de prévention.

— Promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.

— Approvisionnement en eau et assainissement.

— Protection maternelle et infantile et planning familial.

— Vaccinations contre les grandes maladies.

— Prévention et contrôle des endémies locales.

— Traitement des maladies et lésions courantes.

— Fourniture en médicaments essentiels.

Comment être en désaccord avec un tel programme? La stratégie des soins de santé primaires continue pourtant de provoquer de vives résistances. Au-delà des mesures techniques recommandées, cette stratégie propose une approche en rupture majeure avec

le cadre habituel des politiques menées auparavant. Il s'agit tout d'abord d'une conception globale de la santé, en particulier socio-économique, intégrée au développement. Selon cette logique socio-économique, le développement est le meilleur moyen de prévenir et de guérir des maladies qui sont souvent liées à la pauvreté et à l'ignorance. Mais certains professionnels de la médecine restent sceptiques, voire hostiles.

Ainsi, les experts de l'OMS sont parfois accusés de provoquer une régression technologique lorsqu'ils avancent la nécessité de moyens thérapeutiques abordables économiquement et culturellement (technologies appropriées, médecine traditionnelle). Ils peuvent être aussi soupçonnés de démagogie lorsqu'ils parlent de la nécessaire participation de tous les acteurs du système de santé. Mais les travaux de l'OMS se situent dans un contexte à la fois social, économique et sanitaire et à une échelle planétaire auxquels certains praticiens semblent parfois peu habitués.

### Plus de débats

#### que de réalisations

Près de dix ans après Alma-Ata, on doit constater, à de rares et exemplaires exceptions près, que les soins de santé primaires ont alimenté plus de débats qu'ils n'ont entraîné de réalisations durables.

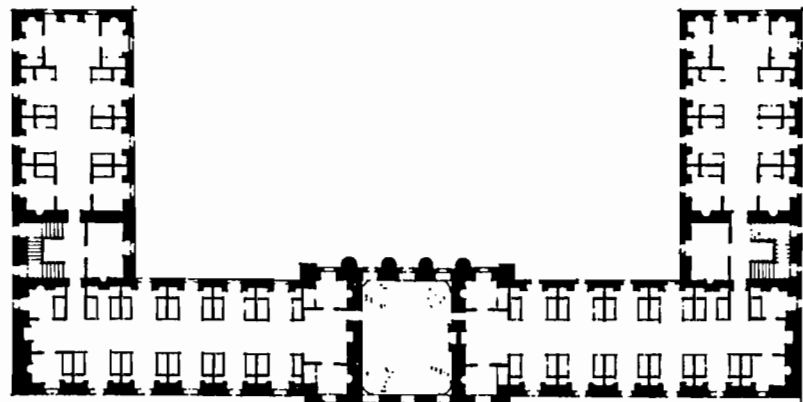
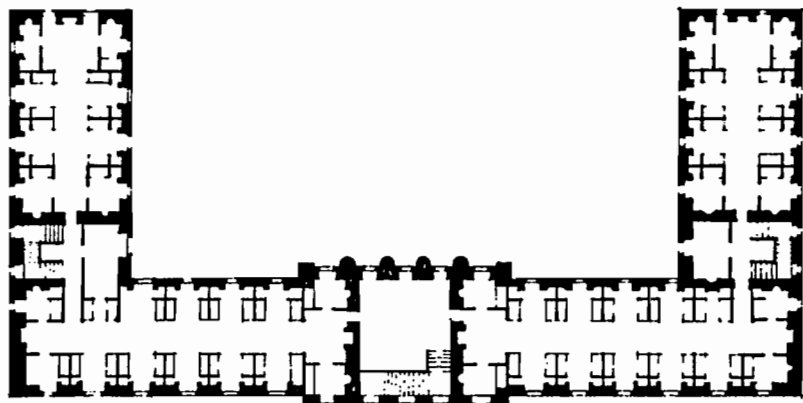
Ces faibles résultats s'expliquent par l'insuffisance des financements consentis. Dans le tiers monde, beaucoup de ministères de la Santé semblent considérer que cette stratégie constitue un

gadget bon marché, et quelques discours tiennent souvent lieu de politique. Ignorant l'insatisfaction croissante du public devant le dysfonctionnement des structures sanitaires en place (hôpitaux, dispensaires), beaucoup de responsables nationaux font encore confiance à des méthodes pourtant largement inaptes à résoudre les besoins de santé des populations.

L'approche spectaculaire des médias dans les pays du Nord ne favorise pas une meilleure compréhension des problèmes sanitaires du Sud. Par ailleurs, le développement de la médecine d'urgence en France induit une vision catastrophiste des problèmes sanitaires des pays pauvres dont on laisse souvent entendre qu'ils sont incapables de prendre en charge leurs difficultés.

En affirmant que la solution des principaux problèmes de santé passe par le développement économique et social et qu'on ne soigne pas durablement une population condamnée à la famine, la déclaration d'Alma-Ata marque une rupture, non consommée aujourd'hui, avec une démarche strictement curative et exclusive de toute participation des groupes. La notion de soins de santé primaires, à laquelle on tente parfois de substituer celle de « soins de santé primaires sélectifs » qui en dénature le sens et la portée, demeure à ce jour le seul projet susceptible d'instaurer une relative justice sanitaire, c'est-à-dire « la santé pour tous ».

Bernard Hours



*Royal Infirmary (Edimbourg), 1738-1748*

Hours Bernard. (1988)

Les soins de santé primaires : des technologies  
universellement accessibles

In : Brisset C. (ed.), Stoufflet J. (ed.) Santé et médecine : l'état  
des connaissances et des recherches

Paris : La Découverte ; INSERM ; ORSTOM, 447-449. (L'Etat du  
Monde)

ISBN 2-7071-1755-2