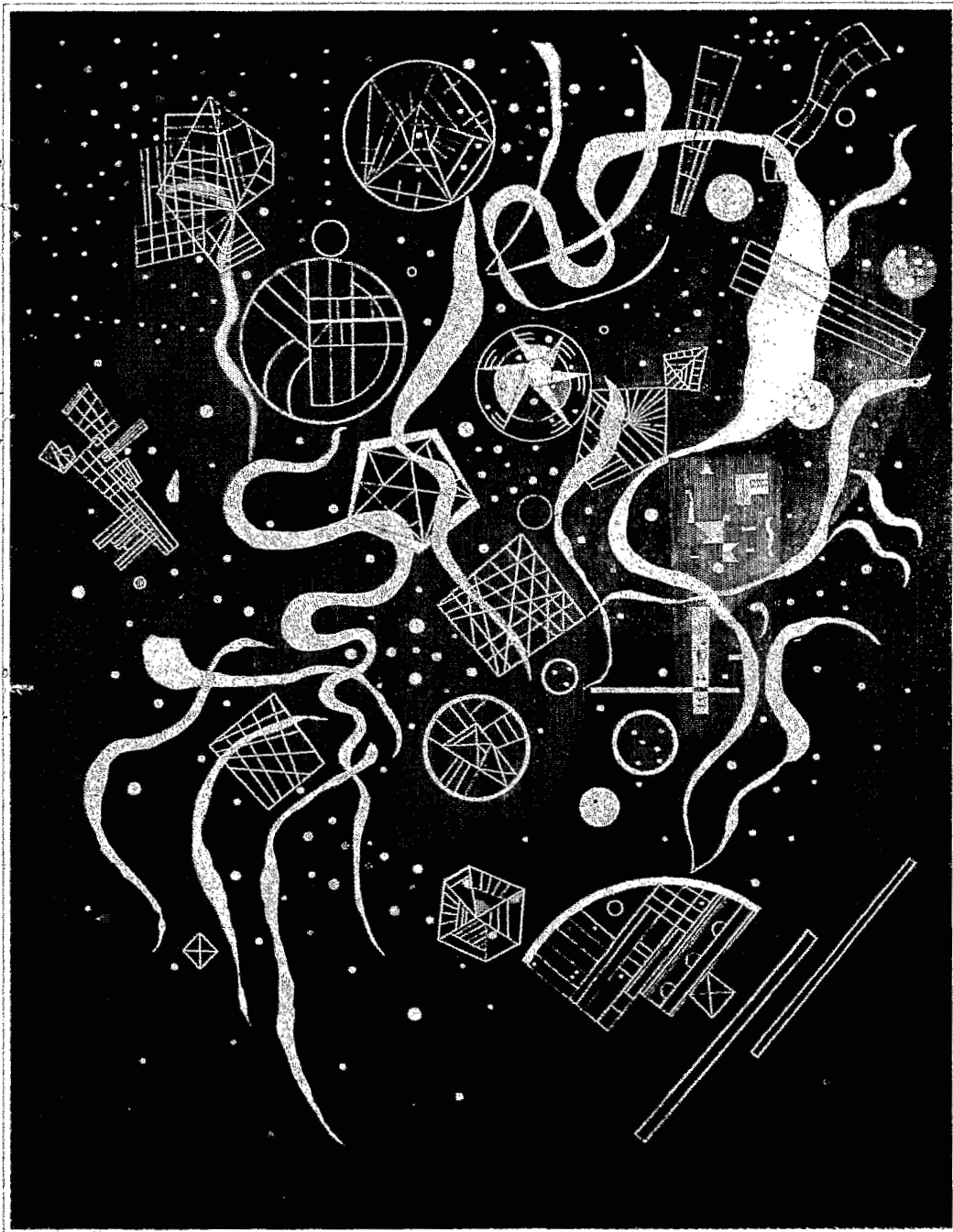


4

L'homme et la santé



500002

B * 5164

Seuil

M 124

Centre National de la Recherche Scientifique

La santé pour tous en l'an 2000 ?

« La santé pour tous en l'an 2000 » – objectif défini par la conférence internationale réunie par l'Organisation mondiale de la santé à Alma Ata, en 1978 – n'est même plus aujourd'hui une utopie mobilisatrice. D'ailleurs, dans l'Afrique francophone, qui regroupe une vingtaine de pays parmi les plus pauvres de la planète, ni les politiciens ni les cadres nationaux n'ont eu le moindre souci d'adapter les principes qu'ils avaient votés aux réalités de leur société, et leurs responsabilités sont écrasantes dans l'évolution de leur pays depuis trente ans. On s'est contenté de juxtaposer un discours enflammé sur les soins de santé primaires (soins de qualité qui répondent à la fois aux besoins les plus courants pouvant être organisés avec les ressources humaines et matérielles mobilisables au niveau villageois, et socialement et individuellement acceptables par les bénéficiaires) et une pratique qui consistait à « allouer les ressources à des équipements et services centralisés, exagérément sophistiqués et ostentatoires (hôpitaux d'enseignement dans les capitales, écoles médicales formant des spécialistes, etc.) [...] Ces activités ont été fortement défendues par les *establishments* médicaux politiquement puissants – qui trouvaient là un renforcement de leur pouvoir – et par les autres élites des pays en développement aussi bien que des pays riches¹. »

Mais qu'en est-il, aujourd'hui, de la qualité de la médecine clinique pratiquée dans ces pays, où le slogan : « la santé pour tous d'ici l'an 2000 » et la stratégie des soins de santé primaires ont représenté, depuis bientôt quinze ans, un immense espoir et ont mobilisé, pendant au moins une décennie, tant d'énergie ?

La réalité de la marche vers la santé pour tous

La stratégie des soins de santé primaires a été définie par la conférence d'Alma Ata comme un ensemble d'activités : « Une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent, ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables ; la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ; un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ; la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale ; la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ; la prévention et le contrôle des endémies locales ; le traitement des maladies et lésions courantes ; la fourniture de médicaments essentiels². »

Bien entendu, les hôpitaux concourent à l'exécution de la stratégie des soins de santé primaires : les cas qui dépassent les compétences réunies à l'échelon villageois doivent être adressés à l'échelon de la première présence médicale (on parle de « district » pour désigner ces circonscriptions administratives de 100 000 à 200 000 habitants, dont la santé est laissée à la responsabilité d'un ou deux médecins) ; les cas qui ne peuvent pas être traités par les médecins du district sont envoyés à l'hôpital régional ou national où se trouvent des équipements et des compétences plus spécialisés, et qui constitue le troisième niveau de la « pyramide sanitaire ».

Fonds Documentaire ORSTOM



010005161

Les prestations offertes

De nombreux exemples montrent que la qualité des prestations offertes par ces systèmes de santé n'est pas acceptable. S'agit-il de surveiller la croissance des nourrissons afin de dépister les cas à risque de malnutrition ? Les agents qu'on charge de la pesée ont le plus grand mal à interpréter leurs mesures en termes de variation³. Et lorsqu'un facteur de risque est relevé, aucune décision n'est, en général, arrêtée, aucune action entreprise⁴. Les consignes écrites sont trop compliquées pour des agents qui n'ont pas l'habitude de lire. S'agit-il de vaccination ? La charge en est confiée à un personnel diplômé qui n'arrive pas à surmonter des difficultés tout à fait élémentaires d'organisation et d'interprétation de son travail : on vous annonce un taux de couverture de la vaccination de 130 % sans sourciller, parce que, pour ces diplômés, les chiffres restent vides de sens⁵. S'agit-il de la surveillance des accouchements ? Les sages-femmes prescrivent un ocytocique (produit destiné à stimuler les contractions utérines), ou un cocktail en contenant, à toute parturiente qui passe entre leurs mains, sans vérifier qu'il n'y ait pas de contre-indication évidente (dans ce cas, la vie de la mère est mise en danger)⁶ ; et c'est ainsi que des accidents, parfaitement évitables, se produisent.

Ainsi continue-t-on à mettre des seringues, des antibiotiques, des dispositifs intra-utérins entre les mains d'agents incompetents et inconscients de leur responsabilité. Par ailleurs, on a étendu les activités sanitaires vers la périphérie (les campagnes reculées), en enseignant aux agents de santé de village quelques gestes on ne peut plus élémentaires. Mais au Niger, par exemple, 83 % des matrones ne se lavent pas les mains avant de commencer leurs soins⁷. Là encore, ne vaudrait-il pas mieux ne rien faire plutôt que d'accroître les risques auxquels est exposée la santé des pauvres ?

Aux niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire, la situation n'est guère plus brillante. Dans les services de chirurgie d'un hôpital d'enseignement, les interventions les plus simples (appendicéctomies, hernies, césariennes) représentent plus de 80 % de l'activité. C'est qu'aux niveaux inférieurs, les agents sanitaires ne remplissent pas leur rôle, ni au bénéfice de ces cas simples qu'ils devraient traiter, ni au bénéfice des cas plus délicats qu'ils devraient savoir identifier et adresser aux hôpitaux. Or, le personnel hospitalier est beaucoup trop qualifié et beaucoup trop nombreux, mais il préfère vivre dans la capitale plutôt qu'« en brousse ». Très rares sont les pays qui ont eu le courage de lutter contre le déséquilibre dans la répartition géographique du personnel de santé, et

aujourd'hui, c'est devenu presque impossible parce que les Etats ne recrutent plus de médecins parmi leurs jeunes diplômés. Ainsi gaspille-t-on ostensiblement, dans la capitale, des ressources qui, ailleurs sont rares, sans tenir compte des besoins des malades : le nombre de césariennes réalisées dans la région la moins bien desservie correspond à un accouchement sur 3 000, alors qu'on devrait en compter environ 5 pour 100⁸.

Et au-delà de ces chiffres, plus grave encore, comme le montre un seul exemple : en Afrique, aujourd'hui, les médecins refusent, en général, de dire aux hommes malades du sida que tel est leur mal ; n'auront-ils aucune responsabilité dans la mort des femmes de ces hommes, et des enfants de ces femmes ? Que peut-il en être, dans ces conditions, de la lutte contre le sida ?

Les soins de santé primaires n'ont rien changé au fait que les professionnels de la santé cherchent à tirer le meilleur parti des privilèges de leur statut. Le niveau d'information du public est tel que les professionnels n'ont même pas besoin de se préoccuper de la qualité des soins. Et les médecins n'hésitent pas à revendiquer un tarif représentant, pour la consultation de généraliste, 30 % du salaire mensuel minimum de leurs concitoyens, et près de 50 % pour la consultation de spécialiste, et ils l'obtiennent. Les autres professionnels du secteur de la santé ont la même attitude et le même succès.

Les médicaments disponibles

La fourniture de médicaments essentiels (les 100 à 200 médicaments qui permettent de soigner 90 à 95 % des épisodes de maladies) est l'une des composantes des soins de santé primaires. Ces médicaments peuvent être obtenus, lorsque les droits de l'inventeur de la « spécialité » sont tombés dans le domaine public, sous forme de « produit générique », copie de l'original, vendue sous sa « dénomination commune internationale » plutôt que sous le nom de marque initialement adopté par le fabricant. Qu'a-t-on fait, depuis 1978, pour rendre ces médicaments essentiels disponibles au plus bas prix dans les pays où les besoins sont les plus grands ? Rien !

Or, les populations des districts pauvres des pays les plus pauvres de la planète, consacrent déjà bien assez d'argent aux médicaments pour pouvoir traiter, s'ils s'approvisionnent en médicaments essentiels, à peu près tous les épisodes de paludisme, de déshydratation et d'affections bactériennes

justiciables d'un traitement antibiotique⁹. Dans ces mêmes pays, une politique nationale d'approvisionnement en médicaments essentiels permettrait de diviser par quatre la facture pharmaceutique¹⁰. Rien n'a été fait, et rien ne sera fait dans un avenir proche : la Banque mondiale ne pense désormais qu'à privatiser le secteur de la santé, et le programme d'information et d'action en faveur des médicaments essentiels, que menait l'Organisation mondiale de la santé, a été mis en veilleuse, depuis 1985.

En réalité, le commerce des spécialités pharmaceutiques (organisé en Afrique francophone par des sociétés françaises) est protégé par les Etats, à l'intérieur de ces Etats par les professionnels de la santé (médecins, sages-femmes, infirmiers), et sur le plan international, par les bailleurs de fonds ; on sait pourtant que nombre de malades ne viennent même pas consulter parce qu'ils savent que les médicaments qu'on leur prescrira seront trop coûteux pour eux.

Recours aux soins et surveillance épidémiologique

Les hôpitaux et dispensaires publics ont été désertés par les malades avant même d'être oubliés par les finances publiques. Contentons-nous de deux exemples. Au Sénégal, entre 1978 et 1986, le nombre de consultations enregistrées dans les hôpitaux et dispensaires publics a diminué de 58,5 %, le nombre de consultants de 35,8 %, le nombre de journées d'hospitalisation de 67,3 % et le nombre d'hospitalisés de 22,5 % ; pendant la même période, la population du



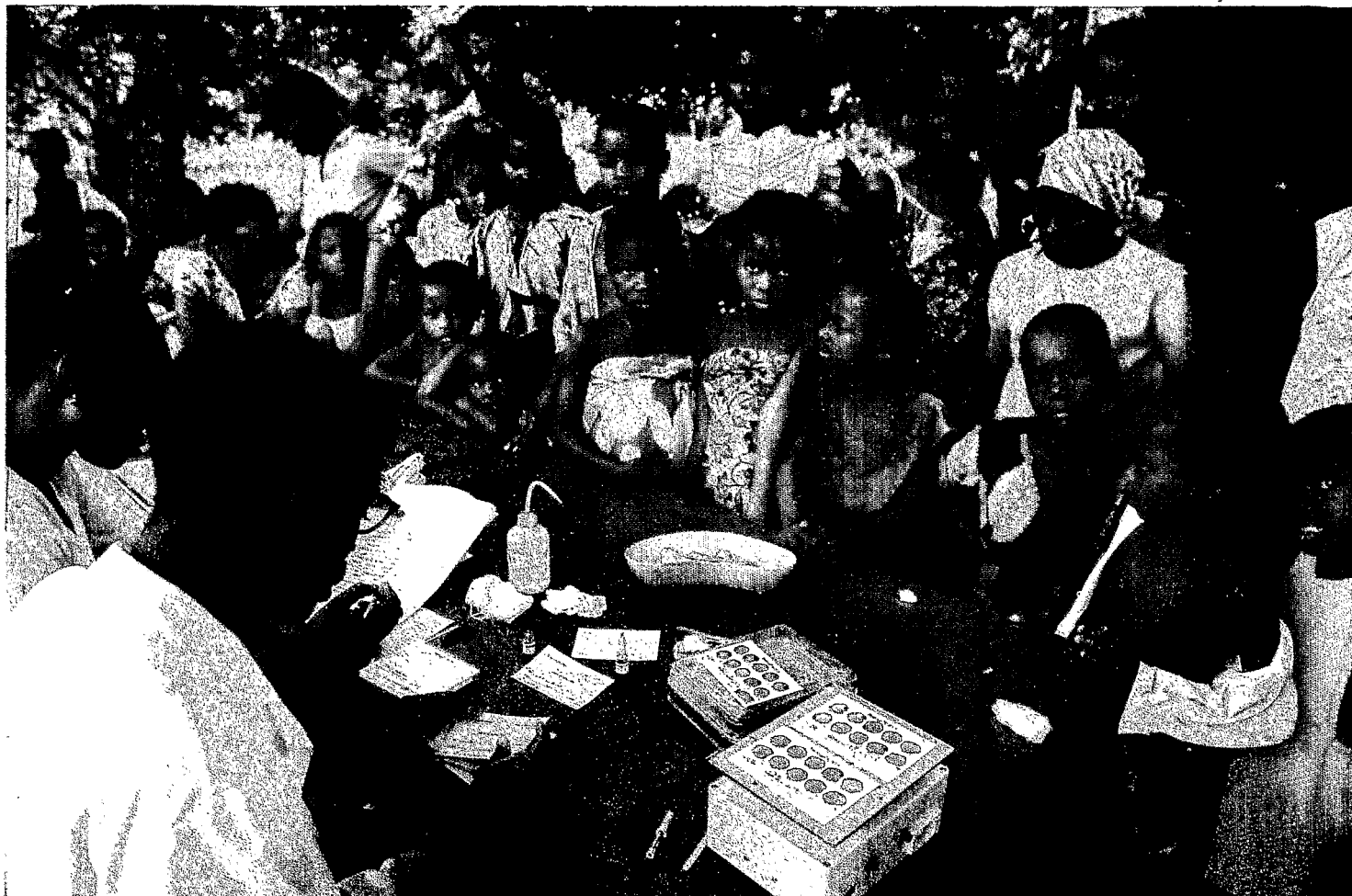
Sénégal a augmenté de près de 25 % et le nombre de formations sanitaires a lui-même augmenté¹¹. Au Mali, environ un habitant sur quatre a aujourd'hui, dans l'année, un contact avec les services de santé au lieu de plus d'un sur deux en 1974. Cette diminution résulte d'une dégradation critique de la qualité du service, de l'accueil en particulier ; rien ne permet d'imputer ce phénomène à une diminution de l'effectif du personnel, même en brousse.

Quel souci du résultat ?

Chaque praticien devrait suivre chacun de ses patients assez longtemps pour pouvoir déterminer si le traitement a été couronné de succès, et sinon, chercher les raisons de l'échec¹². Pour ce faire, il suffit d'enregistrer par écrit et soigneusement tous les faits marquants de l'évolution de chaque malade pris en charge, puis d'analyser périodiquement ces documents. Mais, dans d'assez nombreux pays, il n'existe aucun dossier de malade, ni dans les dispensaires, ni dans les centres de santé tenus par un médecin, ni dans les hôpitaux régionaux, ni dans les hôpitaux d'enseignement. Comment peut-on se passer des instruments les plus élémentaires de la bonne pratique professionnelle ? Que signifient les débats d'une assemblée mondiale de la santé si aucun de ses membres ne se préoccupe, dans son pays, de l'essentiel, c'est-à-dire de l'efficacité des pratiques actuelles ?

En outre, sur quoi reposent toutes les procédures de planification et toutes les décisions de politique de santé quand aucune information de base provenant de praticiens consciencieux, n'est utilisable, et qu'aucune évaluation de leur pratique n'est réalisée ?

Pourtant, il existe des connaissances et des expériences dont on pourrait et devrait tenir compte pour rendre à la pratique sa qualité professionnelle. Certains cas sont simples, leur conclusion est sans appel, leur solution peut être immédiate. En voici un : l'usage intempestif d'ocytociques dans les maternités est reconnu dangereux pour les fœtus et pour les parturientes ; améliorer la qualité de la pratique signifierait ici sanctionner lourdement les sages-femmes qui y ont recours ; encore faut-il avoir le courage de le faire. Que signifient les discussions et résolutions des assemblées de ministres de la santé à Genève et à Brazzaville si chaque pays ne trouve pas, dans ses propres forces, la compétence professionnelle et l'autorité morale capables de mettre à la raison tant de praticiens indignes, et de ramener le système



Surveillance épidémiologique de la maladie du sommeil, à Kipalanga au Congo.

comme celui de la prise en charge des accouchements difficiles¹³. Il n'est pas possible, pour des raisons de coût, d'appliquer à toutes les parturientes la mesure qui permettrait de prendre en charge la totalité des risques, c'est-à-dire une hospitalisation préventive de deux semaines. Mais on peut définir une stratégie de second rang, celle qui consiste, par exemple, à identifier et hospitaliser toutes les femmes qui présentent deux des facteurs de risque. Si on ne le fait pas, ou si les praticiens ne respectent pas les consignes correspondant à ce choix, les soins de santé sont distribués de façon inéquitable. Que l'inéquité soit due au hasard ou aux privilèges, il en résulte, ce qu'on a noté plus haut en matière de césarienne, un système de santé défaillant. Chacun sait, désormais, qu'il ne suffit pas, pour instaurer

l'équité dans le bénéfice des soins, de faire confiance au respect de la déontologie par chaque praticien. Il y faut des dispositions collectives que les médecins du tiers monde tardent à adopter.

Les conditions d'une amélioration de l'état sanitaire

Le slogan « la santé pour tous en l'an 2 000 » était à peine lancé que les meilleurs experts proposaient une stratégie dite des « soins de santé primaires sélectifs¹⁴ ». En effet, sur le terrain, les ressources, et d'abord les compétences, sont limitées,

alors que les besoins sont immenses : au lieu de prétendre ou de laisser croire que l'on fera tout, il est donc inéluctable de choisir ce que l'on fera avec les moyens disponibles.

L'idée de base consiste à classer les affections en fonction de certains critères : niveau de la prévalence, mortalité spécifique, morbidité (alitement, durée de l'incapacité temporaire, complications, récurrence...), vulnérabilité (existence ou non de moyens préventifs ou curatifs d'efficacité épidémiologique démontrée). Puis, à évaluer le coût de chaque action envisageable contre chaque affection, et, compte tenu des moyens disponibles pour la santé, à définir un programme qui ne prétendra pas s'attaquer également à toutes les affections, mais qui se fixera des objectifs réalistes de lutte contre les affections prioritaires et vulnérables aux actions financièrement accessibles.

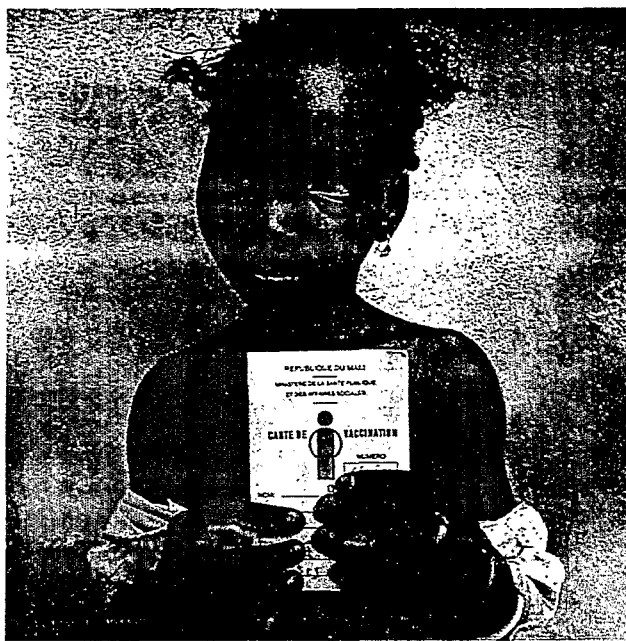
Redéfinir les priorités

On dispose aujourd'hui d'une analyse portant sur 23 types d'interventions préventives et sur autant d'interventions curatives¹⁵. Elle aboutit aux conclusions suivantes.

Certaines activités concernant la santé infantile sont très efficaces pour leur coût (entre 5 et 50 dollars par année gagnée de bonne santé) : il s'agit des vaccinations, des soins prénataux et des soins au moment de l'accouchement, de la supplémentation des rations en vitamine A, de l'amélioration de l'hygiène domestique, de la réhydratation orale pour lutter contre les maladies diarrhéiques dans les pays à forte mortalité, et de l'antibiothérapie pour lutter contre les affections respiratoires aiguës.

Certaines activités concernant la santé des adultes ont, compte tenu de leur coût, un niveau d'efficacité comparable aux activités s'adressant aux enfants. Tel est le cas du dépistage passif (c'est-à-dire parmi les malades qui se présentent spontanément, pour n'importe quel motif, au dispensaire ou à l'hôpital), de la chimiothérapie courte pour la lutte contre la tuberculose, du traitement sélectif (dans les groupes de

forts transmetteurs) des maladies sexuellement transmissibles, de la chirurgie de la cataracte, de l'utilisation de préservatifs pour lutter contre la transmission du sida, de la vaccination contre l'hépatite B pour éviter le cancer du foie et la cirrhose. A un coût plus élevé par année de bonne santé gagnée, on trouve des activités telles que les services de maternité capables de diminuer la mortalité maternelle, le traitement à l'insuline des diabètes insulino-dépendants. Enfin, certaines activités ont un coût si élevé par année de bonne santé gagnée (plus de 1 000 dollars) que la politique publique devrait les décourager dans les contextes où les ressources sont sévèrement limitées : pontage coronarien, remplacement de la valvule mitrale en cas de rhumatisme cardiaque, traitement médical de l'hypertension artérielle...



Vaccination à Bamako, au Mali.

Au regard des activités effectivement développées dans la plupart des pays, cette analyse montre que la lutte contre la tuberculose, devrait être beaucoup plus active qu'elle n'est et que la chirurgie cardiaque ou le traitement de l'hypertension artérielle sont développées sans considération de leur coût, donc au détriment de l'équité.

Redéfinir les ambitions

Les services de santé se sont effondrés. En deux décennies, on a laissé péricliter – tant qu'elles ne recevaient pas de financement extérieur spécifique – les activités les plus essentielles : par exemple le dépistage et la prise en charge des accouchements à

risque, le dépistage et le traitement de la tuberculose, des maladies sexuellement transmissibles, les vaccinations. Le bon sens et le souci de la santé publique conduisent aux propositions suivantes, concernant les services de santé de l'Etat :

- replier les services de santé du district sur le centre de santé du district, placé sous la responsabilité d'un vrai médecin, et sur les dispensaires tenus par de vrais infirmiers ;
- cesser toute activité reposant sur des agents villageois que personne ne sait ni former ni surveiller ;
- se fixer comme seul objectif de faire fonctionner ce centre

de santé de district et ces dispensaires selon un minimum de règles de bonne pratique professionnelle ; commencer par assurer aussi bien que possible, au profit de la population qui se présentera, le traitement des épisodes aigus et des blessures, quelques tâches préventives bien définies et limitées, ainsi que l'approvisionnement en médicaments essentiels ;

- éliminer la pléthore de personnel incompetent et corrompu et reprendre la formation de ceux qui sont capables d'acquérir les connaissances et les capacités de raisonnement qui définissent l'infirmier diplômé d'Etat : un minimum de compétence en matière de diagnostic et de thérapeutique, la maîtrise de quelques gestes, un minimum de socialisation professionnelle impliquant l'adhésion convaincue et vérifiable à quelques principes déontologiques.

Toutes les activités ne seront pas développées dans tous les centres de santé (par exemple la chirurgie viscérale), et certaines activités ne seront développées dans aucune formation sanitaire. On condamnera donc à mort le paysan qui aura besoin de dialyse rénale et qui ne trouvera pas de rein artificiel à proximité de son domicile ? Oui, hélas ! Mais serait-ce nouveau ? Nous avons sous les yeux les choix de la profession, acceptés par la société ; par exemple, le choix de ne pas offrir à toutes les parturientes une chance égale de bénéficier, si nécessaire, d'une césarienne, mais de créer dans le même temps un service de chirurgie thoracique.

Les ressources disponibles sont limitées, mais il est possible d'en tirer un bien meilleur parti. Telle est la raison de la lutte générale pour l'abaissement des coûts, étape préalable au recours à la solidarité.

Redéfinir le domaine de la solidarité

L'expérience d'une génération a montré que la gratuité des services de santé ne bénéficie qu'aux professionnels de la santé et aux malades les plus riches. Les Etats étant aujourd'hui incapables d'assurer cette gratuité, il faut trouver des ressources nouvelles pour financer la santé.

Elles ne seront pas communautaires, malgré la mode. Les sociétés africaines connaissent des mécanismes de solidarité foncièrement inégalitaires, qui aident chacun en fonction de sa position. C'est une erreur d'appréciation fréquente que de compter sur ces mécanismes pour assurer l'équité dans le recours aux soins. Les ressources nouvelles ne seront pas fournies non plus par l'assurance ou par la mutualité, dans des pays où ne sont salariés que 5 à 10 % des actifs. Elles ne peuvent provenir que de la tarifi-

cation, pour le domaine des soins courants, et de la solidarité imposée par l'Etat, pour les soins coûteux, d'une part, pour les soins organisés dans les zones reculées, d'autre part.

Les principaux arguments en faveur de la tarification sont les suivants :

- la gratuité implique la charité, qui perpétue le sous-développement ; l'urgence justifie que l'on suive son cœur et que l'on donne sans attendre et même sans réfléchir ; l'extrême pauvreté explique que l'on donne ou que l'on se satisfasse de contributions symboliques des bénéficiaires ; mais ces pratiques créent inévitablement des comportements de dépendance et d'irresponsabilité ;

- il est possible de diviser par trois (et peut-être par quatre) la facture pharmaceutique des familles dans les pays les plus pauvres, en adoptant une stratégie des médicaments essentiels ; alors même qu'il sera toujours difficile de financer les soins et la distribution des médicaments dans les zones rurales reculées, dans lesquelles la fréquentation des services de santé est très faible, une subvention peut provenir des bénéfices réalisés sur la vente des médicaments dans les grands centres urbains ;

- le recouvrement des coûts est une manière de lutter contre le sous-développement en engageant le bénéficiaire des soins, et n'entraîne pas inéluctablement une diminution importante, durable, et donc inacceptable, de la fréquentation des services de santé¹⁶ ;

- les malades et leurs familles sont disposés à payer fort cher en cas d'hospitalisation, alors que le prix beaucoup plus faible d'une simple consultation paraît souvent inaccessible aux pauvres ; le financement du système de santé n'a pas à refuser de bénéficier de cette « disposition à payer » qui se manifeste dans certaines circonstances ;

- Il sera toujours difficile de financer les soins spécialisés dans les grands établissements hospitaliers. Pour y parvenir, il convient d'abord de supprimer les gigantesques gaspillages qui les caractérisent : hospitalisations injustifiées, séjours de durée injustifiée, activités si coûteuses pour la société dans son ensemble, et même pour les plus riches de ses membres, qu'elles exigent que les plus riches soient subventionnés par les plus pauvres. Il convient, en second lieu, de définir, pour toutes les activités qui seront conservées, des tarifs supportables pour la population ; puis de compléter les recettes à en attendre, jusqu'au niveau des prix de revient, par des subventions venant de l'Etat. C'est uniquement pour les soins coûteux, que l'on voudra accessibles à tous, que doit jouer la solidarité nationale.



Une action antisida à Dakar, au Sénégal.

Par où commencer ?

Les conditions techniques, dont on a donné quelques exemples ci-dessus, et qui permettraient aux systèmes de santé de contribuer plus efficacement et plus équitablement à l'amélioration de l'état sanitaire dans les pays les plus pauvres, ne sont accessibles que si des processus particuliers sont adoptés pour l'élaboration des stratégies sanitaires. Aucune amélioration de l'état sanitaire ne peut résulter des activités désordonnées développées par des administrations nationales déboussolées par les nuées d'intervenants, experts, assistants techniques, bénévoles ou professionnels des Organisations non gouvernementales plus ou moins compétents.

Une redéfinition des rôles doit éviter de tomber dans l'erreur de l'urgence. En dehors du cadre strict de la catastrophe naturelle, les interventions conçues dans l'urgence et motivées par elle contribuent puissamment au sous-développement. La catastrophe sanitaire est actuelle, elle se passe sous nos yeux : demain ne peut pas être pire qu'aujourd'hui. Tant que les nationaux n'auront pas pris la mesure des problèmes que voient les experts extérieurs, tant qu'ils n'auront pas conçu les solutions à y apporter, tant qu'ils ne seront pas effectivement décidés à les résoudre, aucune intervention extérieure ne favorisera le développement. Les populations démunies sont otages des dirigeants de leurs pays, et s'il y a peut-être devoir d'ingérence politique, c'est contribuer au sous-développement que de s'inspirer d'un devoir d'ingérence sanitaire pour agir à la place des nationaux.

L'aide continue de se substituer aux nationaux dans des tâches de conception, de direction et de simple exécution. Aucun développement ne peut résulter de ces formes de protectorat, où l'on voit les experts de la Banque mondiale ou de telle coopération bilatérale rédiger de a à z les requêtes que le pays est censé leur envoyer, puis fournir, pour exécuter les programmes, une assistance technique qui fera tout. Donner le premier rôle aux nationaux dans la définition et la mise en œuvre de stratégies nationales implique que l'aide et l'assistance technique n'aident que les pays qui s'aident, après qu'ils aient prouvé qu'ils ont commencé de s'aider. Cela peut signifier en pratique :

- que l'aide et l'assistance technique s'interdisent d'intervenir dans tout pays qui n'aurait pas déjà entrepris par lui-même, et avec un succès vérifiable (par exemple dans la modification de la structure du budget public de la santé), la tâche que lui seul peut réaliser et qui consiste à réallouer les ressources qu'il affecte à la santé pour corriger les anomalies les plus apparentes provenant du jeu des privilèges ; l'aide ne peut contribuer au développement que si elle demande à ses bénéficiaires beaucoup plus que ne le fait la charité ; les pauvres resteront victimes tant qu'ils ne se dresseront pas pour obtenir, non pas la charité, mais la justice ;
- que le montant de l'aide (hors le coût de l'assistance technique) soit toujours inférieur au montant des ressources nationales consacrées à l'activité considérée ; l'aide doit accompagner l'effort national, elle doit se garder de le précéder, et plus encore de le remplacer ; en dehors de cette règle, il n'y a que des interventions de style colonialiste imposées aux nationaux.

Toute pratique qui s'écarte du respect de principes de ce genre, serait-elle inspirée par une générosité débordante ou par la concurrence qui règne entre les donateurs, contribue à la perpétuation du sous-développement, parce qu'elle ne laisse pas aux nationaux toutes leurs responsabilités. Car, si une mortalité infantile de 500 pour mille n'est un scandale que pour les donateurs, si l'incapacité à offrir une césarienne à une femme en difficulté est parfaitement supportée par le milieu professionnel national, aucune intervention extérieure substitutive ne peut modifier la cause du drame.

Renforcer un véritable professionnalisme

A l'intérieur du système de santé, le rôle des professionnels mérite d'être redéfini. L'une des conditions de l'amélioration de la santé dans les pays pauvres est que l'on y introduise

beaucoup plus de professionnalisme, et d'abord dans la pratique quotidienne. Ceci implique, par exemple, que l'enregistrement des observations et des prescriptions soit fait avec le plus grand soin. Le professionnalisme doit être contrôlé par la surveillance qualifiée et rigoureuse de la qualité du diagnostic, de la justification de la prescription et des résultats obtenus.

Le professionnalisme implique aussi la spécialisation, idée mal comprise par le corps médical de nombreux pays en voie de développement. On vous dira : « avant d'être spécialiste, je suis médecin », pour justifier que celui qui parle s'occupe de nombreux malades qu'il serait bien inspiré de confier à des confrères. Ces réactions ne traduisent que l'isolement scientifique dans lequel les praticiens s'enferment très vite.

Le professionnalisme implique enfin la sanction des comportements reconnus comme injustifiés ou dangereux. De ce point de vue aussi, l'introduction d'une telle pratique est un pas vers le développement, qui exige la mise en œuvre de la capacité de réfléchir, de décider et d'assumer.

Joseph Brunet-Jailly

1. Joseph S.C., Russell S.S. « Is Primary Care the Wave of the Future ? » *Social Science and Medicine*, 14 C, 1980, pp.137-144.
2. Kleczkowski B.M., Elling R.H., Smith D.L., « Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires, étude basée sur les discussions techniques tenues pendant la Trente-quatrième assemblée mondiale de la santé (1981) », *Cahiers de santé publique*, N° 80, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1985.
3. Gerein N.M., Ross D.A., « Is Growth Monitoring Worthwhile? An Evaluation of its Use in Three Child Health Programmes in Zaïre », *Social Science and Medicine*, 32, 6, 1991, pp.667-675.
- Gerein N.M., « Is Growth Monitoring Worthwhile ? », *Health Policy and Planning*, 3, 3, 1988, pp.181-194.
4. Sauerborn R., Nougara A., Sorgho G., Bidiga J., Diesfeld H.J., « Assessment of MCH Services in the District of Solenzo, Burkina Faso, III, Effectiveness of MCH Services in Detecting and Caring for Mothers and Children at Risk », *Journal of Tropical Pediatrics*, 35, pp.14-17, Supplement June 1989.

« Editorial : Growth Monitoring, Intermediate Technology or Expensive Luxury ? », *The Lancet*, December 1st, 1985, pp. 1337-1338.

5. Jaffre Y., Sanou G., *Le forgeron, la pintade et la vaccination : enquête sur l'acceptabilité des vaccinations dans la province du Houet*, ministère de la Santé-CIE-OCCGE, janvier 1990.

6. Kassambara M., *Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain*, thèse de médecine, Bamako, 1990.

7. *Résultats préliminaires de l'analyse systématique du programme de santé villageoise*, ministère de la Santé publique, Niamey, juin 1989.

8. Brunet-Jailly J., *Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé du Mali*, Institut national de recherche en Santé publique, Bamako (Mali), janvier 1989.

9. Brunet-Jailly J., « L'évaluation économique des actions de santé », in Rougemont A., Brunet-Jailly J., eds; *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*, Doin, 1989, pp.343-459.

10. Brunet-Jailly J., Coulibaly S.O., Diarra K., Koita A., *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali*, document WHO/SHS/NHP/89.10, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1989.

11. The World Bank, *Staff Appraisal Report, Republic of Senegal, Human Resources Development Project*, PHR, Report N° 9180-SE, January 10, 1991.

12. Donabedian A., « The End Results of Health Care, Ernest Codman's Contribution to Quality Assessment and Beyond », *the Milbank Quarterly*, 67, 2, 1990, pp. 233-256.

13. Kasongo Project Team, « Antenatal Screening for Fetopelvic Dystocias : A Cost-Effectiveness Approach to the Choice of Simple Indicators for Use by Auxiliary Personnel », *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 87, 1984, pp.173-183.

14. Walsh J.A., Warren K.S., « Selective Primary Health Care, An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries », *New England Journal of Medicine*, 301, 1979, pp. 967-974 ; reprinted in *Social Science and Medicine*, 14C, 2, 1980, pp.145-164.

15. Jamison D.T., Mosley W.H., « Selecting Disease Control Priorities in Developing Countries », in Jamison D.T., Mosley W. H., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford University Press for the World Bank (forthcoming).

Jamison D.T., Mosley W.H., « Disease Control Priorities in Developing Countries, Health Policy Responses to Epidemiological Change », *American Journal of Public Health*, 81, 1, January 1991, pp.15-22.

16. Brunet-Jailly J., *Quel financement pour quels services de santé ? Communication présentée au séminaire « Le financement communautaire des services de santé et les médicaments essentiels en Afrique : où en sommes nous ? »*, Centre international de l'enfance, Paris, 25-27 septembre 1991.