

# Soins de santé primaires Mythes et réalités

PAR REY J.L., ORSTOM, B.P. 5045, MONTPELLIER

Quand les grands de ce monde commencent à parler des SSP, l'OMS est sous le choc de son échec dans l'éradication du paludisme et de son succès dans l'éradication de la variole.

Un nouveau directeur (Mahler) vient d'être élu ; il fait le bilan, constate et rend compte aux 2 grands bailleurs de l'organisation, l'U.R.S.S. et les U.S.A., qui assurent 50 à 60 % du budget de l'OMS (le Japon vient ensuite et sa participation progresse depuis régulièrement), que les investissements importants consacrés au développement de la santé du Tiers-Monde n'ont apporté qu'un maigre résultat.

Il est alors décidé de réorienter les fonds OMS vers des actions intéressant les populations du Nord dont les problèmes de santé deviennent préoccupants (maladies cardio-vasculaires, cancer), d'où la déclaration d'Alma Ata (en U.R.S.S.) sur les SSP ; celle-ci : — constate l'échec des technologies du Nord pour améliorer la santé du Sud — insiste sur l'importance des moyens propres au Sud, c'est-à-dire les SSP et la médecine traditionnelle — met l'accent sur la prévention en particulier les vaccinations. Cette déclaration d'Alma Ata lance pratiquement en parallèle le PEV (Programme élargi de vaccinations) qui est le programme essentiel de lutte des organisations internationales depuis 1978.

Outre l'intérêt indéniable de ces vaccinations pour l'amélioration sanitaire, le choix de cette action n'est pas totalement désintéressé. Après cet abandon partiel du Sud par le Nord, manifesté par la déclaration d'Alma Ata, il fallait apporter néanmoins une aide. Cette aide se fait dans un domaine (vaccinations) où le transfert de technologie est très difficile, ce qui maintient un certain volume d'exportation des pays du Nord et elle permettra d'éradiquer de la planète quelques maladies (selon le modèle de la variole), ce qui permettra de supprimer dans les pays du Nord un certain nombre de vaccinations obligatoire coûteuses (contre la poliomyélite, la rougeole ou la diphtérie).

Il est très important d'insister sur le S de primaires ; ce sont les soins et non la santé qui sont primaires. Il s'agit en fait des premiers soins qui sont appliqués à un malade (ou à un bien portant prévention).

Ces soins primaires (ou premiers) constituent la base de la pyramide de la santé, ils font partie de toutes démarches médicales, et ce dans tous les pays. En Europe, il est rare d'aller consulter un médecin à la première fièvre ou à la première douleur, on s'automédique avant ou on fait appel aux remèdes de bonnes femmes ("buona fame"), aux recettes familiales et aux médecines douces.

Tout le monde connaît en Afrique l'insuffisance en moyens matériels et humains des systèmes de santé (1 médecin pour 50 000 habitants ; 1 infirmier pour 15 à 20 000

habitants). Il est donc évident et nécessaire de faire appel à d'autres formes de soins.

Plusieurs enquêtes montrent que 20 à 40 % des Africains faisaient appel exclusivement à la médecine traditionnelle, 40 % faisaient appel aux deux médecines et le reste, soit 20 à 30 %, à la biomédecine seule.

Plus intéressante est l'enquête (1) menée en Côte d'Ivoire qui montrait que 20 % des chefs de ménage soignaient non seulement leur famille mais également des membres des familles voisines. On estime le coût des soins informels en Afrique à 3 fois celui consacré à la médecine officielle.

En Côte d'Ivoire encore, environ 70 % des importations pharmaceutiques sont réalisées par le secteur privé. Compte tenu du nombre de pharmacies (60 environ), on peut estimer que 1/3 de ces importations pharmaceutiques va dans des circuits informels. Ces SSP existent donc et représentent une part importante des recours utilisés.

## Pourquoi ces SSP ?

Les structures officielles de Santé ne peuvent prendre en charge la totalité des pathologies exprimées par la population dont elles ont la charge.

Deux exemples concernant les maladies les plus fréquemment exprimées suffiront à s'en convaincre. En Côte d'Ivoire (10 millions d'habitants), il est logique d'estimer que les enfants entre 0 et 15 ans font environ 1 accès palustre par an, soit 5 millions d'accès par an (entre 1 et 7 ans, les enfants font au moins 2 accès par an ; entre 10 et 15 ans, ils en font moins d'un). Hors le recueil exhaustif de toute la pathologie exprimée dans les dispensaires ivoiriens recense 500 000 accès (+ 30 000 dans les hôpitaux) ; tous les autres accès sont donc soit non traités soit traités par SSP informels. De même, entre 0 et 5 ans, les mêmes enfants font en moyenne 6 épisodes diarrhéiques par an (soit 250 000 x 6 = 2 100 000 diarrhées par an) or les dispensaires en traitent 90 000 et les hôpitaux 15 000 dans les mêmes tranches d'âge.

Il faut rééquilibrer les ressources allouées aux différents secteurs de la pyramide de la santé. En effet, alors que les hôpitaux nationaux ou CHU ne concernent que 2 à 5 % de la population, ils consomment souvent plus de 50 % du budget de la santé (parfois 80 %). Ces mêmes hôpitaux construits selon des modèles occidentaux demandent pour fonctionner plusieurs centaines d'infirmiers et autant de personnel aide-soignant alors que ce "pool" d'infirmiers correspond au nombre de ceux qui manquent dans les formations non hospitalières des zones plus défavorisées).

Il faut donc reconnaître la place des SSP et des soins secondaires qui ont souvent été sacrifiés au bénéfice du niveau tertiaire.

Il sera objecté que les 5 % de malades concernés sont les plus graves et nécessitent ces structures tertiaires ; ce n'est vrai que si les niveaux inférieurs fonctionnent bien et ont fait un tri préalable et un transfert des cas graves : cela n'est pas observé aujourd'hui où certains hôpitaux de référence fonctionnent comme de gros dispensaires. Il est également objecté que les CHU sont nécessaires à la formation des cadres de la santé, médecins en particulier. Bien sûr, mais il faut savoir qui former et comment ? A l'heure actuelle, de nombreux pays africains forment des médecins chômeurs car la formation médicale a été privilégiée aux dépens de la formation des personnels paramédicaux. Or pour 1 médecin doit correspondre x infirmiers, (x étant nettement supérieur à 1). D'autre part, la formation des médecins a trop souvent été calculée sur les formations européennes sans tenir compte ni de la pathologie locale (durée des cours sur l'hypertension rénale : 6 heures, durée des cours sur le paludisme 4 heures) ni des conditions de travail futures du médecin : on verra ainsi un jeune médecin perdu devant un diagnostic d'appendicite parce qu'il n'a pas de laboratoire pour l'hémogramme et un autre évacuant une hématomérose aiguë à 400 km de là parce qu'il n'a pas de fibroscope.

Tout d'abord il faut anéantir le mythe de la santé gratuite. Ce principe hérité de la colonisation fonctionne actuellement au bénéfice des classes privilégiées qui connaissent les personnes influentes pour se faire hospitaliser sans bourse déliée ou, pour qui payer quelques milliers de F CFA aux personnes bien placées n'est pas une charge significative. La mise en place d'une médecine payante sera difficile à gérer mais il faut s'y attacher et la quasi-totalité des Africains en accepte le principe (puisqu'ils payent déjà, souvent, très cher).

Il faut que les acteurs de SSP puissent s'exprimer ; jusqu'à présent, ce sont surtout ceux qui n'ont pas pratiqué les SSP qui en parlent. Souvent les contenus qu'ils y mettent sont très divers et divergents.

Les discours officiels concernant les SSP ont été nombreux et répétés et donnent l'impression que ces SSP ont bénéficié de ressources nationales ou internationales importantes, il n'en est rien. L'OMS a consacré 4 à 5 % de son budget de fonctionnement à ce secteur, les états concernés en général beaucoup moins, il faut donc essayer de rétablir les équilibres. Il faut préserver à chaque niveau de la pyramide sa place et à chaque acteur son rôle.

La médecine traditionnelle a sa place ; elle doit être complétée si nécessaire donc supervisée.

Les soins primaires familiaux et villageois sont essentiels et doivent être aidés par une supervision et une mise à disposition de matériels et médicaments essentiels.