

OR FT

## Le district sanitaire Un outil au service des soins de santé primaires

Là où l'homme aperçoit un tout petit peu d'ordre,  
il en suppose immédiatement beaucoup trop.  
*Francis Bacon*

La notion de district sanitaire émerge progressivement de la réflexion sur les contraintes rencontrées par la mise en œuvre des soins de santé primaires et de l'ambition de « la santé pour tous » (*Health for all*)<sup>1</sup>. Il faut donc évoquer au préalable, au moins dans ses grandes lignes, le choix fondamental de politique de santé que représente, en 1978, l'adoption par l'OMS et l'UNICEF de la stratégie des soins de santé primaires. Puis nous verrons la notion de district sanitaire se préciser peu à peu, lorsque l'attention se tournera vers le rôle des hôpitaux dans les soins de santé primaires, la réforme du secteur de la santé et sa dimension de décentralisation, ou la santé dans les villes. Ces thématiques sont souvent contemporaines, ou se chevauchent dans le temps. C'est par facilité que nous les distinguons ci-dessous.

---

1. La « santé pour tous en l'an 2000 » était malheureusement un slogan, qui dénaturait quelque peu la teneur de la résolution adoptée en 1977 par l'Assemblée mondiale de la santé : « The main social target of governments and WHO in the coming decades should be the attainment by all citizens of the world by the year 2000 of a level of health that will permit them to lead a socially and economically productive life » (Résolution WHA30.43). La stratégie des soins de santé primaires, adoptée l'année suivante à la conférence d'Alma-Ata, devait permettre la mise en œuvre de cet objectif de politique sociale.

## Les soins de santé primaires

A la fin de l'époque coloniale et durant les premières années de l'indépendance, les structures « modernes » de soins en Afrique présentent les traits fondamentaux suivants. On peut distinguer :

– *une médecine d'entreprise*, reposant sur les dispensaires des grandes compagnies minières, agricoles ou forestières. Bien équipées et bien soutenues, ces structures de soins ont essentiellement pour but de conserver la force de travail disponible. La famille des travailleurs peut généralement bénéficier de tels services de santé, qui touchent finalement une population fort limitée ;

– *une médecine hospitalière* de service public, dépendant de l'administration coloniale, fortement liée à la médecine militaire, et dont le symbole, dans les colonies françaises, est et reste l'hôpital général. Concentrée dans les grandes villes, et souvent les seules capitales, cette offre de soins répond essentiellement aux problèmes d'hospitalisation des colons, disposant de moyens de transport motorisés. Une fois ce besoin couvert, elle ne s'étend pas<sup>2</sup>. Les pays ayant connu la colonisation anglaise ont davantage évolué vers un système pyramidal composé de centres de santé ruraux et d'hôpitaux, sans toutefois organiser beaucoup les relations fonctionnelles entre les différents échelons ;

– *une médecine des grandes endémies*, précurseur des programmes verticaux actuels, et dont le symbole a longtemps été l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE) de Bobo-Dioulasso. Cette tendance est prédominante dans les colonies françaises et belges (Bado 1996) ;

– *une médecine hospitalière caritative* liée aux missions, première ébauche d'une décentralisation des soins de base vers les milieux ruraux, mais totalement fondée sur le modèle hospitalier. C'est le typique hôpital de mission, et le symbole en est peut-être Lambaréné (Gabon) et le docteur Albert Schweitzer ;

– *une médecine universitaire de pointe*, développée seulement en certains lieux, comme Dakar ou Kampala. À propos de ces centres, on peut s'interroger :

2. Ainsi, au Bénin, au moment de l'indépendance, on pouvait se faire opérer en six endroits, dans les hôpitaux ou « ambulances » de Porto Novo, Cotonou, Abomey, Ouidah, Natitingou et Parakou, ce qui était évidemment très insuffisant pour les besoins de la population générale. En 1995, on opère en 17 endroits, mais pas en permanence, et la population, entre-temps, a doublé. Cf. Grodos D. (1995), Le secteur de la santé au Bénin de 1960 à 1995. Étude rétrospective préparatoire du Programme indicatif national et du VIII<sup>e</sup> FED, Reet (Belgique), HERA, pour J.M. Consultants, Paris, Polycopié.

« A large, expensively equipped and staffed University teaching hospital, such as Mulago in Kampala was, arguably, not the most effective way to invest scarce resources in medicine and health care in Uganda. (...) In an ideal world Africa should have its large university teaching hospitals but should they have priority over many rural medical centres and clinics which would bring basic low-cost medicine and health care within the reach of many more people ? Symbolically the large high-tech teaching hospital is like the vast hydro-electric dam, extremely valuable but not perhaps the most effective way of meeting Africa's most pressing and immediate needs. The African inheritance is here not only the bricks, mortar and concrete of the great symbolic structures but more an attitude, a well-intentioned but alien approach which might not be the most appropriate for Africa. This is not to say that second-best will do for Africa. It is more a matter of taking a hard look at the problems to be faced and the means of tackling them » (Griffiths 1995, p. 189).

Les États indépendants héritent ce dispositif de l'époque coloniale. Le modèle fondamental en est la complémentarité supposée entre les services des grandes endémies, chargés de certains soins préventifs, et les hôpitaux, chargés des soins curatifs.

Dès 1952, le directeur général de l'OMS reconnaît que les efforts des programmes verticaux spécialisés n'auront qu'un impact transitoire si des services de base polyvalents ne sont pas mis en place – position confirmée par les actes officiels de l'OMS des années 50 aux années 70 (Djukanovic et Mach 1975, pp. 122ss). Mais l'optique dans laquelle survivent ou se développent les systèmes de santé reste essentiellement hospitalocentrique, même si le champ des préoccupations s'élargit. Ainsi, durant les années 50 et 60, le comité d'experts de l'organisation des soins médicaux de l'OMS prône une ouverture de l'hôpital aux soins préventifs, précise son rôle dans les soins ambulatoires et insiste sur les exigences de son administration (OMS 1957 ; OMS 1959 ; Bridgman 1966 ; OMS 1968). Durant les deux premières décennies de l'indépendance, un médecin (africain ou coopérant) se voit affecté, « en brousse », non pas dans une zone médicale donnée, encore moins au service d'une population donnée, mais à un hôpital donné.

Au cours des années 70, de multiples résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé témoignent de la préoccupation croissante pour les services sanitaires de base, pour la couverture de toute la population par des soins de santé efficaces et complets, et pour la participation et la conscientisation des collectivités concernées.

Cette évolution reflète évidemment l'expérience tirée de multiples initiatives et projets de développement. Il faut citer ici trois contributions essentielles, qui sont autant de repères de la réflexion et de l'action dans

ment de tâches précises, plus ou moins étendues selon les circonstances, régulièrement recyclés et pouvant compter sur l'appui de personnel plus qualifié. Cette seconde interprétation, présentée comme « la façon la plus réaliste d'assurer des soins de santé essentiels à toute la population »<sup>4</sup>, allait s'imposer dans la plupart des pays en développement, au point qu'on a pu quelquefois identifier, au prix d'une simplification extrême, l'approche des soins de santé primaires à la mise en place d'un réseau d'agents de santé communautaires de qualification limitée, n'appartenant pas aux services de santé. Mais les équivoques ou les contradictions ne sont pas toutes rencontrées, car le rapport conjoint ajoute qu'« il faudra considérer les perspectives de carrière et d'avancement des agents de santé communautaires » ainsi choisis et formés (OMS/FISE 1978, p. 69) et bien des questions demeurent en suspens concernant « l'équipe de santé dispensant les soins de santé primaires »<sup>5</sup>.

Quant à la dimension de participation communautaire, elle est incontestablement un des axes principaux de l'approche des soins de santé primaires. Jamais, elle n'est spécifiquement évoquée comme simple participation au financement des services de santé. Elle est au contraire conçue comme un processus relevant d'une dynamique de développement local ou de mobilisation sociale :

« L'autoresponsabilité et la conscience sociale sont des facteurs clés du développement humain. La participation de la communauté aux grands choix politiques comme à la planification, à l'exécution et au contrôle des programmes de développement s'est maintenant largement imposée. (...) La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent

4. « Dans de nombreux pays en voie de développement, la façon la plus réaliste d'assurer des soins de santé essentiels à toute la population est d'employer des agents de santé communautaires qu'il est possible de former en peu de temps à l'accomplissement de tâches précises. Leur rôle pourra soit couvrir une gamme étendue d'activités de soins, soit se limiter à certains aspects des soins de santé, l'ensemble de ceux-ci étant assuré par une équipe d'agents de santé dont chacun est chargé d'un groupe spécifique de tâches. Dans de nombreuses sociétés, il est souhaitable que ces agents proviennent de la communauté où ils habitent et aient été choisis par elle de façon à être assurés de son soutien » (OMS/FISE 1978, pp. 68-69).

5. « Il faudra en outre prendre des décisions sur la composition et le degré de qualification de l'équipe de santé dispensant les soins de santé primaires. Cette équipe doit-elle se composer d'agents sanitaires fournissant chacun la même gamme de prestations ou d'un mixte d'agents sanitaires assurant chacun différentes sortes de prestations ? S'agira-t-il de personnels à temps partiel ou à plein temps ou d'un mélange des deux ? D'après quels critères seront-ils sélectionnés et par qui ? Comment et combien seront-ils rémunérés ? Quelles seront leurs perspectives de carrière et comment seront-elles aménagées ? Y aura-t-il lieu de mobiliser des volontaires ? » (OMS/FISE 1978, p. 63).

leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être les agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement » (OMS/FISE 1978, p. 56).

Peu de temps après la Conférence d'Alma-Ata, le groupe d'experts de l'OMS chargé des hôpitaux proposait la modélisation suivante d'un système de santé conçu selon l'approche des soins de santé primaires (Figure 1) (OMS 1987).

Ce modèle a été maintes fois reproduit depuis lors, mais le plus souvent sans les commentaires figurant dans le texte original, ce qui rend la représentation en question soit peu compréhensible soit simpliste. Nous voudrions reprendre ici les commentaires de ce modèle figuratif.

Tout d'abord, le développement du modèle ne répond pas à des considérations purement intellectuelles coupées de préoccupations concrètes : il s'agit au contraire de mieux définir le rôle des hôpitaux dans les soins de santé primaires. Ce problème bien réel des hôpitaux renvoie à une difficulté plus générale, à savoir l'intégration des programmes de santé et la réforme qu'elle suppose de la part d'une infrastructure fonctionnelle ou gestionnaire.

L'intégration des soins ou des programmes de santé est très peu évoquée explicitement dans les documents d'Alma-Ata. On y parle de la nécessaire création d'un système de « soins de santé primaires complets au niveau local » et c'est sous cette rubrique que la conférence émet en quelques mots une recommandation claire et d'une très grande portée. Elle préconise :

« (...) à titre de mesure essentielle visant à assurer la complétude des soins de santé primaires, de coordonner et d'équilibrer toutes les activités orientées vers le développement en concentrant les efforts sur les problèmes perçus tant par la communauté que par les services de santé comme ayant le degré de priorité le plus élevé (...) étant entendu que les programmes à finalité unique [= les programmes verticaux] s'intégreront aussi rapidement et harmonieusement que possible dans les activités de soins de santé primaires » (OMS/FISE 1978, p. 27).

Malheureusement, la multiplication des initiatives des grands organismes internationaux dans le domaine de la santé publique, engendrant un foisonnement des slogans – « La santé pour tous en l'an 2000 », « GOBI » (Growth monitoring, oral rehydratation, breast feeding &

6. Derrière cette expression générale se devine la dialectique, classique en santé publique, entre la demande et les besoins, ou encore entre les besoins ressentis (felt needs exprimés par la population) et les besoins « objectifs » (définis par les professionnels dans l'état actuel des connais-

le domaine de la santé dans les pays en développement. En 1963, David Morley popularise le concept de « well baby clinics » (Morley 1963). Vient alors l'essor de services, souvent mobiles, cherchant à atteindre les mères et les enfants, et à leur offrir une combinaison de soins curatifs et préventifs : la santé maternelle et infantile (SMI) prend la forme de consultations prénatales et du suivi de la croissance lors de consultations pour enfants sains de moins de 5 ans (Morley 1968 ; Morley 1973). En 1966 paraît la première édition de l'ouvrage de Maurice King, *Medical Care in Developing Countries* (King 1966) : l'attention y est attirée sur les facteurs communautaires conditionnant la santé et la maladie, l'accent y est mis sur la prévention, la simplicité des techniques à utiliser, et la nécessité d'assurer une plus grande couverture de la population par des services de santé de base. C'est l'époque où commencent à se multiplier les dispensaires et les centres de santé. Enfin, David Werner (1977) apparaît comme un précurseur des soins de santé primaires avec son ouvrage *Where there is no doctor*, qui préconise la fourniture de soins préventifs et curatifs de base par du personnel non qualifié, avec la participation de la population.

C'est cet ensemble d'expériences, en Afrique, en Amérique latine et en Asie, qui conduit au rapport conjoint du directeur général de l'OMS et du directeur général de l'UNICEF, présenté à la conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata, en septembre 1978.

De la conférence d'Alma-Ata, on a surtout retenu quatre éléments : la définition des soins de santé primaires, les « composantes » de ces soins, l'accent mis sur le recours à des agents de santé communautaires et la dimension de participation de la population.

La Déclaration d'Alma-Ata précise :

« les soins de santé primaires sont des soins essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils constituent la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement socio-économique d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire » (OMS/FISE 1978, pp. 3-4).

Il est souvent fait allusion aux « huit composantes des soins de santé primaires » censées avoir été définies à Alma-Ata. En fait, sept d'entre elles proviennent du rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF et seront reprises sous une forme fort voisine dans les recommandations de la conférence :

« Les services fournis par les soins de santé primaires varient selon le pays et la communauté mais comprennent à tout le moins les suivants : promotion d'une nutrition convenable et approvisionnement suffisant en eau saine; assainissement de base ; santé maternelle et infantile, y compris planification familiale ; vaccination contre les principales maladies infectieuses ; prévention et réduction des maladies endémiques locales ; éducation relative aux principaux problèmes de santé et aux moyens de les prévenir et de les maîtriser ; traitement correct des maladies et traumatismes courants » (OMS/FISE 1978, p. 59).

La conférence ajoutera deux autres composantes : la promotion de la santé mentale et la fourniture de médicaments essentiels.

Le problème du recours à des agents de santé communautaires apparaît déjà dans toute son ambiguïté à Alma-Ata. Ni le terme ni la stratégie ne figurent dans le rapport de la conférence ou la déclaration finale. On les trouve dans le rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF, qui permet deux interprétations différentes de la nature et du rôle des agents de santé communautaires. L'une est générique et laisse entendre que la stratégie des soins de santé primaires doit reposer sur des agents de santé de qualification variable mais proches de la population à servir, et travaillant en équipe<sup>3</sup>. Les éventuels « médecins aux pieds nus » semblent être considérés comme faisant partie d'une équipe d'agents de santé aux qualifications diverses. L'autre interprétation est plus spécifique et présente les agents de santé communautaires comme des membres de la communauté, de préférence choisis par elle, formés en peu de temps à l'accomplisse-

3. « Les soins de santé primaires sont dispensés par les agents de santé communautaires. Les qualifications et, partant, la formation dont ces travailleurs ont besoin varieront considérablement selon les régions du monde en fonction du type de soins de santé primaires qui s'imposent. Quel que soit leur niveau de qualification, il est capital qu'ils comprennent les besoins de santé réels de leur communauté et qu'ils gagnent la confiance de la population. Pour cela, il est indispensable qu'ils résident dans la communauté où ils opèrent et, dans de nombreuses sociétés, qu'ils aient été choisis par elle » (OMS/FISE 1978, pp. 43-44). « Au premier niveau de contact entre les individus et le système sanitaire, les soins de santé primaires sont assurés par des agents de santé communautaires œuvrant en équipe. Les catégories d'agents de santé varieront selon les pays et les communautés en fonction des besoins et des ressources disponibles. Ainsi, selon les sociétés, ce personnel comprendra des travailleurs d'un niveau d'instruction limité qui auront bénéficié d'une formation élémentaire en soins de santé, des 'médecins pieds nus', des praticiens traditionnels, des aides-infirmières diplômées, des feldshers et des omniraticiens » (OMS/FISE 1978, p. 68).

ment de tâches précises, plus ou moins étendues selon les circonstances, régulièrement recyclés et pouvant compter sur l'appui de personnel plus qualifié. Cette seconde interprétation, présentée comme « la façon la plus réaliste d'assurer des soins de santé essentiels à toute la population »<sup>4</sup>, allait s'imposer dans la plupart des pays en développement, au point qu'on a pu quelquefois identifier, au prix d'une simplification extrême, l'approche des soins de santé primaires à la mise en place d'un réseau d'agents de santé communautaires de qualification limitée, n'appartenant pas aux services de santé. Mais les équivoques ou les contradictions ne sont pas toutes rencontrées, car le rapport conjoint ajoute qu'« il faudra considérer les perspectives de carrière et d'avancement des agents de santé communautaires » ainsi choisis et formés (OMS/FISE 1978, p. 69) et bien des questions demeurent en suspens concernant « l'équipe de santé dispensant les soins de santé primaires »<sup>5</sup>.

Quant à la dimension de participation communautaire, elle est incontestablement un des axes principaux de l'approche des soins de santé primaires. Jamais, elle n'est spécifiquement évoquée comme simple participation au financement des services de santé. Elle est au contraire conçue comme un processus relevant d'une dynamique de développement local ou de mobilisation sociale :

« L'autoresponsabilité et la conscience sociale sont des facteurs clés du développement humain. La participation de la communauté aux grands choix politiques comme à la planification, à l'exécution et au contrôle des programmes de développement s'est maintenant largement imposée. (...) La participation communautaire est un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent

4. « Dans de nombreux pays en voie de développement, la façon la plus réaliste d'assurer des soins de santé essentiels à toute la population est d'employer des agents de santé communautaires qu'il est possible de former en peu de temps à l'accomplissement de tâches précises. Leur rôle pourra soit couvrir une gamme étendue d'activités de soins, soit se limiter à certains aspects des soins de santé, l'ensemble de ceux-ci étant assuré par une équipe d'agents de santé dont chacun est chargé d'un groupe spécifique de tâches. Dans de nombreuses sociétés, il est souhaitable que ces agents proviennent de la communauté où ils habitent et aient été choisis par elle de façon à être assurés de son soutien » (OMS/FISE 1978, pp. 68-69).

5. « Il faudra en outre prendre des décisions sur la composition et le degré de qualification de l'équipe de santé dispensant les soins de santé primaires. Cette équipe doit-elle se composer d'agents sanitaires fournissant chacun la même gamme de prestations ou d'un mixte d'agents sanitaires assurant chacun différentes sortes de prestations ? S'agira-t-il de personnels à temps partiel ou à plein temps ou d'un mélange des deux ? D'après quels critères seront-ils sélectionnés et par qui ? Comment et combien seront-ils rémunérés ? Quelles seront leurs perspectives de carrière et comment seront-elles aménagées ? Y aura-t-il lieu de mobiliser des volontaires ? » (OMS/FISE 1978, p. 63).

leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être les agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement » (OMS/FISE 1978, p. 56).

Peu de temps après la Conférence d'Alma-Ata, le groupe d'experts de l'OMS chargé des hôpitaux proposait la modélisation suivante d'un système de santé conçu selon l'approche des soins de santé primaires (Figure 1) (OMS 1987).

Ce modèle a été maintes fois reproduit depuis lors, mais le plus souvent sans les commentaires figurant dans le texte original, ce qui rend la représentation en question soit peu compréhensible soit simpliste. Nous voudrions reprendre ici les commentaires de ce modèle figuratif.

Tout d'abord, le développement du modèle ne répond pas à des considérations purement intellectuelles coupées de préoccupations concrètes : il s'agit au contraire de mieux définir le rôle des hôpitaux dans les soins de santé primaires. Ce problème bien réel des hôpitaux renvoie à une difficulté plus générale, à savoir l'intégration des programmes de santé et la réforme qu'elle suppose de la part d'une infrastructure fonctionnelle ou gestionnaire.

L'intégration des soins ou des programmes de santé est très peu évoquée explicitement dans les documents d'Alma-Ata. On y parle de la nécessaire création d'un système de « soins de santé primaires complets au niveau local » et c'est sous cette rubrique que la conférence émet en quelques mots une recommandation claire et d'une très grande portée. Elle préconise :

« (...) à titre de mesure essentielle visant à assurer la complétude des soins de santé primaires, de coordonner et d'équilibrer toutes les activités orientées vers le développement en concentrant les efforts sur les problèmes perçus tant par la communauté que par les services de santé comme ayant le degré de priorité le plus élevé<sup>6</sup> (...) étant entendu que les programmes à finalité unique [= les programmes verticaux] s'intégreront aussi rapidement et harmonieusement que possible dans les activités de soins de santé primaires » (OMS/FISE 1978, p. 27).

Malheureusement, la multiplication des initiatives des grands organismes internationaux dans le domaine de la santé publique, engendrant un foisonnement des slogans – « La santé pour tous en l'an 2000 », « GOBI » (Growth monitoring, oral rehydration, breast feeding &

6. Derrière cette expression générale se devine la dialectique, classique en santé publique, entre la demande et les besoins, ou encore entre les besoins ressentis (felt needs exprimés par la population) et les besoins « objectifs » (définis par les professionnels dans l'état actuel des connais-

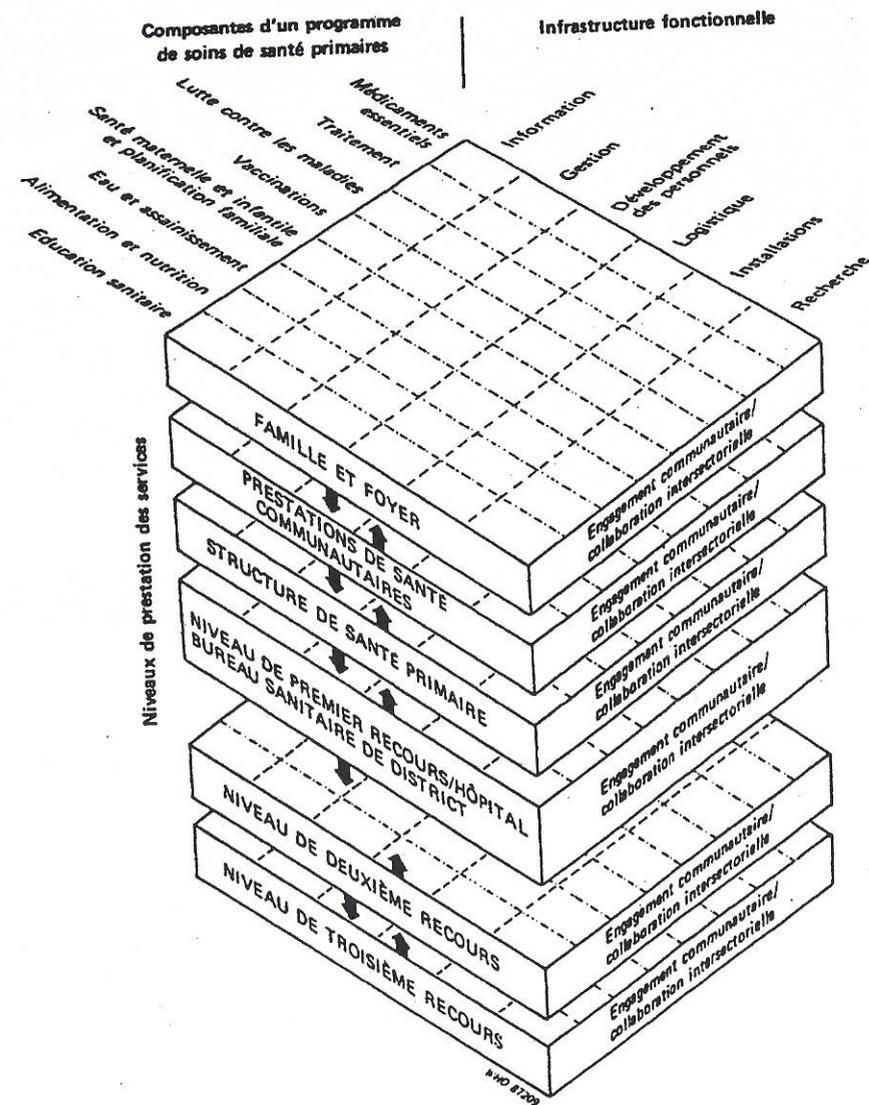


Figure 1. Modèle théorique d'un système de santé conçu selon l'approche des soins de santé primaires (OMS 1987)

immunization) puis GOBI-FFF (food supplementation, family planning, female status), « Initiative de Bamako », « Survie de l'enfant », « Maternité sans risque », « Prise en charge intégrée de l'enfant malade », « Charte d'Ottawa », « Déclaration de Djakarta », « Roll back malaria », « Kick polio out of Africa »... -, devait créer une confusion certaine dans la compréhension des soins de santé primaires et singulièrement de l'intégration des soins (OMS 1996, pp. 35-36).

Développant cette dernière question, le comité d'experts sur le rôle des hôpitaux constate tout d'abord qu'on peut envisager les soins de santé primaires à quatre niveaux possibles : celui de la famille et du foyer, celui de la communauté, celui de la première structure de santé primaire (un centre de santé par exemple), et celui de la formation sanitaire de premier recours (comme un hôpital « de brousse »). Il est clair que, pour mettre en œuvre des programmes intégrés fonctionnant aux quatre niveaux qu'on vient d'énumérer, « il faut pouvoir s'appuyer sur une infrastructure solide »<sup>7</sup> qu'on peut définir comme un système d'appui aux fonctions multiples (OMS 1987, p. 20) :

- *information* : évaluation de la collectivité, surveillance continue des problèmes et des besoins sanitaires et surveillance des programmes ;
- *gestion* : planification, mise en œuvre, financement et évaluation des programmes ;
- *développement des personnels* : recrutement, formation, supervision et formation continue des équipes ;
- *logistique* : fournitures, médicaments, transport et communications ;
- *installations* : conception, choix de l'emplacement, construction, équipement et entretien des hôpitaux, dispensaires, etc.
- *recherche* : capacité de conduire des recherches pragmatiques sur les problèmes quotidiens des soins de santé primaires et les insuffisances croissantes des hôpitaux.

On peut ainsi croiser les trois dimensions des soins de santé primaires : les huit composants déjà évoqués (mais dont il est précisé que la liste n'est ni exhaustive ni indépendante des circonstances régionales), les quatre niveaux de prestation de services à l'échelon local, et les principaux éléments du système d'appui, en tenant compte que l'engagement communautaire et la collaboration intersectorielle peuvent concerner tous les domaines. On obtient alors une « matrice de corrélation » des soins de santé primaires qui a l'avantage de fournir une « base de discussion sur le rôle et les fonctions de l'hôpital dans les systèmes de santé primaires » et de montrer « combien il est absurde d'envisager les hôpitaux séparément des autres niveaux de soins ». Les auteurs reconnaissent toutefois que le désavantage de ce modèle est de donner « l'impression de démarcations et de limites précises qui n'existent pas dans la réalité » (OMS 1987, p. 21).

Vuori (1984 et 1986) a proposé une définition alternative des soins de santé primaires comme un ensemble d'activités (les « huit composants » retenues à Alma Ata, mais nous dirions, plus généralement, un ensemble cohérent de prestations sanitaires fondamentales), un échelon de soins (le

7. Le rapport fait explicitement référence ici au document : Report on the consultation on operational issues in the transition from vertical programmes toward integrated primary health care, document interne de l'OMS SHS/85.5 de 1985.

plus décentralisé, le plus périphérique, qui comprend les divers intervenants les plus proches de la population), une stratégie de réorganisation des systèmes de santé (impliquant la réorientation des ressources vers le premier échelon de soins, l'intégration des services, la recherche de l'efficacité, la participation de la population et l'action intersectorielle), et enfin une philosophie de l'action dans le domaine de la santé (où les dimensions d'équité, de justice sociale, de solidarité internationale, de responsabilisation des individus et des communautés – ainsi, ajouterions-nous, que l'insertion de la politique sanitaire dans le développement socio-économique – font appel à une conception de la santé dépassant les simples aspects biomédicaux).

A la relecture, aujourd'hui, des textes d'Alma-Ata, on est frappé par deux phénomènes importants dans la plupart des tentatives de mise en pratique des soins de santé primaires : la réduction et l'oubli.

Il y a réduction, simplification, voire simplisme dans le sort réservé à des perspectives telles que la participation communautaire (souvent ramenée au paiement des soins, plus ou moins contrôlé par la population) ou à des illustrations qui se voulaient avant tout didactiques et exemplatives, telles que les « huit composantes » des soins de santé primaires (rigidifiées parfois en critères mécaniques d'appréciation de la fonctionnalité des systèmes de santé). Mais la réduction porte aussi sur la stratégie d'ensemble des soins de santé primaires, lorsqu'on ramène celle-ci à la constitution d'un réseau d'agents de santé communautaires, ou lorsqu'on la conçoit comme des soins de santé primaires sélectifs.

L'identification des soins de santé primaires aux agents de santé communautaires est un raccourci contre lequel ont tôt fait de s'élever certains acteurs du terrain, notamment lorsqu'ils font valoir que les « médecins aux pieds nus » doivent être... chaussés (Jancloes 1980), qu'ils peuvent freiner autant que promouvoir les soins de santé primaires (Skeet 1985), que la qualité de leurs prestations et leur impact sur la santé peuvent rester problématiques (Berman *et al.* 1987), et que leur utilisation par la population peut rester très faible (Sauerborn *et al.* 1989). Le renforcement de leurs performances nécessite finalement un investissement important en temps et en management (WHO 1989). Et on s'est très vite interrogé sur les conditions de pérennisation de telles initiatives (Walt 1988).

Quant aux soins de santé primaires sélectifs, ils se présentent avec toute la séduction d'une approche qui rejette les utopies et prétend à l'efficacité<sup>8</sup>, en reposant sur des critères objectifs de détermination des

8. « 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 théorique 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

priorités en santé publique, comme la gravité (la morbidité et la mortalité spécifiques), la fréquence et la vulnérabilité des maladies (Walsh et Warren 1979), ce qui revient finalement à cibler quelques pathologies essentielles, et à concentrer les efforts, en pratique et le plus souvent, sur la mère et l'enfant. Mais cette politique risque de miner la crédibilité des services de santé en refusant de voir que les gens ne choisissent pas d'être atteints d'une maladie prioritaire ou non prioritaire ; elle tend à oublier le contexte social, politique et historique qui impose aussi d'organiser et de réorienter le système de santé dans son ensemble ; elle se cantonne dans une approche biomédicale et technique de la maladie qui pourrait s'avérer une réponse trop partielle aux problèmes de santé, parce qu'elle en ignore les déterminants socio-économiques et culturels ; et elle néglige le fait que, si on prend en compte l'équité, « *efficient* » n'est peut-être pas « *suffisant* » (Gish 1982 ; Berman 1982 ; Mills 1983 ; Banerji 1984 ; Rifkin et Walt 1986 ; Unger et Killingsworth 1986 ; Grodos et de Béthune 1988 ; Van Lerberghe et Pangu 1988).

Par ailleurs, on est frappé par l'oubli de maintes dimensions de l'analyse de la situation proposées à Alma-Ata, qui ont eu bien du mal – et ont parfois toujours beaucoup de difficultés – à faire leur chemin dans les esprits et dans la pratique. Sans parler des incontournables réformes de la formation du personnel, de la nécessaire implication de tout le système de santé dans l'approche des soins de santé primaires (et pas seulement du premier niveau de contact avec la population), du changement de mentalité requis de la part des professionnels de la santé, des impératifs de la technologie appropriée, de l'indispensable action intersectorielle, du souci de la santé mentale, nous ne retiendrons ici que le thème de la décentralisation.

« On a eu tendance dans le passé à mettre presque exclusivement l'accent sur l'échelon administratif central. Depuis peu, l'attention se porte sur l'échelon local. Le moment est venu d'orienter la décentralisation vers les échelons intermédiaires (province, district, etc.), qui sont suffisamment proches à la fois des communautés pour être réceptifs à leurs problèmes et à leurs besoins concrets et de l'échelon central pour mettre en pratique les politiques de la puissance publique. Ils sont particulièrement bien placés pour harmoniser les actions des divers secteurs qui concourent ensemble au développement. C'est dire qu'ils constituent d'importants pivots d'un développement coordonné. Pour les mettre en mesure d'exercer correctement ce rôle, il sera nécessaire, dans de nom-

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 » (Walsh et Warren 1979).

breux pays, de renforcer leurs moyens d'action, spécialement en leur affectant le personnel requis dans les divers secteurs. (...) Les allocations budgétaires doivent s'accompagner d'une délégation simultanée d'autorité-responsabilité. Ainsi, chaque communauté se voit attribuer une certaine enveloppe financière en même temps que la responsabilité et l'autorité de l'utiliser, en plus de ses propres ressources en espèces et en nature, pour des soins de santé primaires conformes au programme qu'elle a établi » (OMS/FISE 1978, pp. 58 et 76).

Nous trouvons ici, non seulement une fugace allusion à un possible recouvrement des coûts au niveau local, mais aussi les linéaments d'une approche des soins de santé primaires via la structuration du système de santé en entités fonctionnelles décentralisées dont le nom, inspiré des divisions territoriales, est déjà presque suggéré : les districts sanitaires. Leur sortie de l'oubli n'est pas terminée et leur apparition en ville ne fait que commencer.

### Les systèmes de santé de district basés sur les soins de santé primaires

L'impulsion à la réflexion sur le district sanitaire vient du directeur général de l'OMS, le Dr H. Mahler. Dans son allocution devant la 39<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé, le 6 mai 1986, il exprime nettement le souci de la gestion des systèmes de santé au service des soins de santé primaires :

« (...) to build up health systems based on the kind of primary health care I have just outlined needs good organization and management. Management is certainly not a strong point in the health systems of most countries that I know, in spite of heroic efforts to make health management manageable. (...) the more limited the size of a system the easier it is to manage it. So [according to] the principles enunciated at Alma-Ata, (...) for the delivery of primary health care countries have to be divided into manageable units. By that I mean *geographical areas small enough to be managed without sinking in the mud of central bureaucracy, yet large enough to make it feasible to include most of the ingredients required for self-reliant health care.* (...) such a manageable unit is one that has *primary health care facilities* in communities and possibly for groups of communities, that has a *referral hospital, laboratory facilities* inside or outside the hospital, and a *district health office* with a full time health officer ; or in other words *a more or less self-contained segment of the national health system.* I shall call that unit a district (...) » (Mahler 1986 - souligné par nous).

En prononçant ces mots, le Dr Mahler devait avoir pris connaissance des travaux du comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours qui avait défini, en décembre 1985, les contours d'une politique de districts sanitaires, sur la base des expériences disponibles à cette époque, dont le Projet Kasongo au Congo-Zaïre (de Béthune *et al.* 1985 et 1988)<sup>9</sup>.

Il est, à nos yeux, capital de se rendre compte de la motivation profonde d'une telle évolution vers le district sanitaire. Il ne s'agit pas d'un dogme, d'une mode, voire d'une lubie de technocrates, mais de la confrontation d'une politique de santé, en l'occurrence les soins de santé primaires, aux difficultés de sa mise en œuvre.

Très vite, en effet, les différents acteurs du domaine de la santé vont se rendre compte que bon nombre des dimensions de la politique préconisée à Alma-Ata, comme la participation des collectivités locales, l'autoresponsabilisation des individus et des communautés dans le domaine de la santé, la couverture globale de la population, l'intégration des programmes verticaux aux soins de santé de base, etc. supposent que l'on rompe avec la centralisation des systèmes de santé existants et que l'on délègue une part de l'initiative et de l'action au niveau périphérique. Comme le dira la conférence d'Harare en 1987 : « This call for action was a reflection of the realization by a growing number of countries that the principal obstacle to achieving health for all is weak organization and management, particularly at lower levels of their health systems » (WHO 1987).

Il vaut la peine de rappeler la démarche du comité d'experts de l'OMS sur les hôpitaux. C'est en effet en réfléchissant au rôle de l'hôpital dans les soins de santé primaires - point que nous approfondissons plus loin - que ces experts débouchent sur la notion de district sanitaire.

« A mesure que le Comité d'experts étudiait les incidences du rôle et des fonctions de l'hôpital de premier recours, la notion de système de santé de district se précisait. L'examen de l'expérience d'un grand nombre de pays a permis en effet d'en définir les contours, bien que rares soient ceux qui ont mis en œuvre un système pleinement développé du type décrit ci-dessous. Le district fournit un cadre dans lequel le rôle de l'hôpital peut être conçu de façon cohérente compte tenu de la population desservie et de toutes les autres structures concernées, y compris celles qui ne sont pas habituellement considérées comme faisant partie du secteur sanitaire ».

9. On trouvera la bibliographie sur le sujet disponible à cette époque dans : OMS, Hôpitaux et santé pour tous, rapport d'un comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours, série de rapports techniques, n° 744, Genève, OMS, 1987, pp. 82-83 et 86-88

Le comité illustre la démarche qui consiste à partir d'un problème concret (ici, la place des hôpitaux dans les soins de santé primaires), à étudier les différents efforts, même partiels, pour y trouver une solution, et à dégager ainsi les grandes lignes d'un modèle transposable ailleurs<sup>10</sup>.

Puis le document enchaîne en proposant une définition du district sanitaire, reprise quasi intégralement par le Comité pour le programme mondial de l'OMS (*WHO Global Programme Committee*), dans la foulée de la 39<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la santé, qui adopte le concept et appelle les pays membres à mettre l'accent sur le renforcement de systèmes de santé de district basés sur les soins de santé primaires (WHA 1986).

« Un système de santé de district fondé sur les soins de santé primaires [nous soulignons] comprend tout d'abord une population bien définie habitant dans une zone administrative et géographique, urbaine ou rurale, clairement délimitée. Il englobe toutes les structures de santé de la zone, publiques ou privées, professionnelles ou traditionnelles, qui coopèrent à l'établissement d'un système de district au sein duquel elles travailleront ensemble. Un système de santé de district se compose donc d'une grande diversité d'éléments imbriqués qui contribuent à la santé au foyer, à l'école, sur le lieu de travail et dans la communauté. Son orientation est multisectorielle. Il comprend les soins autonomes et tous les agents et établissements de santé, publics ou non, jusques et y compris le premier niveau de recours, ainsi que les structures de soutien appropriées, laboratoires, services de diagnostic et appui logistique. Ce système doit être géré comme une entité unique, en principe par un seul administrateur à plein temps, dont les responsabilités couvrent aussi bien la santé publique que les activités thérapeutiques, de manière à interconnecter tous ces éléments et toutes ces institutions pour obtenir un éventail complet d'activités de promotion, de prévention, de traitement et de réadaptation, et à en suivre les progrès » (OMS 1987, pp. 27-28)<sup>11</sup>.

10. Sur la notion de modèle, cf. chapitre 2.

11. On trouve généralement la définition du Comité pour le programme mondial de l'OMS de 1987 : « A district health system based on primary health care is a more or less self-contained segment of the national health system. It comprises first and foremost a well-defined population, living within a clearly delineated administrative and geographical area, whether urban or rural. It includes all institutions and individuals providing health care in the district, whether governmental, social security, non governmental, private or traditional. A district health system therefore consists of a large variety of interrelated elements that contributes to health and other related sectors. It includes self-care and all health care workers and facilities, up to and including the hospital at the first referral level, and the appropriate laboratory, and other diagnostic, and logistic support services. Its component elements need to be well coordinated by an officer assigned to this function in order to draw together all these elements and institutions into a fully comprehensive range of promotive, preventive, curative and rehabilitative health activities. »

On voit l'importance de la référence aux soins de santé primaires : le modèle ne propose une conception aussi globale du district sanitaire qu'à cause de la nécessaire intersectorialité des soins de santé primaires, de la recherche de leur complétude, de leur appui par un niveau de recours ou encore de leur insertion à divers niveaux ou milieux de vie, commençant dans les foyers et s'étendant jusqu'à l'hôpital. Si on abandonne l'approche des soins de santé primaires, on pourrait se faire une tout autre représentation du district sanitaire, ou même conclure qu'il ne vaut pas la peine de structurer le système de santé en districts sanitaires.

Dès cette époque, le document précise qu'il n'est pas nécessaire qu'un système de district soit exclusivement public ; il peut comprendre des institutions non gouvernementales et des guérisseurs traditionnels, cités comme exemples. L'ouverture au secteur privé est donc présente. Elle fait partie dès le début des dimensions possibles d'un district sanitaire.

L'indispensable autonomie de gestion est également soulignée. Il faut s'attarder à un élément de la définition particulier, parce qu'il va poser de grandes difficultés dans les villes, et que le problème sera longtemps sous-estimé : il s'agit de la mise du district au service d'une population bien définie.

Il s'agit essentiellement de définir une population cible (ou bénéficiaire, ou concernée, ou à couvrir, etc.), et non d'abord une zone géographique. Le district sanitaire est décrit avant tout comme une structure au service d'une population, et non comme le fruit d'un découpage territorial ou d'une « carte sanitaire ». Toutefois, parmi toutes les options, l'une est privilégiée : il est préférable de desservir la population entière d'une zone géographique précise. Il nous semble important de souligner que ces deux notions ne vont pas de soi et demandent à être justifiées, sous peine de passer pour des propositions « dogmatiques » et de représenter un obstacle intellectuel à la conception de districts urbains.

On a vu et on peut voir, en effet, des structures ou des services de santé desservir une population définie de plusieurs manières différentes (OMS 1987, p. 29) :

- un groupe de villages ou une zone urbaine ne correspondant pas à une zone géographique ou administrative précise, mais résultant de l'aire d'attraction naturelle d'une formation sanitaire (centre de santé ou hôpital) ;
- un groupe à risque ou une tranche de population (enfants de moins de cinq ans, couple mère-enfant, population cible des « Journées nationales de vaccination », etc.) ;
- un groupe d'avants droit, par affiliation, souscription ou mutualisation (travailleurs d'une industrie ou d'un secteur donné et leurs familles, membres cotisants d'un système de sécurité sociale ou de mutuelle, membres d'une appartenance religieuse particulière, etc.) ;

– la population entière d'une zone géographique précise, constituant la « zone de responsabilité » d'un ensemble de formations sanitaires, qui acceptent de coordonner la prise en charge des problèmes de santé de tous les habitants, qu'ils fréquentent déjà ou non ces formations sanitaires.

Si on garde à l'esprit les exigences des soins de santé primaires, la dernière situation paraît optimale. En effet, sans connaître exactement quelle est la population à desservir, et où s'arrête la zone pour laquelle le système de santé local accepte certaines responsabilités, on voit mal comment :

– instaurer une couverture sanitaire complète (curative, éducative et préventive) : de combien de personnes est-on en charge ? quel effort reste à faire pour « atteindre » toute la population par des soins ou des activités de nature diverse ? *mesure*

– concevoir une planification réaliste : comment évaluer les besoins, quelles priorités fixer, quel volume d'activités prévoir, quelles conditions de mise en œuvre envisager ?

– réaliser une évaluation des services : quels dénominateurs prendre en compte lorsqu'on mesure les activités et les résultats ? quel système d'information sanitaire mettre en place pour recueillir les données pertinentes et pouvoir, en particulier, repérer les individus appartenant à la population cible ?

– favoriser la participation communautaire : avec quelles autorités engager le dialogue, avec quels groupes de la « société civile », dans quels quartiers, jusqu'à quel village, quelle rivière, quelle route ?

– mettre en place la collaboration intersectorielle : avec quels services ? impliquant quels responsables ? mobilisant quels acteurs ? jusqu'à quelle limite physique ?

Ces cinq éléments sont d'importants arguments pour tenter de faire correspondre un district sanitaire avec une population précise et une zone géographique donnée. Soulignons cependant l'importance particulière du premier argument, la couverture sanitaire complète. En effet, si un système de santé donné ne sait pas de quelle population il a la charge, il aura tendance à répondre passivement à la demande de soins et de services émanant de la population, au lieu d'être « proactif » et de rechercher les moyens de mieux faire se rencontrer besoins, demande et offre. Son système d'information sanitaire ne lui permettra pas, faute de dénominateurs adéquats, de déceler les carences de la couverture sanitaire. On risque bien alors de voir s'appliquer l'inverse care law (Tudor Hart 1971) : ce sont surtout les plus favorisés qui utilisent les services de santé et qui en retirent le plus grand bénéfice, tandis que ceux qui en ont le plus grand besoin sont insuffisamment desservis. Et nous ajouterions : et on ne s'en rend pas compte.

Pourtant, la recherche de cette situation optimale va se heurter à des problèmes en ville. Le comité d'experts de l'OMS le signale déjà en 1987

et suggère : « Dans les zones urbaines dotées de nombreux hôpitaux, certains problèmes particuliers pourraient être plus efficacement résolus par certaines formes d'associations que par des découpages artificiels » (OMS 1987, p. 31). Toutefois, les solutions préconisées restent assez peu précises et ne clarifient pas le rôle exact des hôpitaux dans les soins de santé primaires :

« Un hôpital qui ne jouerait pas un rôle majeur dans un système de premier recours devrait pourtant être à même de promouvoir les soins de santé primaires au profit de ses patients et de leurs familles. Même les hôpitaux de deuxième et de troisième recours pourraient, par des accords, s'associer aux soins de santé primaires (en particulier pour les soins aux malades, l'enseignement et la recherche), mais ils devraient apprendre à s'acquitter correctement de cette tâche en ménageant un bon équilibre avec leurs autres activités. Si les soins de santé primaires sont peu développés, les hôpitaux peuvent être chargés de les renforcer ou même de collaborer à leur création » (OMS 1987, p. 31).

C'est donc dans cette perspective de la structuration des systèmes de santé selon le schéma des districts sanitaires que se tient, du 3 au 7 août 1987, à Harare (Zimbabwe), une conférence interrégionale, organisée par l'OMS sous l'égide de l'USAID (Agency for International Development), la CMC (Christian Medical Commission), l'UNICEF, le PNUD (Programme des Nations unies pour le développement) et DANIDA (Coopération danoise). Il s'agit de la première rencontre internationale presque exclusivement consacrée au développement des districts sanitaires. Elle aura, au moins pour l'Afrique, un effet catalyseur certain<sup>12</sup>.

La conférence d'Harare n'innove pas quant à la définition du district sanitaire, qu'elle reprend au Comité pour le programme mondial de l'OMS. Par contre, elle précise maintes dimensions d'une politique de districts :

→ – la notion d'équipe cadre de district (*district health management team*) : « District health management teams have also been formed in many places, usually under the leadership of the district medical officer, who embodies the link with the district development committee. They are responsible for managing and coordinating district health services » (OMS 1987, p. 9). La question de savoir si le chef de l'équipe cadre de district doit être un médecin ou non, avec ou sans formation en santé publique, reste pendante. Mais son ouverture aux soins de santé primaires et à l'approche communautaire doit être assurée ;

12. Le système de santé de district n'est évidemment pas propre à l'Afrique. Il est aussi mis en œuvre en Asie, ainsi qu'en Amérique latine sous la dénomination de « silos » (*sistema local de salud*).

- le leadership du district : « The essential skills of the district health system team leader [are] those of leadership, communication, planning, accounting, epidemiology, and supervision. Also essential is an attitude towards quality of care that ensures equity and efficiency of services, and which can be developed only through learning-by-doing » (OMS 1987, p. 10) ;

- le rôle des hôpitaux et des programmes verticaux :

« The role of the hospitals is to be part of and support district primary health care, and it should, therefore, function as an element of the district health system. However, at present, in most countries, the hospitals are not integrated with the other local health services, because, for one reason, traditional methods of administration do not favour integration, and, for another, conventionally trained medical officers are biased towards hospital-based curative care. Integration requires changes in attitudes towards the role of the hospital, and such changes depend on the promotion of better understanding of the rationale of increased hospital participation within the entire district health system. This understanding and the necessary attitudinal changes need to become objectives of both basic and in-service training of health personnel. (...) It was seen as essential to the strengthening of comprehensive primary health care that hospitals and 'vertical' programmes combine or integrate their separate logistic support systems at district level and then extend the integrated system to peripheral health institutions and communities » (OMS 1987, p. 10) ;

- la refonte des systèmes d'information sanitaire : « Data collection should be action-oriented and lead to the determination of vulnerable groups and households at risk. The collection of data needs to be rationalized : only data for decision-making should be collected. (...) The production of base-line data prior to planning is a mean, not an end in itself » (OMS 1987, p. 9) ;

- le besoin de formation-recyclage lié à des encouragements de nature diverse, et identifié comme « a special need for in-service training (...) based on immediate problems and needs as seen by [health] workers (...)». Incentives are needed to motivate trainees, e.g. opportunities for wider travel and experience, promotion and career development. Education is also an incentive in its own right » (OMS 1987, p. 16). Et c'est le district qui doit avoir la maîtrise de la formation et du recyclage (OMS 1987, p. 17) ;

- l'utilité de projets pilotes : « Using pilot projects and development areas to educate existing professionals to the real needs, provided that pilot projects use only the normally available resources; health development networks to maintain links between demonstration areas are important » (OMS 1987, p. 18) ;

- l'implication des médecins dans les soins de santé primaires est vitale « Doctors need to be fully conversant with PHC [primary health care]. District medical officers must take general responsibility for health services, but, in practice, much leadership for implementing PHC may be delegated to other members of the health/PHC team. Where such responsibility is delegated, commensurate authority also must be delegated, e.g. over resources, transport, personnel » (OMS 1987, p. 19) ;

- l'autonomie des districts sanitaires, notamment au point de vue financier : « The principal economic and financial factors constraining PHC implementation are readily revealed in the studies of district economies. Uncertainty regarding the role and authority of districts with regard to generating and controlling funds was among the most prominent. In some countries districts had almost no financial information even where this could easily be obtained. Delay and disruption in the release of funds to district level are common, causing interruption of services and low morale among staff. Another constraint is poor coordination among all agencies involved, e.g. nongovernmental organizations, churches, and the private sector, in financing and supplying health care services for the district » (OMS 1987, p. 22). Une plus grande flexibilité et une plus grande indépendance budgétaires sont nécessaires : « District decision-makers have too little discretion in decisions on financial allocations. Greater flexibility is needed in their powers to raise, reallocate and retain funds in the district » (OMS 1987, p. 23).

Notons enfin une recommandation visant la « retention of fee income at, or close to, the level of collection », découlant de la politique de recouvrement des coûts issue de l'Initiative de Bamako, contemporaine, et qui devient au même moment un axe de la réforme du secteur de la santé préconisée par la Banque mondiale (Akin *et al.* 1987).

Et relevons pour terminer que le plus consensuel des rapports de conférence internationale laisse parfois échapper une phrase pleine de fraîcheur, comme celle-ci, qui affirme : « A mechanism is needed for getting rid of ineffective leaders » (OMS 1987, p. 19)...

Il est bon de rappeler, pour conclure cette section, que la réflexion de l'OMS, à laquelle nous faisons une référence privilégiée ici, n'est pas coupée des expériences concrètes sur les divers terrains d'action. Au contraire, elle en résulte et les synthétise. Comme le souligne G.L. Monekosso, alors directeur régional de l'OMS Afrique, au colloque de Medicus Mundi International de Bruxelles, « it was not the WHO but NGOs who invented Primary Health Care. It was as a result of the efforts of the NGOs followed by UNICEF and later the WHO, that we had the Alma Ata with the known results we have now » (Medicus Mundi 1989, p. 1). Et si, pour l'auteur, la mise en place de systèmes de santé de district relève clairement de la responsabilité des États, les ONG « have an

important role to play in not only filling the gaps, but also in showing various innovative approaches to health care provision » (*Ibidem*).

### Le rôle de l'hôpital dans les soins de santé primaires

La tendance à « oublier » le rôle de l'hôpital dans les soins de santé primaires n'a pas tardé à susciter des réactions, y compris de la part du directeur général de l'OMS. Dès 1981, ce dernier affirme avec force à la conférence commune de l'OMS et de la Fondation Aga Khan à Karachi : « A health system based on primary health care cannot, and I repeat cannot be realized, cannot be developed, cannot function and simply cannot exist without a network of hospitals (...) » (Mahler 1981).

Le rôle de l'hôpital dans les soins de santé primaires est précisé par les travaux de 1985 du comité d'experts de l'OMS (OMS 1987, pp. 36ss), dont nous avons utilisé le modèle figuratif repris à la figure 1. Dans l'optique d'une prise en charge globale d'une population déterminée, l'hôpital se voit confier plusieurs rôles dans l'aiguillage des malades, la coordination des programmes de santé, l'enseignement et la formation, la gestion, et le soutien logistique et administratif. L'apport principal de cette réflexion est la nécessaire et multiforme insertion de l'hôpital dans les soins de santé primaires.

Mais l'apport de Van Lerberghe et Lafort (1990) nous semble plus intéressant car ils posent une question mal abordée jusque-là : le rôle de l'hôpital dans le district sanitaire est-il de dispenser lui-même ou de soutenir les soins de santé primaires ?

Les auteurs ne partent pas de l'hôpital mais de la structure de soins et de services la plus proche des gens, au moins en zone rurale : le centre de santé. Ce dernier présente, à tout le moins potentiellement, des avantages sur l'hôpital en ce qui concerne les soins curatifs et préventifs : il est géographiquement plus accessible ; il est en mesure, grâce à la plus grande empathie<sup>13</sup> entre le malade et l'agent de santé, de favoriser la continuité des soins ; il évite plus facilement la surprescription d'examen ou de médicaments et il peut, de manière plus générale, dispenser des soins moins coûteux, que l'on s'attache aux coûts directs ou aux coûts indirects pour le malade, comme par exemple le temps perdu en déplacement et

13. L'empathie est la capacité, pour une personne, de communiquer avec une autre et de la comprendre en se mettant à sa place, en intégrant son point de vue, en imaginant ce qu'elle ressent, en devinant ses sentiments et ses réactions, tout en conservant une distance suffisante et un contrôle de l'émotion permettant – à la différence de la sympathie – la prise de décision la plus objective possible. On comprend que plus les références sociales, culturelles, religieuses et idéologiques sont proches entre soignant et soigné, plus la possibilité d'empathie est importante.

dans les files d'attente. Le centre de santé a aussi un avantage sur l'hôpital pour ce qui a trait aux contacts avec la communauté : la moindre technicité des discussions et la plus grande proximité humaine, géographique et culturelle y facilitent la participation de la population.

Toutefois, pour que ces avantages potentiels deviennent réels, il faut que les usagers aient confiance dans le personnel des centres de santé.

Cette confiance dépend de trois facteurs :

– les qualités relationnelles du personnel de santé. Ce facteur n'est pas envisagé par les auteurs, qui semblent postuler qu'il va de soi. Pourtant, si les qualités du personnel de santé dépendent parfois d'éléments difficilement modifiables tenant à des caractéristiques individuelles, elles dépendent aussi d'un contexte où interviennent la motivation au travail, le statut social conféré par le travail, la déontologie professionnelle et, spécialement dans le domaine de la santé, la capacité de donner à la compassion et au respect des personnes le pas sur d'autres considérations, notamment financières<sup>14</sup> ;

– la décentralisation des compétences à l'échelon des centres de santé, où le malade doit pouvoir trouver des « moyens d'accomplir un certain nombre d'interventions techniques d'une efficacité tangible », y compris en ce qui concerne certaines maladies graves<sup>15</sup>, dans le domaine curatif et préventif ;

– l'absence de concurrence entre l'hôpital et le centre de santé en ce qui concerne les soins offerts : « Jusqu'à ce qu'elle ait acquis cette confiance dans les capacités du centre de santé, la population le court-circuitera pour s'adresser directement à l'hôpital. (...) Si l'hôpital offre les mêmes services, les conséquences peuvent être graves. Cette compétition représente un handicap que le centre de santé est obligé de combler avant de pouvoir obtenir la confiance de la population. La situation est encore pire lorsque l'hôpital assure ces services à un niveau technique différent [supérieur]. (...) En général, les personnes qui s'efforcent d'ajouter ce "petit plus" à l'activité hospitalière le font dans la meilleure intention : elles veulent faire bénéficier le plus grand nombre possible de patients des meilleurs soins possibles. Cependant, le message qu'elles transmettent implicitement à la population

14. La « règle » qu'on voit trop souvent appliquer aujourd'hui, principalement dans les hôpitaux – « Pas de paiement préalable, pas de soins » –, résulte autant de la faiblesse de l'éthique professionnelle face à la détresse individuelle que des très réelles contraintes de l'autonomie de gestion financière imposée aux établissements de soins par la réforme du secteur de la santé.

15. L'argument mériterait d'être développé davantage que ne le font les auteurs. Ce n'est pas la bénignité des maladies, la facilité du diagnostic ou du traitement, ou la simplicité des techniques qui définissent l'ensemble des problèmes que peut prendre en charge un centre de santé mais la possibilité de standardiser (et donc de superviser) les attitudes diagnostiques et thérapeutiques qui s'y rapportent, et de décentraliser par conséquent un ensemble de techniques correspondantes, à un coût raisonnable.

ds CCS

me faire de tout le bien faire des qualifications de base.

est le suivant : "Pour les soins de santé primaires, vous pouvez bien sûr vous rendre au centre de santé ; mais n'oubliez pas que chez nous aussi vous pouvez recevoir ces soins – seulement ils sont meilleurs". En pareille situation, le centre de santé n'a pas beaucoup d'atouts pour lui : peut-être un accès plus facile sur le plan géographique, et la perspective de relations plus personnalisées. Cela ne suffit pas pour lui conférer une identité de point focal » (Van Lerberghe et Lafort 1990, pp. 7-9).

Par conséquent, l'hôpital ne doit pas dispenser lui-même des soins de santé primaires, mais soutenir les soins de santé primaires dans les centres de santé. Et la meilleure façon de les soutenir, c'est en premier lieu de s'abstenir de concurrencer les centres de santé sur un terrain où ils sont potentiellement plus efficaces et plus efficaces que lui ; en deuxième lieu de jouer le rôle que lui seul peut jouer, à savoir celui d'orientation-recours, qui se manifeste en quatre circonstances précises : lorsqu'une technique sophistiquée, un avis d'expert, une intervention spécialisée (chirurgie par exemple) ou une hospitalisation sont nécessaires (Ibidem, p. 12).

Cette conception des choses suppose donc un « système de santé intégré », où « la spécificité et la complémentarité des deux niveaux [de services] dans un système de soins de santé de district » font que n'existent ni « lacunes » ni « chevauchements » entre les niveaux (Ibidem, p. 11).

Pour que fonctionne ce système intégré, une condition essentielle est que l'orientation-recours « marque une différence » (Ibidem, p. 12), ce qui suppose un équipement correct, des compétences et des ressources suffisantes. Mais cela suppose aussi deux conditions structurelles :

– l'absence d'échelons intermédiaires entre centres de santé et hôpital. Les formations sanitaires constituant ces échelons intermédiaires, trop importantes pour être des centres de santé fonctionnels et trop réduites pour être des hôpitaux efficaces, ne font en fin de compte office ni de centres de santé ni d'hôpitaux ;

– « une condition *sine qua non* évidente, mais qui doit néanmoins être exprimée explicitement. Il faut qu'il existe un système de soins de santé de district avec une zone bien déterminée, dont la responsabilité incombe au réseau des centres de santé et à l'hôpital » (Ibidem, p. 21).

Les auteurs précisent :

« L'idéal serait d'avoir des délimitations administratives claires correspondant à une fonction logique, ou des 'délimitations informelles' reposant sur une appréciation raisonnable de la zone d'influence géographique. L'important est qu'il existe une quelconque forme fonctionnelle de district » (Ibidem).

Par cette voie – l'étude des « avantages comparatifs » des formations sanitaires périphériques – les auteurs sont donc amenés à adopter l'approche des districts sanitaires basés sur les soins de santé primaires.

Mais, on le voit, le raisonnement semble ne pas avoir tenu compte du contexte urbain, où certains avantages comparatifs des formations sanitaires périphériques s'évanouissent vite : le facteur de proximité géographique disparaît le plus souvent puisque l'hôpital est tout aussi accessible ; la diversification de l'offre thérapeutique et technique ne garantit plus le moindre coût des soins périphériques ; l'absence de concurrence entre hôpitaux et centres de santé ne peut plus être organisée sans difficulté, vu le morcellement du système de santé en divers prestataires et instances gestionnaires ; et, surtout, la mobilité de la population complique énormément la définition des populations cibles. Nous reviendrons sur tout ceci tout au long de notre travail.

Il convient au préalable d'approfondir l'étude du district sanitaire en tant que modèle d'organisation du système de santé. Une stimulante contribution provient de Van Lerberghe, Van Balen et Kegels (1992). Sur la base d'une enquête effectuée en 1988 auprès de 173 hôpitaux d'Afrique subsaharienne bénéficiant de l'appui de Medicus Mundi International, les auteurs commencent par constater que, si le concept de district est une réalité concrète, et, d'un point de vue historique, n'est en rien une nouveauté, « il demeure très vague » néanmoins (Ibidem, p. 6). Face à la diversité des situations (systèmes simples à deux échelons de soins avec une responsabilité envers une population bien définie, systèmes plus ou moins formels avec une diversité d'intervenants sans hiérarchie claire, hôpitaux jouant leur rôle de structure de recours ou intervenant dans la prestation de soins de santé primaires, hôpitaux impliqués dans les soins de santé périphériques ou confinés dans leur splendide isolement), les auteurs proposent d'abord une définition simplifiée d'un district sanitaire :

« De façon générale un district sanitaire peut être défini comme l'unité fonctionnelle de décentralisation de l'organisation sanitaire pour une population bien définie. Sa taille optimale et sa complexité dans une situation donnée sont le résultat de deux exigences opposées : il doit être suffisamment grand pour permettre une certaine concentration des ressources humaines et techniques ; mais il doit également être assez petit pour avoir la possibilité d'établir une communication avec la population et une participation des communautés. En d'autres termes, il faut concilier l'économie d'échelle et la recherche d'une planification du bas vers le haut pour rendre les soins plus pertinents et pour arrêter les priorités » (Ibidem, pp. 7-8).

Pour analyser les résultats de leur enquête, les auteurs utilisent une modélisation d'un système de santé de district, en le concevant dans sa forme la plus simple. Il s'agit d'un système de santé à deux échelons – un hôpital de référence et des formations sanitaires périphériques (appelées pour généraliser « centres de santé ») – avec :

– une zone géographique délimitée, correspondant ou non à une zone administrative, de laquelle l'autorité sanitaire de district est responsable. Chaque centre de santé est responsable d'une aire de santé et l'hôpital de district joue son rôle de recours et d'appui pour l'ensemble des aires de santé de la zone de responsabilité. Cette partie du modèle correspond à sa *dimension spatiale et démographique*. Elle permet d'introduire les notions de carte sanitaire, de population cible, de zone de responsabilité, de couverture sanitaire de la population (Figure 2A). Une dimension fondamentale à examiner est la couverture totale du district ;

– des fonctions de gestion et d'autorité, exercées par l'autorité sanitaire de district, comprenant entre autres les activités de supervision et de support logistique, la formation du personnel, la fourniture de médicaments, et la gestion financière. Cette partie du modèle correspond à sa *dimension managériale*. Elle permet d'introduire les notions d'autorité formelle et fonctionnelle, de participation communautaire, d'organisation de l'action intersectorielle, de supervision et de contrôle (Figure 2B). Une dimension fondamentale à examiner est l'exercice d'un contrôle effectif de l'autorité sanitaire du district sur l'ensemble de la zone ;

– une dimension organisationnelle concernant les soins, les services et les activités, en relation avec l'accès des malades aux services, le dialogue entre système de santé et population, et l'évacuation des malades. Cette partie du modèle correspond à sa *dimension technique*. Elle permet d'introduire les notions de circuit des usagers, d'échelons de services et des relations entre eux, de délégation ou de décentralisation des compétences et des techniques, et de système de référence et de contre référence des malades (évacuation-recours) (Figure 2C). Une dimension fondamentale à examiner est le cheminement des malades à travers les structures de soins, la situation la plus simple étant celle où ils s'adressent exclusivement aux centres de santé et ne recourent à l'hôpital que sur référence mise en route par les centres de santé.

Dans leurs commentaires, les auteurs montrent bien qu'ils ne cherchent pas à imposer un schéma tout fait de district, ni une conception univoque, mais qu'ils tentent de se doter d'un outil d'analyse simple d'une situation complexe :

« Comme nous le verrons plus loin, une situation aussi simple [que celle du modèle de la Figure 2] est plutôt rare. Il y a des divergences dans chacune des trois dimensions schématisées dans la [Figure 2]. Ceci complique la description des plateaux techniques ainsi que des performances à réaliser par l'hôpital de district. Définir les ressources et les performances en fonction de la population, estimer l'adéquation de la répartition des tâches entre les différents éléments du système sanitaire n'est pas chose simple » (*Ibidem*, p. 8).

Mais l'utilité du modèle est précisément de fournir trois dimensions de repère permettant de « préciser de quoi nous parlons lorsque nous décrivons un "hôpital de district" particulier » (*Ibidem*, p. 10). Ce modèle permet effectivement d'analyser diverses situations.

En ce qui concerne la *dimension spatiale*, on peut ainsi distinguer les cas de figure suivants :

– les *districts couverts par un seul hôpital* (Figure 3), où le seul hôpital dans le district est responsable de l'ensemble de la population, fonctionne comme niveau de référence et dispose de personnel chargé de l'organisation des services dans tout le district, avec autorité sur les formations sanitaires périphériques. Il peut toutefois y avoir plus de deux échelons de soins, mais une telle hiérarchie se révèle être davantage une question théorique ou administrative qu'une réalité fonctionnelle, car les différences de niveau technique et de compétences n'introduisent le plus souvent pas de véritable distinction entre ces divers échelons de soins : un seul hôpital sert clairement de structure de référence et les autres formations – même baptisées « hôpitaux » – sont techniquement de grosses infrastructures de premier échelon. Le statut – public ou privé – des diverses formations sanitaires est variable. Quant à l'aire de recrutement de l'hôpital de référence, elle peut correspondre à l'une des situations suivantes (Tableau 1) ;

Fonctions	Situation 1	Situation 2	Situation 3
Premier niveau de référence pour le district	oui	oui	oui
Premier niveau de référence pour les districts voisins	non	oui	oui
Deuxième niveau de référence pour d'autres hôpitaux de district	non	non	oui

Tableau 1. Types de districts couverts par un seul hôpital selon la fonction de l'hôpital comme structure d'évacuation-recours (Van Lerberghe, Van Balen et Kegels 1992)

– les *districts couverts par plusieurs hôpitaux* (Figure 4) sont des districts ou coexistent plusieurs hôpitaux, dont un (souvent l'hôpital public) est censé exercer les fonctions d'hôpital de référence et l'autorité sur le district. Deux cas peuvent être envisagés, suivant qu'il y a ou non divorce effectif entre fonctions de référence et autorité sur le district ;

– les *situations non structurées* (Figure 5) où les hôpitaux exercent des fonctions de premier et parfois de deuxième niveau de référence mais il n'y a pas d'aire de responsabilité clairement définie, ni en termes de population ni en termes d'infrastructures sanitaires périphériques. Si les aires d'attraction sont difficiles à déterminer dans de telles circonstances, « néanmoins, souvent il existe un district "informel", suffisamment bien

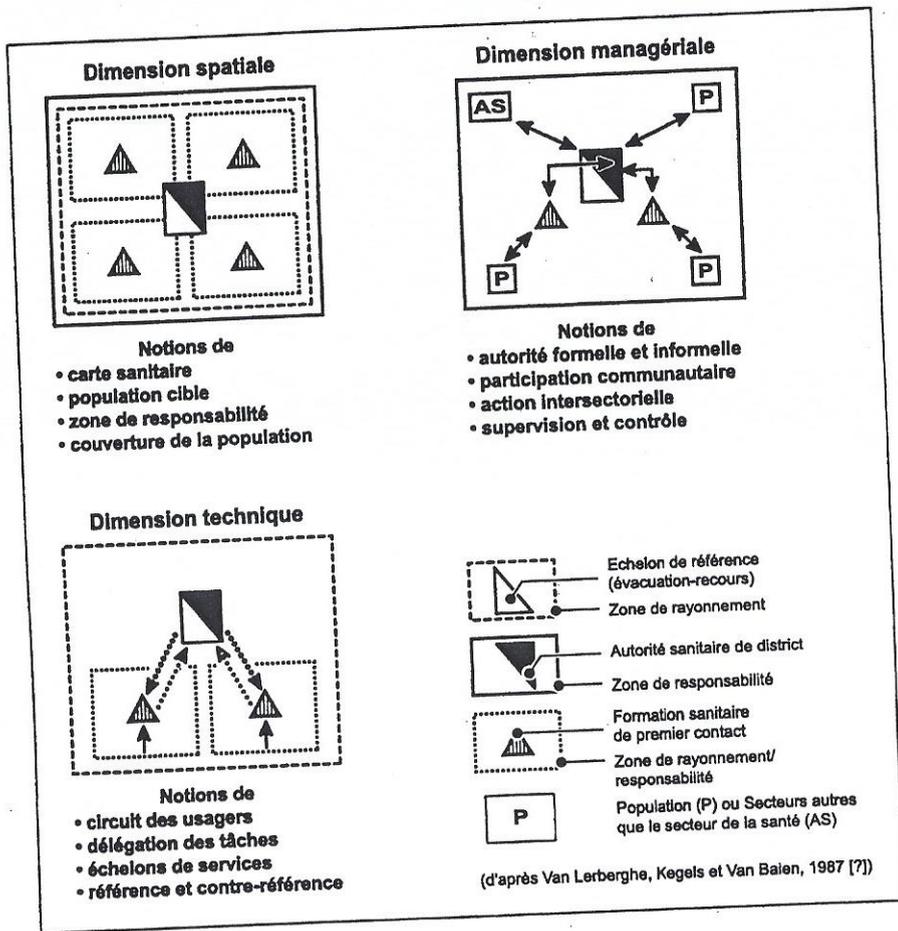


Figure 2. Modèle le plus simple d'un district sanitaire à deux échelons de services

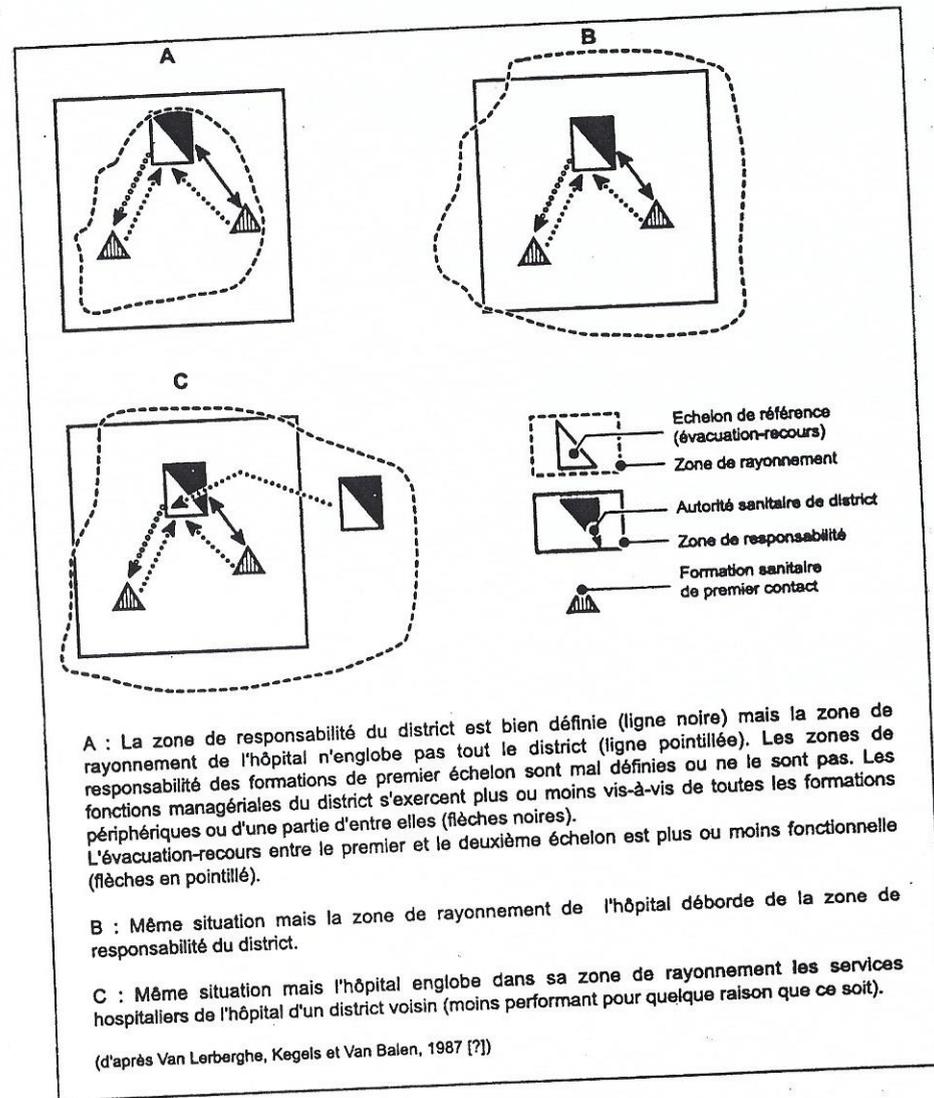


Figure 3. Fonctionnement réel de districts monohospitaliers à deux échelons de services

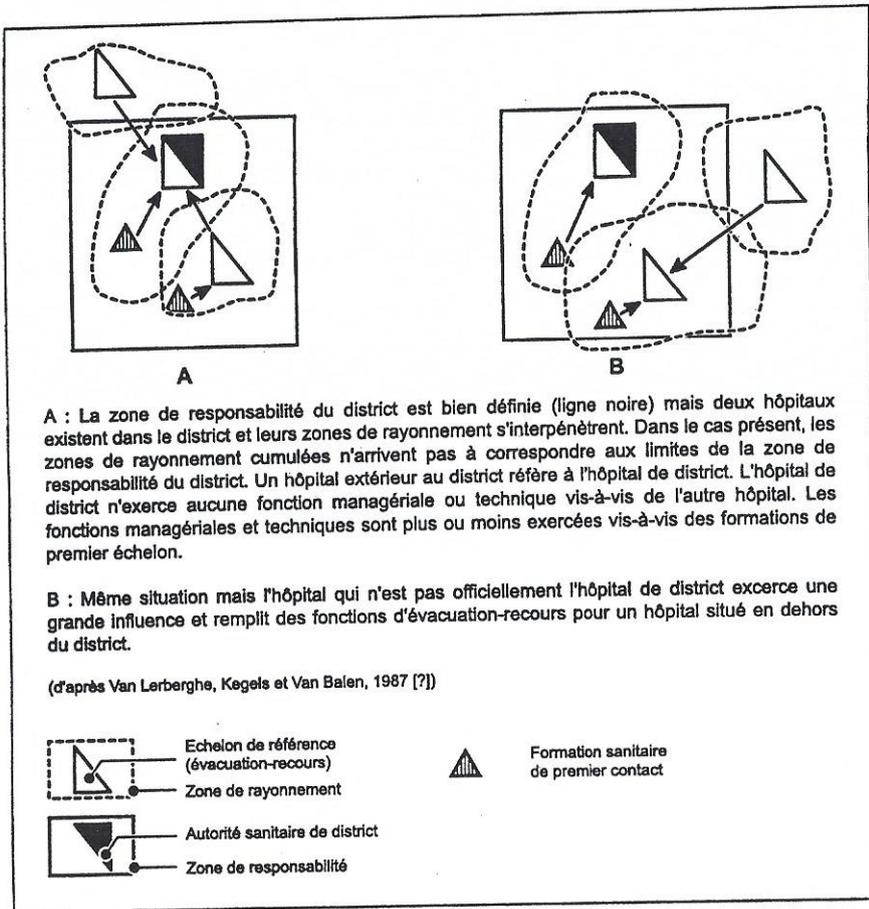


Figure 4. Fonctionnement réel de districts plurihospitaliers à deux échelons de services

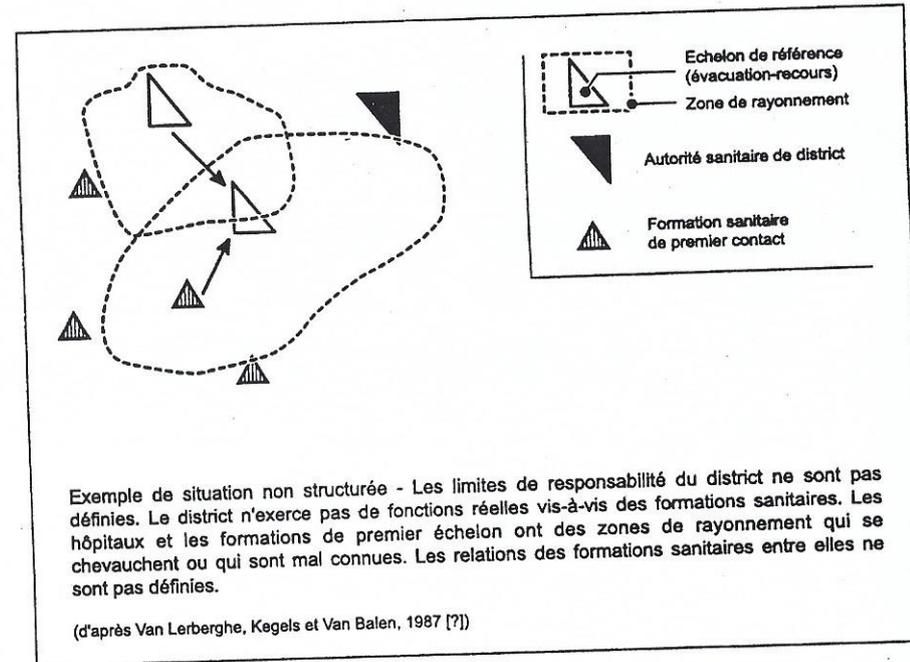


Figure 5. Fonctionnement réel d'un district dans une situation non structurée

défini pour faire une estimation raisonnable de la population desservie (...) » (*Ibidem*, p. 16). Bien que cet ensemble de situations non structurées soit assez hétérogène, dans l'enquête il s'agissait toujours d'hôpitaux non gouvernementaux, souvent situés dans des zones urbaines importantes.

En ce qui concerne les *fonctions managériales* et d'autorité, la situation est elle aussi très variée. Les réalités fonctionnelles l'emportent souvent sur les définitions administratives ou théoriques. En se basant uniquement sur la gestion financière du réseau sanitaire de district (mais on pourrait aussi considérer l'approvisionnement en médicaments ou la supervision par exemple), les auteurs distinguent trois possibilités :

- l'hôpital n'est pas impliqué dans la gestion (financière), qui reste centralisée ;

- l'hôpital est impliqué dans sa propre gestion (financière) mais n'a rien à voir avec la gestion (financière) du reste du district ;

- l'hôpital est impliqué dans la gestion (financière) globale du district ;

En ce qui concerne les *fonctions techniques*, le cas du modèle simplifié, où les formations périphériques prennent en charge le premier contact et où l'hôpital ne s'occupe que des fonctions de recours, est très rare.

« Dans la plupart des situations, les hôpitaux attirent de nombreux contacts de premier niveau. La plupart des hôpitaux ont également une fonction de centre de santé, au moins pour la zone entourant l'hôpital, où les unités de premier contact sont incorporées à l'hôpital. Ceci attire alors un grand nombre de gens qui vont directement à l'hôpital, parce qu'ils n'ont pas de centre de santé où aller, ou parce qu'ils préfèrent le court-circuiter. Les hôpitaux répondent à cette demande en offrant des soins typiques des centres de premier niveau : soins curatifs ambulatoires et soins préventifs comme la vaccination, le suivi de la croissance, etc. Cette réponse venait d'autant plus naturellement qu'on a longtemps pensé que la supériorité technique de l'hôpital en faisait également un meilleur endroit pour fournir des soins primaires » (*Ibidem*, pp. 26-27).

Au total, cette modélisation permet une catégorisation des divers modes de fonctionnement des districts sanitaires réels mais ne se présente pas comme normative. Elle suggère cependant fortement que certains modes d'organisation sont plus simples que d'autres. Il en va ainsi de ceux qui prévoient seulement deux échelons de soins, une couverture totale de la population, une relation fonctionnelle entre centres de santé et hôpitaux, un cheminement défini des malades entre niveaux de soins, etc.

Là fin des années 80 et le début des années 90 voient la réflexion s'orienter vers les problèmes plus opérationnels de mise en œuvre des districts (Amonoo-Lartson *et al.* 1984 ; OMS 1988 ; Tarimo 1991 ; OMS 1992a ; Monekosso 1994).

Mais une conception quelque peu normative et mécanique du district sanitaire semble désormais l'emporter. Tout le monde cite la définition du Comité pour le programme mondial de l'OMS, mais sans la remettre en perspective. La tendance se fait jour, aussi, à présenter comme allant de soi des propositions qui n'ont de sens que comme hypothèses de travail ou après recontextualisation. Il en va ainsi d'affirmations telles que :

« Le district est le niveau le mieux approprié pour coordonner la planification de haut en bas et de bas en haut, pour organiser la participation communautaire à la planification et à la mise en œuvre et pour améliorer la coordination des soins de santé publics et privés. Il est suffisamment proche des collectivités pour que les problèmes et les contraintes à son échelon puissent être compris. Un grand nombre de secteurs clefs du développement sont représentés à ce niveau, ce qui facilite la coopération intersectorielle et la gestion des services sur un vaste front. (...) Le niveau le plus approprié pour organiser et fournir [le] soutien [aux postes et aux centres de santé] est celui du district » (OMS 1988, p. 10).

Ou encore : « The district is the level at which health policy is normally converted into action » (Hubrich 1988).

Des affirmations de ce genre, émises de manière non critique, pourraient accréditer l'idée que le discours sur le district sanitaire pêche par un certain dogmatisme, verse dans le plaidoyer, voire l'incantation, ou vœu pieu.

En outre, aucune différence n'est faite entre district urbain et district rural, comme si la situation des villes n'imposait pas la refonte du concept. Même lorsqu'on prend la précaution de signaler que « les problèmes auxquels les hôpitaux urbains doivent faire face sont différents de ceux des hôpitaux de village », c'est pour affirmer aussitôt que « les deux types d'hôpitaux assurent des services essentiels et il importe de déterminer comment ils peuvent être incorporés dans le système de santé de district » (OMS 1992a, p. 13), et pour ne plus revenir sur le sujet par la suite.

### La « crise urbaine » et la « santé dans les villes »

Un autre développement de la réflexion est celui qui porte sur la « crise urbaine » et la « santé dans les villes ».

Les soins de santé primaires ne s'étaient jamais présentés comme une politique de santé spécialement conçue pour les zones rurales, mais il faut bien reconnaître que les expériences qui avaient nourri la réflexion précé-

dant la conférence d'Alma-Ata, autant que les développements qui en avaient résulté, prenaient place dans le monde des campagnes. Implicitement ou explicitement, il était admis que les villes étaient plus que suffisamment pourvues de services de santé abondants, souvent sophistiqués et notoirement budgétivores. Peu d'attention, en outre, se portait sur les inégalités devant la santé en milieu urbain, qui traduisaient une inhomogénéité du tissu social volontiers sous-estimée.

C'est Rossi-Espagnet (1984) qui, dans un document publié par l'OMS et l'UNICEF, remit le premier en cause cette vue des choses. Il attirait l'attention sur l'urbanisation rapide des pays en développement, l'augmentation du nombre des pauvres et les inégalités sociales croissantes en ville, et il recommandait la promotion des soins de santé primaires en milieu urbain. L'année suivante, la London School of Hygiene and Tropical Medicine, avec l'appui de l'UNICEF, d'OXFAM et de l'Overseas Development Administration (ODA), organisait le premier atelier international consacré au thème « Santé communautaire et pauvreté urbaine », où des organisations non gouvernementales, essentiellement, partagèrent leur expérience dans les cinq continents. L'ouvrage qui fut publié dans la foulée de cet atelier n'hésita pas – peut-être un peu rapidement – à affirmer que les soins de santé primaires des années 70 et 80 étaient, d'un point de vue conceptuel comme d'un point de vue opérationnel, une approche fondamentalement rurale, basée sur une épidémiologie rurale, des structures sociales rurales et des schémas administratifs ruraux (Harpham *et al.* 1988). Le mouvement était lancé et allait aboutir à faire de la santé urbaine le thème des discussions techniques de l'Assemblée mondiale de la santé en 1991 (WHO 1991).

On peut toutefois penser que, dix ans plus tard, le concept de santé dans les villes reste encore mal défini.

On peut y voir une découverte un peu tardive, par les acteurs de la santé, de la complexité du phénomène de l'urbanisation dans les pays en développement. Ainsi, certaines considérations sur les impasses de la modernisation, les échecs de l'industrialisation, la croissance du secteur informel, l'inégalité des revenus et la lutte contre la pauvreté semblent entrer dans les préoccupations du monde de la santé dix ou vingt ans après avoir été des thèmes chers aux économistes et aux sociologues. On peut aussi voir dans la « santé urbaine » une tentative de discerner des traits spécifiquement urbains au profil de morbidité et de mortalité. On découvrira alors les problèmes liés à la violence, à l'abus de drogues, à la pollution, à la promiscuité, à l'exploitation des enfants ; ou des contextes fragilisants comme l'augmentation des familles monoparentales, la perte des mécanismes de solidarité traditionnels, la précarité de l'occupation des sols, la taudification de l'habitat ; ou au contraire l'émergence de liens sociaux nouveaux basés sur l'âge, le métier, le quartier, le lieu de provenance des migrants, etc. Le tout

sans pouvoir, le plus souvent, chiffrer ces divers constats, faute de données, ou faute de données désagrégées permettant d'échapper au piège des moyennes statistiques et de documenter la situation des plus pauvres ou des quartiers les plus défavorisés (Tabibzadeh, Rossi-Espagnet et Maxwell 1989 ; WHO 1991).

Les auteurs étudiant la « santé dans les villes » à la fin des années 80 et au début des années 90 fournissent moins un cadre d'analyse qu'ils ne traduisent une sorte de stupeur devant l'ampleur des conséquences de l'urbanisation rapide et la trop longue méconnaissance d'un écart entre la réalité sanitaire et la perception de cette réalité par les intervenants. Ils insistent sur la nécessité de corriger la fausse impression que la pauvreté est surtout un problème rural, de lutter contre l'*a priori* que les infrastructures sanitaires sont suffisamment nombreuses en ville et que les services sont utilisés par tous, de réviser à la baisse les espoirs mis dans les programmes de développement rural comme frein à la migration vers les villes et de sortir des projets limités, même réussis, pour viser une couverture globale de la population, c'est-à-dire d'agir enfin « à une échelle adéquate » pour exercer une influence sur les problèmes décrits (WHO 1991, p. 187).

La recherche des années suivantes s'est focalisée d'une part sur la documentation de l'ampleur du phénomène de la « santé dans les villes », le manque d'information sur la nature, la fréquence et la distribution des problèmes de santé ayant été identifié comme une lacune à combler, et d'autre part sur la recherche-action concernant les services de santé ou des solutions qui se voulaient plus globales comme l'approche lutte contre les taudis (« *slum improvement approach* ») (Harpham et Stephens 1992 ; Harpham 1996).

Mais même lorsqu'ils se disent en recherche d'un « nouveau paradigme », ces auteurs en reviennent le plus souvent à la notion d'équité et de la santé pour tous<sup>16</sup> et à la stratégie des soins de santé primaires<sup>17</sup>, en insistant sur les difficultés de la participation communautaire et sur l'absolue nécessité de l'action intersectorielle en ville (Rossi-Espagnet et Maxwell 1989 ; WHO 1991 ; Barten et Van Naerssen 1995). Malgré leur richesse descriptive, les études de cas donnant lieu à un effort de conceptualisation sont peu contributives ou renvoient à la notion de « centres de référence » de l'OMS (Atkinson et Merkle 1993), que nous étudions ci-dessous.

16. « Health for all is primarily a call for social justice which is best expressed through the concept of "equity". Equity could be said to mean that the essential must be available to all, but more must be available to those in need and in proportion to that need and the level of risk » (WHO 1991, p. 204).

17. « [It is necessary] to advocate a fundamental shift in health care priorities and strategies in the cities, from simply trying to do more of the same to applying primary health care principles » (WHO 1991, p. 187).

Et lorsque est évoquée la structure de base qui pourrait prendre en charge cette réorientation des priorités et des stratégies, les auteurs ne proposent rien de particulier (Tabibzadeh et Liisberg 1997), si ce n'est la décentralisation au niveau local et communautaire, comme le fait le document de politique urbaine de la coopération suisse (SDC 1995) ; ou bien ils renvoient sans plus au district sanitaire (OMS 1991, p. 234) et se contentent de la définition du Comité pour le programme mondial de l'OMS (WHO 1991 ; Rossi-Espagnet et Maxwell 1989, pp. 47-48). C'est à la même conclusion qu'arrivent diverses contributions au remarquable ouvrage *Urban Health in Developing Countries. Progress and Prospects* (Harpham et Tanner 1995), où est notamment résumé l'état des réflexions et des expériences de l'OMS, de l'UNICEF, de la GTZ, de la Coopération suisse, de l'USAID et de diverses ONG en « santé urbaine ». Au-delà du patchwork conceptuel caractérisant certaines approches, telles celles de l'UNICEF (Padmini 1995) ou de l'USAID (Fluty et Lissfelt 1995), où une politique cohérente se dégage à grand-peine d'une multitude d'initiatives et de programmes dispersés, les éditeurs croient pouvoir retenir parmi leurs conclusions, en renvoyant à la synthèse de Lorenz et Garner (1995) :

« It is evident that a decentralized management of the health system based on the health district concept is feasible and preferable in urban settings, as it allows health plans to be tailored to the needs of particular areas within a large city. In addition, the planners and decision makers are closer to their communities which again would allow them to take into account more effectively the populations perceptions and expectations. This, in turn, is a basis for the democratization of the public services » (Tanner et Harpham 1995).

Mais tous ces chercheurs convergeant dans leur démarche vers le district sanitaire urbain supposent le problème résolu avant de l'avoir posé, c'est-à-dire sans s'attacher à analyser les éventuelles modifications que le contexte de la ville conduit à apporter à la conception des districts sanitaires.

Les deux seuls nouveaux concepts avancés dans le débat sont ceux de développement de la santé de proximité (« *neighbourhood health development* ») et de « centres de santé de référence ». Dans le cas du premier concept, il semble bien qu'on aboutisse à un raisonnement circulaire :

« The neighbourhood health development system can be seen as the approach by which district health development, in the context of primary health care, is applied to urban area. The variety and continuous proliferation of this approach speaks for the appeal, the perceived feasibility and the confidence which the multisectoral approach for health development appears to command » (WHO 1991, p. 238).

Autrement dit, le district définit le nouveau concept, qui sert à mettre en œuvre le district...

Quant à l'idée de « centres de santé de référence », elle surgit de l'expérience de quelques villes, comme Cali (Colombie), Djakarta (Indonésie), Manille (Philippines), Karachi (Pakistan), Sao Paulo (Brésil) et Mexico, où ces centres ont été appelés « unités de santé intermédiaires » (« *intermediate health units* »), « unité avancées » (« *advanced units* ») ou « unités filtres » (« *filter units* ») (WHO 1991, p. 235). Mais les raisons et le contexte de la création de ces unités sont peu explicités, si ce n'est la nécessité de « désengorger les hôpitaux ».

Un groupe de travail de l'OMS reprend l'idée et introduit officiellement le terme de « centres de santé de référence » (OMS 1992b). Le constat de départ est le suivant :

« Les postes sanitaires et les centres de santé sont certes utiles car ils assurent des soins de santé primaires. Leur capacité et leurs services sont cependant limités, ainsi que les techniques dont ils disposent. De manière générale, ils ne fonctionnent qu'aux heures officielles de travail et n'ont pas de services adaptés pour satisfaire les besoins locaux et les exigences croissantes d'une population locale mieux informée, ni suivre les progrès réalisés dans le domaine de la technologie sanitaire de base. Par ailleurs, les services de consultations internes et externes ainsi que les urgences des hôpitaux de premier recours ou de district sont souvent surchargés de patients atteints d'affections et de maladies mineures. Les relations mutuelles, les mécanismes de transfert des malades et d'assistance existant entre ces établissements sont souvent très insuffisants, si tant est qu'il y en ait, et ce sont souvent des activités communes mal définies qui appréhendent de manière globale les besoins de la communauté en matière de santé » (OMS 1992b, p. 3).

D'autre part,

« les centres de santé [urbains] ne peuvent pas exiger des habitants qu'ils les utilisent comme établissements de premier recours, au lieu de se rendre directement dans les hôpitaux. Ils peuvent, comme en témoigne la réussite des centres de santé de référence de Cali et de Manille, se faire accepter par la communauté locale et se l'attacher en restant ouverts tard, en offrant un large éventail de services et en améliorant la qualité des soins » (*Ibidem*, p 30).

Sans remettre en cause le district sanitaire, les auteurs estiment :

« (...) pour des raisons techniques, épidémiologiques et environnementales, de même que pour la prestation efficace des services, la plupart

des districts de santé requièrent un point de référence plus local. C'est la raison pour laquelle il faut renforcer et améliorer les centres de santé ou en établir au moins un, faisant office de centre de santé de référence, pour chacun des districts regroupant une population assez importante [nous soulignons]. Les centres de référence (...) devraient offrir des soins de santé généraux complets, laissant aux hôpitaux le soin de traiter les cas qui leur ont été adressés ou qui sont d'une nature plus complexes. [Ils] devraient mener toute une série d'activités de promotion, de protection, de prévention, de diagnostic, de soins et de réadaptation, notamment des soins maternels, pour des patients ne nécessitant que des hospitalisations inférieures à 24 heures. Ils devraient pouvoir compter sur le soutien des hôpitaux de premier recours, aider et superviser les dispensaires et les autres centres de santé » (*Ibidem*).

Chargés aussi de l'action sociale, de l'hygiène et de la santé communautaire, mais n'offrant qu'une « chirurgie de jour » (*Ibidem*, p. 22), ces centres de référence ne seraient rien moins que les « modules techniques et opérationnels des systèmes de santé de district en zone urbaine » (*Ibidem*, p. 3) et pourraient « décongestionner les départements des urgences des hôpitaux » (*Ibidem*, p. 29).

Comme le reconnaissent les auteurs eux-mêmes, « les centres de santé de référence représentent donc un dosage important des rôles et des fonctions des hôpitaux et des centres de santé locaux » (*Ibidem*, p. 31). Lorenz et Garner (1995) sont plus catégoriques :

« Although WHO claims these centres are not district hospitals [Ashton 1993], the debate reflects the confusion over terminology rather than function outlined earlier. Reference centres clearly fulfil the role of tier two facilities, take inpatients and are responsible for community health in a defined geographic area (...). What is important about WHO's reaffirmation of the district health service approach is that it reminds planners that hospitals should have a geographically defined catchment population to whom they have responsibility with respect to managing primary health services ».

On peut en effet s'interroger sur la pertinence de telles structures sanitaires, et se demander à la fois s'il ne vaudrait pas mieux faire fonctionner d'abord convenablement les centres de santé et les hôpitaux existants, et en quoi la création d'un échelon intermédiaire de soins, empruntant à la fois au district, à l'hôpital de district et aux centres de santé, ne risque pas d'affaiblir, au lieu de renforcer, les centres de santé comme les hôpitaux. Ne se trouve-t-on pas devant une fuite en avant, encouragée par la complexité des problèmes en ville ?

LE DISTRICT SANITAIRE

Un éditorial très critique du *Lancet* n'a pas hésité à évoquer le risque d'éléphants blancs (Éditorial 1993). Il semble en effet que les hypothèses à la base de la proposition de « centres de santé de référence » n'aient pas été suffisamment testées et rendent celle-ci prématurée :

– l'encombrement apparent des hôpitaux ne signifie pas forcément surutilisation ou surcharge en termes de taux d'occupation, mais peut-être plus simplement mauvaise gestion ;

– si, dans certaines situations, les centres de santé restent focalisés sur les soins maternels et infantiles, l'alternative peut être alors d'organiser des services de soins de santé primaires dans les hôpitaux ;

– en ville, il n'est pas dit que le coût moyen des soins, à pathologie égale, soit fort différent dans un centre de santé ou à l'hôpital ; un centre de santé de référence fonctionnant 24 heures sur 24 pourrait même, si le débit des patients est faible, s'avérer plus coûteux en termes de frais récurrents ;

– peu de pays peuvent se permettre d'augmenter leur budget de fonctionnement ; or, ces centres de santé de référence vont nécessiter des équipes de personnel, des approvisionnements en médicaments, et une aide à la gestion. La source de financement ne pourrait venir que de coupes dans le budget actuel des hôpitaux, ce qui n'est pas explicite dans la démarche.

Et l'éditorial du *Lancet* de conclure :

« Although the reference centre initiative is an important stimulus for planners to evaluate their existing services, there may well be better uses for scarce resources. Capital investment is rarely a solution to complex problems, and the recurrent cost implications may be detrimental to health ministries that are already over-committed. Building a new tier in the health system is a simplistic solution to the broader problems of management and resource allocation : countries should not follow the global call blindly » (*Ibidem*).

Lorenz et Garner (1995) illustrent la justesse de cette mise en garde avec le cas concret de la ville de Maseru, analysé par Pepperall et Garner (1992) ainsi que par Holdsworth *et al.* (1994), qui concluent que l'important n'est pas tant la création d'un nouvel échelon de soins que la meilleure gestion de ce qui existe déjà.

On ne peut clore cette section sans signaler l'initiative de l'OMS des « Villes en santé » (*Healthy Cities Project*). Partie du Bureau régional pour l'Europe au milieu des années 80, cette initiative s'étend maintenant à plusieurs centaines de villes du vieux continent mais se présente aussi comme piste de réflexion et d'action aux villes des pays en développement (OMS – Bureau régional pour l'Europe 1986, 1995 ; WHO 1995a, 1995b, 1996 ; Goldstein *et al.* 1995). En réalité, toute la littérature sur le

sujet peut se résumer à deux axes : faire des responsables municipaux les fédérateurs d'une action intersectorielle multiforme et mobilisatrice au service de l'amélioration des conditions de vie dans les villes, et démedicaliser - voire déprofessionnaliser - l'approche des problèmes de santé en ville. Selon les mots - ou les désirs - de Tsouros (1996) : « The Healthy Cities project has brought Health for All to the cities and streets of Europe through a non-health-services door. Making health every sector's business is probably the most significant achievement of this project ». Une place est bien réservée à la « réorientation des services de santé » dans les objectifs des « villes en santé », mais sans proposition spécifique. Il est difficile de dire, à l'heure actuelle, dans quelle mesure ces bonnes intentions, filles de la « santé dans les villes » et de la « promotion de la santé » (WHO 1986), ont déjà débouché sur des réalisations qui dépassent les chantiers ponctuels ou les actes symboliques, la création de réseaux internationaux de « villes en santé », et finalement la simple rhétorique.

Il faut bien conclure que, jusqu'ici, l'apport de la réflexion sur la santé dans les villes est extrêmement limité en ce qui concerne les possibilités de structuration d'un espace sanitaire urbain maîtrisable et a fortiori la notion de district sanitaire urbain.

### La réforme du secteur de la santé et la décentralisation

La décentralisation figure déjà comme dimension essentielle de l'approche des soins de santé primaires. Mills, Vaughan, Smith et Tabibzadeh (1991) présentent les quatre types de « décentralisation » que l'on peut rencontrer dans les services publics :

- la décentralisation géographique ou la déconcentration : c'est le transfert partiel de l'autorité administrative aux instances locales d'un ministère central. Dans le domaine de la santé, ce sera par exemple les « préfectures sanitaires ». La déconcentration n'implique pas le transfert de compétences politiques (le pouvoir, et notamment le pouvoir disciplinaire sur le personnel) ou financières (le budget, et notamment la gestion autonome des recettes et des dépenses). C'est la forme la moins poussée et la plus fréquente de décentralisation. On décentralise l'exécution et la gestion des tâches, dans un cadre financier défini et contrôlé d'en haut, et sous une stricte hiérarchie de l'autorité ;
- la décentralisation fonctionnelle ou la dévolution : c'est la création de niveaux infranationaux de décision, au statut juridique précis, avec une autonomie d'action, une part réelle d'autorité sur le personnel, la possibilité de se procurer des recettes et d'engager des dépenses. C'est une vraie

délégation de pouvoir. Peu de pays en développement ont tenté cette expérience, qui suppose l'existence de cadres locaux compétents et d'un pouvoir central suffisamment sûr de lui pour... se décentraliser ;

- la délégation : c'est le transfert de responsabilités gestionnaires, pour des fonctions bien définies, à des organismes, souvent appelés « para-étatiques », qui fonctionnent en marge de la structure administrative, avec une certaine autonomie. L'exemple type dans le domaine de la santé est celui des hôpitaux universitaires ou des centrales nationales d'achat des médicaments ;
- la privatisation : c'est le transfert de fonctions administratives à des organismes bénévoles ou des entreprises privées, à but lucratif ou non.

Il est clair que seule la dévolution peut correspondre à la décentralisation nécessaire au fonctionnement autonome des districts sanitaires, lorsque ceux-ci restent conçus - comme c'est le cas la plupart du temps - comme partie intégrante des services publics.

Partant de tout autres prémisses, la Banque mondiale prône elle aussi la décentralisation, et c'est à son approche que nous allons nous intéresser maintenant. Au cours des années 80, en effet, le rôle de la Banque mondiale dans le domaine de la santé a pris une importance croissante. Nous limiterons le sujet à sa position vis-à-vis de la décentralisation et des districts sanitaires.

L'approfondissement de la réflexion de la Banque mondiale en ce qui concerne la santé remonte à la proposition, en 1987, d'un ensemble de réformes pour le financement et le fonctionnement des services de santé dans les pays en développement (Akin et al. 1987), précisées et développées officiellement dans le Rapport sur le développement dans le monde de 1993 (Banque mondiale 1993), vulgarisées, en ce qui concerne l'Afrique, dans Better Health in Africa: Experience and lessons learned (Banque mondiale 1994), et traduite en stratégie sectorielle en 1997 (Banque mondiale 1997).

Pour la Banque mondiale, le secteur de la santé dans les pays en développement est confronté à trois problèmes (Akin et al. 1987) :

efficace  
alloca-tive

- une mauvaise allocation des ressources, c'est-à-dire un mauvais choix des extrants, ou encore des dépenses insuffisantes en activités coûteuses : mauvais choix des interventions à financer, des domaines d'activité à privilégier, des objectifs à atteindre. Ces choix inappropriés résultent en un manque d'efficience d'allocation (allocative efficiency) ;
- une faible productivité, c'est-à-dire des résultats trop faibles par rapport aux ressources dépensées, un rapport extrants/intrants trop faible, ou une balance inappropriée des inputs. Il y a un manque d'efficience technique (technical efficiency). Même dans la production de soins curatifs de routine, le système est inefficace : les extrants sont faibles par rapport aux intrants ;

- une inéquité dans la distribution des services de santé, résultant de deux facteurs : les villes sont favorisées (« biais urbain »), ainsi que les couches sociales à haut revenu. Ces dernières peuvent mieux « négocier » avec le système : non seulement elles peuvent payer, de manière officielle ou non, mais elles ont les moyens de pression et les relations utiles pour faire valoir leur point de vue.

Les causes de cette situation sont le sous-financement des services de santé et la mauvaise balance des intrants dans le domaine de la santé. *Produire*

Le sous-financement résulte de la crise économique internationale (dont l'endettement n'est qu'une composante), de l'insuffisance de l'aide extérieure, et de l'absence de priorité donnée à la santé dans les choix politiques. Quant à la mauvaise balance des intrants, elle consiste en un excès d'infrastructures par rapport aux capacités opérationnelles et en un excès de personnel par rapport aux ressources. En particulier, pour des raisons politiques, l'intrant « travail » (le personnel) est favorisé au détriment des autres intrants (médicaments, équipement, carburant, maintenance, etc.). Le service public de santé devient ainsi une simple agence d'emploi pour médecins et infirmiers, dans une structure sous-financée, sous-équipée, incapable de produire un rendement significatif. Dans les cas extrêmes, les patients peuvent même n'avoir plus beaucoup de raisons d'aller au centre de santé ou à l'hôpital parce qu'il n'y a plus de service du tout. Mais le personnel est (plus ou moins) présent et (plus ou moins bien) payé.

*Administratif*  
La racine de ces deux problèmes, pour la Banque, est à rechercher dans un troisième, plus fondamental : les systèmes de santé des pays en développement sont conçus comme des services publics, alors qu'ils n'en ont ni les moyens ni la vocation. Voulant tout faire, ils font tout mal. L'impasse réside donc dans la volonté des États de prendre en charge la totalité des coûts des soins de santé (que ces soins soient des biens privés, des externalités ou des biens collectifs), pour chaque habitant (quels que soient ses moyens de payer les soins), à partir des seules dépenses publiques (quelles que soient les limites des recettes de l'État et les potentialités du secteur privé)<sup>18</sup>.

Les solutions envisageables se réduisent à deux. L'accroissement des dépenses publiques est théoriquement possible mais fort improbable dans le contexte actuel. Il ne reste donc que la voie d'une réduction et d'une réorientation des dépenses de l'État dans le domaine de la santé : l'État doit laisser au secteur privé la prestation des « biens privés » que sont les soins curatifs, pour lesquels le marché peut servir de moyen efficace de

<sup>18</sup>. Cette vue des choses sera réaffirmée avec netteté dans le *Rapport sur le développement dans le monde* de 1993 : « En ce qui concerne les services cliniques, les gouvernements ont généralement eu le tort de vouloir tout offrir à tout le monde, sans établir de distinction entre les soins selon qu'ils sont plus ou moins essentiels, ni entre les malades selon qu'ils sont plus ou moins nécessiteux » (Banque mondiale 1993, p. 68).

transaction ; il doit subventionner les prestations ou les services comportant une part d'externalités, comme les vaccinations, pour lesquels le marché ne représente pas une solution optimale, et il ne doit fournir directement que les services consistant en des « biens collectifs », comme l'assainissement du milieu, par exemple, où le marché est inefficace.

L'approche repose entièrement, comme on le voit, sur une rationalité économique libérale. Le postulat de base de la Banque, pour recommander la privatisation, est que les individus sont généralement disposés à payer pour la prestation directe des soins, largement curatifs. L'État peut par conséquent se retirer de la prestation directe des services, dans la mesure où le marché peut le remplacer<sup>19</sup>. Cette réduction des dépenses de l'État, surtout en ce qui concerne les soins curatifs, permettrait de dépenser davantage pour les biens collectifs<sup>20</sup>, et d'améliorer les services curatifs et les services de référence pour les plus démunis. Une consommation minimale de services (*merit goods*) doit en effet pouvoir couvrir les besoins essentiels pour assurer une productivité minimale des masses pauvres<sup>21</sup>.

<sup>19</sup>. Pour le *Rapport sur le développement dans le monde* de 1993, trois raisons justifient le maintien d'une intervention de l'État dans le domaine de la santé (Banque mondiale 1993, chapitre 3). Toutes trois ont trait au fait que l'État peut faire mieux, dans ces domaines, que le marché : la lutte contre la pauvreté, le problème des biens collectifs et des externalités, et l'inefficacité partielle du marché dans le domaine de la santé, à corriger essentiellement par des mesures d'information du consommateur et d'organisation du marché de l'assurance.

<sup>20</sup>. Cette recommandation prend la forme, dans le *Rapport sur le développement dans le monde* de 1993, d'un « paquet de santé publique » comportant le Programme élargi de vaccinations (PEV), éventuellement étendu et complété par l'administration d'iode ou de vitamine A là où c'est nécessaire ; le traitement de masse des parasitoses intestinales là où la prévalence le justifie ; le dépistage de masse là où les critères de validation sont remplis ; la lutte contre la malnutrition ; les mesures visant la fertilité (espacement des naissances, accès à la contraception, avortement dans de bonnes conditions, etc.) ; la lutte contre la consommation de tabac, de drogues, d'alcool ; des mesures concernant l'environnement (le logement, l'assainissement et l'accès à l'eau, la pollution intérieure, l'environnement industriel, la pollution de l'eau, la pollution de l'air, la sécurité routière, etc.) ; et enfin la prévention du sida.

<sup>21</sup>. Cette recommandation prend la forme, dans le *Rapport sur le développement dans le monde* de 1993, de « services cliniques essentiels pour les pauvres ». Cinq interventions sont susceptibles d'être importantes partout parce qu'elles concernent les pauvres partout et que chacune d'elles est très efficace : les soins prénatals et les soins obstétricaux ; la planification familiale ; le traitement intégré de l'enfant malade ; le traitement de la tuberculose ; et le traitement des cas de sida et de maladies sexuellement transmissibles. D'autres interventions sont commandées par le « réalisme » : le traitement des infections et des traumatismes mineurs ; le soulagement de la douleur ; les cas chirurgicaux courants (fractures, appendicectomies). Si les moyens et la volonté politique existent, on peut aller plus loin : prise en charge du diabète, des cas de psychopathologie, de l'hypertension, des maladies cardiovasculaires, des hernies, de la méningite chez les enfants, de l'ulcère gastrique, de la cataracte... Sont toutefois à exclure le traitement des cancers, la chirurgie cardiaque, le traitement complexe du sida, les soins intensifs aux prématurés. L'État doit veiller à ce que les intrants nécessaires soient fournis et que ne soient pas fournis les intrants correspondant à des services extérieurs au paquet minimum national ainsi défini.

Les propositions de 1987, reprises en 1993, supposent quatre réformes intimement liées entre elles dans leur conception, leurs effets et leur synergie possible. Il s'agit du paiement des soins par les usagers, y compris dans les services publics ; de l'introduction ou de la généralisation de systèmes, publics ou privés, d'assurance maladie ; du recours aux ressources non gouvernementales (en clair, de l'encouragement du secteur privé) ; et de la décentralisation effective du système de santé. <sup>publiques</sup>

Ces quatre réformes sont censées à la fois accroître l'efficacité d'allocation, l'efficacité technique et l'équité, et donc venir à bout des trois problèmes identifiés au départ (Tableau 2).

Mesure	Effet sur l'efficacité d'allocation	Effet sur l'efficacité technique	Effet sur l'équité
Conserver le système actuel	0	0	0
Instaurer le paiement des soins	+	+	+
Idem + utiliser les ressources publiques ainsi libérées pour étendre les services coût-efficaces	+	0	+
Idem + utiliser les ressources nouvelles pour financer les coûts non salariaux	0	+	+
Idem + recourir à un système de paiement différentiel protégeant les pauvres et réduisant les subventions existantes en faveur des riches	0	0	+
Fournir une couverture des risques (assurance, sécurité sociale)	+	0	+
Recourir aux ressources non gouvernementales de manière efficace	+	+	+
Décentraliser les services publics de santé	+	+	+

Tableau 2. Les effets attendus des réformes des systèmes de santé proposées par la Banque mondiale (Akin *et al.* 1987, p. 7).

Cela relève une fois pour toutes du secteur privé. Enfin, pour ne pas rouvrir à tous des services de base accessibles gratuitement ou à faible prix, ce qui ne ferait que retomber dans la situation des services publics de jadis, il faut « cibler les pauvres », ce qui nécessite une manière ou une autre de les identifier.

22. Le *Rapport sur le développement dans le monde* de 1993 replace ces mesures dans un contexte plus vaste où est aussi soulignée la nécessité de la croissance économique (donnant aux ménages les revenus nécessaires pour subvenir à leurs besoins de santé), de l'éducation en général et de celle des filles en particulier, et de la promotion de la femme.

La décentralisation des services publics de santé – nous y venons – signifie « accorder aux unités locales du système une autonomie plus grande dans les finances et la gestion » (Akin *et al.* 1987, p. 44). Bien qu'elle soit ainsi présentée comme une mesure de portée très générale, la décentralisation « est avant tout appropriée quand des formations sanitaires [publiques] dispersées offrent directement des services à leurs clients et ont institué le paiement des médicaments et des soins curatifs. Elle a vraisemblablement moins de sens pour des biens collectifs financés par l'impôt, comme les vaccinations et les maladies à transmission vectorielle » (*Ibidem*). En fait, pour l'*Agenda for Reform*, la décentralisation est essentiellement justifiée par le recouvrement des coûts. Il s'agit de retenir et d'utiliser les recettes du paiement des soins le plus près possible de l'endroit où elles sont collectées.

Les objectifs de cette décentralisation sont ainsi de minimiser les coûts administratifs, d'inciter à la collecte de ces ressources, de responsabiliser le personnel local, de s'assurer que les dépenses correspondent aux besoins locaux, et d'augmenter les capacités de gestion en périphérie.

Les modalités de cette décentralisation ne sont pas décrites dans les propositions de 1987. Le *Rapport sur le développement dans le monde* de 1993 précise au passage que « le district sanitaire » peut représenter un bon moyen de décentralisation :

« Pour assurer la bonne marche de ces services essentiels, il faut un système de santé qui fonctionne bien au niveau du district, avec un réseau de postes et de centres de santé comme premiers points de contact avec les patients et des hôpitaux de district comme établissements de recours, le tout relié par des moyens de transport d'urgence » (Banque mondiale 1993, p. 118).

On voit combien la nécessité de la décentralisation, pour la Banque mondiale, s'ancre dans une logique assez différente de celle des soins de santé primaires, qui en faisaient eux aussi une nécessité. En fait, quand elle n'ignore pas le concept de district sanitaire, la Banque l'instrumentalise au service de la décentralisation et de la nouvelle politique de prestation des services. L'apparent « ralliement » de la Banque à la notion de district sanitaire peut ainsi faire illusion. Il ne s'agit plus du tout de baser l'organisation du système de santé sur une unité fonctionnelle de base assurant la prise en charge globale des problèmes de santé d'une population donnée, depuis la planification jusqu'à l'évaluation, en passant par la prestation des services. Il s'agit encore moins de poursuivre les objectifs d'une politique de santé qui – au-delà des aspects organisationnels – font la raison d'être du district, à savoir l'achèvement de la couverture sanitaire et la qualité des soins, mesurée à leur efficacité et leur efficacité, certes,

mais aussi à leur équité, à leur globalité, à leur intégration, à leur continuité, et à leur insertion dans un dialogue avec la population. Il s'agit de cantonner le district dans l'organisation locale des « paquets » d'activités sanitaires relevant du secteur public. Il s'agit de gérer localement les fonctions « allégées » de l'État minimal imposé par l'ajustement structurel. La notion de district sanitaire ressort aussi amaigrie (et défigurée) du régime imposé par la Banque mondiale que l'État « ajusté » ressort du régime encouragé par le Fonds monétaire international (Collins 1989). L'ouvrage *Better Health in Africa (Pour une meilleure santé en Afrique)*, qui insiste davantage sur le rôle du district, arrive à grand peine à sortir de ces ambiguïtés.

Et la critique de certains (Gilson *et al.* 1994) conserve sa pertinence :

« Le lien entre paiement des soins, décentralisation, capacité institutionnelle et mobilisation des ressources (...) est une énigme, une histoire circulaire de poule et d'œuf (...). Il est peu vraisemblable que la décentralisation, sous quelque forme que ce soit, entraîne des avantages pour le management si elle ne reçoit aucun support financier et politique ».

## Conclusion

Après une période assez féconde de conception et d'élaboration théorique, la réflexion sur la politique des districts sanitaires s'est enlisée. La conception du district sanitaire comme modèle d'organisation des systèmes de santé au service des soins de santé primaires a cédé la place à une définition normative du district. Tout se passe comme si l'on savait toujours ce que doit être un district de santé, que plus aucune recherche n'est nécessaire, qu'il suffit d'appliquer les leçons apprises, que la voie à suivre par les équipes chargées de mettre en place les districts sanitaires peut être balisée avec minutie et que, par suite, leur marge de manœuvre doit être la plus étroite possible. Toute réflexion éteinte, l'accent est donc mis sur la mise en œuvre des districts sanitaires. Il ne s'agirait plus en somme, aujourd'hui, que du « défi de la mise en œuvre » (OMS 1988). Les problèmes généraux de gestion – bien réels – ou les affres du « découpage de la carte sanitaire » – bien utile pour tracer les limites géographiques de zones de responsabilité – occupent le devant de la scène et remplissent les séminaires (GTZ 1996). Il n'est pas sûr, pourtant, que tout soit clair quant aux critères de fonctionnalité à considérer, à moins de clore le débat à l'aide de checklists plutôt administratives, inventoriant des normes concernant les infrastructures, le personnel, le

parc automobile, les activités, les comités de santé, le recouvrement des coûts et les institutions. Enfin, sauf dans l'approche – contestable – des « centres de santé de référence », aucune différence n'est faite entre le district urbain et le district rural.

A en croire certains de ses partisans, en effet, le district sanitaire, ça va de soi, c'est facile et ça marche même en ville<sup>23</sup>. Nous n'en sommes pas aussi sûr.

Dans un contexte où les soins de santé primaires ne sont plus tout à fait à la mode (Singleton 1991) et ont cédé la vedette à la réforme du secteur de la santé, et alors même que les expériences réussies de districts sanitaires sont rares, et quasi inexistantes en ville, il est en effet frappant de constater combien l'approche initiale, somme toute très pragmatique, contraste avec le discours habituellement tenu aujourd'hui dans la plupart des instances préconisant une « politique de districts » ou au contraire s'y opposant, qu'il s'agisse de ministères de la Santé, d'ONG ou de bailleurs de fonds. Les uns et les autres semblent se référer à une véritable doctrine, à un modèle rigidifié et caricatural de l'organisation des systèmes de santé, alors qu'il est avant tout question d'une recherche de cohérence et d'une réponse à des problèmes concrets de mise en place d'une politique de santé ambitieuse. Ce qui aboutit parfois à des équilibres difficiles entre certitudes affichées et interrogations légitimes, comme dans ce document d'un important partenaire de la coopération bilatérale :

« Le district sanitaire est l'unité opérationnelle la mieux adaptée à la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires conformément aux résolutions de la Conférence d'Alma-Ata [phrase mise en évidence dans un cartouche et immédiatement suivie du paragraphe repris ci-après]. La question de savoir jusqu'à quel niveau une telle décentralisation doit être opérée ne fait pas encore l'objet d'un consensus à l'heure actuelle. La plupart des pays considèrent le niveau du district comme l'unité opérationnelle responsable; cependant, les expériences concrètes recueillies jusqu'ici ne permettent pas d'établir si cette unité n'est pas elle aussi encore trop grande et si le niveau du sous-district ne devrait pas, le cas échéant, assumer une grande partie de ces responsabilités » (GTZ 1994).

L'avant-propos du même ouvrage, signé de R. Korte, précisait à bon escient :

« La conception d'un système de santé de district ne peut jamais être considérée comme achevée. Cette conception doit, en effet, être sans

23. Et à en croire ses adversaires, le district sanitaire, ça ne marche jamais. Mais tout ce travail vise à éviter le simplisme de tels diagnostics précipités.