

BILAN DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

J-L. DUPONCHEL

Med Trop 2004 ; 64 : 533-538

RÉSUMÉ • Le concept des soins de santé primaires a été énoncé à l'issue de la conférence internationale qui s'est tenue à Alma-Ata (URSS) du 6 au 12 septembre 1978. Le terme de soins de santé primaires a été largement repris par les différents États, notamment par les pays dénommés alors comme étant en développement, pour mettre en œuvre leurs politiques de santé au cours du quart de siècle écoulé. Cependant, les actions conduites au nom des soins de santé primaires ne respectaient souvent que très partiellement l'esprit du cadre de référence défini à Alma-Ata. La description de l'évolution du système de santé au Mali montre que ce pays n'a pas échappé à cette règle. On peut regretter l'énergie et les années perdues à mettre en œuvre la stratégie des agents de santé villageois mais cette étape était peut être nécessaire dans la maturation politique de l'État de l'époque. Les transformations récentes de l'organisation sanitaire dans ce pays, en accord avec les principes fondamentaux des soins de santé primaires, montrent que le modèle défini en 1978 est robuste et reste d'autant plus pertinent que la démocratie gagne du terrain.

MOTS-CLÉS • Soins de Santé Primaires - Politiques de santé - Diversification de l'offre de soins - Mali.

RESULTS OF PRIMARY HEALTHCARE

ABSTRACT • The concept of primary healthcare was formulated at the international conference held in Alma-Ata (USSR) on September 6 to 12, 1978. Over the past quarter-century, the term "primary healthcare" has been widely used as a basis for implementing healthcare policies in various nations, especially those considered as developing countries. However many programs initiated in the name of the primary healthcare concept have only partially complied with the spirit of the final declaration of Alma-Ata. Analysis of the healthcare in Mali shows that the system followed that evolution. Although considerable time and energy were regrettably wasted in implementing the village health agent strategy, this phase may have been a necessary step in the political development of the state at that time. Recent changes in the country's healthcare system in compliance with the original principles of primary healthcare show that the 1978 declaration is sound and remains pertinent as democracy makes further gains in the world.

KEY WORDS • Primary health care – Healthcare policies – Diversification of healthcare services – Mali.

Le 12 septembre 1978, à l'issue de la conférence internationale conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur les soins de santé primaires qui s'est déroulée à Alma-Ata (URSS), la déclaration officielle (1) précise dans le point VI ce que sont les soins de santé primaires (SSP) : « Les soins de santé primaires sont des soins de santé 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 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 ».

Le fameux slogan « La Santé pour Tous d'ici l'an 2000 », attaché au concept des SSP, trouve son origine dans deux points de cette fameuse déclaration¹. Dresser le bilan des SSP pourrait se limiter à savoir si ce but est atteint. Or, en 2004, nous sommes encore loin de cet objectif considéré par de nombreux observateurs, dès 1978, comme illusoire, voire utopique.

Cependant, l'image réductrice d'un slogan ne peut faire oublier ce que furent en leur temps la publication de cette stratégie, ni les conséquences directes ou indirectes de cette proclamation. Nous abordons donc successivement la genèse des SSP, dans le contexte politique de l'époque, les empoignades idéologiques que cela suscita et les déclinaires politiques qui en découlèrent. Nous illustrons notre propos par la mise en œuvre de la stratégie des SSP au Mali en relation avec les évolutions du système de santé de ce pays.

• Travail de J-L.D., Médecin Inspecteur de Santé Publique, DDASS d'Indre et Loire, Tours, France.

• Correspondance: J-L. DUPONCHEL, DDASS d'Indre et Loire, 38, rue Edouard Vaillant, 37042 Tours Cedex • Fax : 02 47 60 48 46 •

• Courriel : jean-luc.duponchel@sante.gouv.fr •

• Article sollicité.

¹ Point V : « (...) L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale toute entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. (...) ».
Point X : « L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. (...) ».

GENÈSE DES SSP

A l'époque des indépendances, dans les pays alors désignés comme étant en voie de développement, l'organisation sanitaire était centrée sur des hôpitaux et des dispensaires de « brousse », avec parfois la persistance de dispositifs mobiles (« services des Grandes Endémies »). La norme médicale était la norme européenne.

De 1960 au début de la décennie 1970, devant l'étendue des problèmes sanitaires, qui n'étaient que partiellement résolus par les structures sanitaires héritées de la colonisation, les responsables sanitaires ont donné la priorité à la couverture géographique. Les décisions prises à l'époque s'inscrivaient dans un contexte politique d'émergence de nouvelles puissances idéologiques au premier rang de laquelle il convient de citer la Chine. Les expérimentations conduites dans différents pays permettent de forger de nouveaux concepts comme, par exemple, ceux de développement sanitaire et de système de santé intégré.

C'est dans ce contexte que la déclaration d'Alma-Ata a été proclamée. La recherche du consensus, procédure permettant de recueillir le vote positif de l'unanimité² des participants de la conférence, conduira à une déclaration de principes. C'est ainsi que sont définies les 8 composantes³ des SSP et les principes qui sous-tendent la mise en œuvre de leur développement. Parmi ces principes, nous en retiendrons quatre qui sont, la globalité de l'approche et la nécessité d'une action multisectorielle, l'équité, l'utilisation de technologies appropriées pour la santé et la participation communautaire.

Document politique, cadre de travail dans lequel doivent s'inscrire les responsables sanitaires, sans toutefois préciser les modalités de mise en œuvre, la déclaration d'Alma-Ata permettra à chacun d'interpréter les principes et concepts développés au fil des pages. A ce titre, bien qu'il soit inscrit que les SSP comprennent au minimum les 8 composantes dont il est fait mention ci-dessus, il est régulièrement rappelé dans l'argumentaire la nécessité d'une adaptation de ceux-ci avec la culture locale (point 72, p. 66), avec les structures politiques, administratives et sociales locales (point 59 p. 62 ; point 79, p.68) ou d'une mise en œuvre d'un nombre restreint de composantes (point 117 p.82), à condition cependant que dans le temps et/ou dans l'espace la totalité des composantes soit offerte.

Dans les mois et années qui suivent, le concept de SSP (en anglais, PHC pour Primary Health Care) sera utilisé par tous, quel que soit le contenu des actions qui seront mises en

œuvre. Fournier (2) posera la question de savoir s'il s'agit d'une création nouvelle ou d'une nouvelle approche. Walsh et Warren (3) proposeront, dès 1979, les SSP sélectifs, centrés sur la vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques, le traitement du paludisme et la promotion de l'allaitement maternel, composantes ayant un rapport « coût/efficacité » adapté aux pays en développement. Un ger (4) et Grodos (5) ainsi que les tenants d'une approche globale s'opposeront à cette analyse. Banerdji (6) posera la question de savoir si les SSP doivent être sélectifs ou globaux. Taylor et Jolly (7) justifient la position de l'UNICEF⁴ dans l'approche sélective en 1988, soit 10 ans après Alma-Ata. Bref, le label « soins de santé primaires », quel qu'en soit le contenu, sera affiché dans toutes les politiques de santé des pays en voie de développement ou à revenus intermédiaires, selon la terminologie de la Banque Mondiale, à compter de 1978.

En 1987, lors d'une réunion régionale des ministres africains de la santé réunis à Bamako sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF, sera lancé l'Initiative de Bamako (IB). En effet, 10 ans après Alma-Ata, force sera de constater « une dégradation rapide des systèmes de santé dans les pays en voie de développement » (8), pays confrontés à des difficultés économiques majeures (avec pour corollaire un accroissement sans fin de leurs dettes extérieures). Le but de l'IB est « d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de SSP à prix abordable tout en maintenant les coûts, et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publics en améliorant la qualité des prestations et en déléguant le pouvoir décisionnel aux échelons inférieurs ». Les principes qui sous-tendent l'IB sont : la revitalisation et l'extension des services de santé périphériques, l'accessibilité à des médicaments de qualité à des prix abordables, le financement communautaire et le contrôle communautaire (9). Les SSP restent au cœur de la stratégie, les « communautés » étant dorénavant clairement identifiées comme étant parties prenantes de la réussite ou de l'échec de la stratégie proposée, dédouanant ainsi tout ou partie de la responsabilité des Etats. Les questions sur la solidarité (internationale, nationale, communautaire) et sur les principes d'équité feront l'objet de débats passionnés sans toutefois apporter de réponses claires aux multiples interrogations posées.

LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AU MALI

Les agents de santé villageois

Au Mali, en 1978, lors du deuxième séminaire national des professionnels de santé (10) a été affirmée l'application des soins de santé primaire comme socle de la politique de santé. A cette époque, l'Etat avait le monopole de la santé dans le domaine de l'offre moderne de soins. Un des points mis alors en avant, et sur lequel les professionnels de

² Il est mentionné page 23, point 32 du document final de la conférence que celle-ci a adopté en séance plénière le 12 septembre 1978 par acclamation la déclaration d'Alma-Ata et les recommandations sur les SSP.

³ L'éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables ; la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ; un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ; la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ; la vaccination contre les grandes maladies infectieuses ; la prévention et le contrôle des endémies locales ; le traitement des maladies et lésions courantes ; la fourniture de médicaments essentiels.

⁴ En 1982, l'UNICEF lancera son programme GOBI-FF : Growth monitoring and promotion of child growth ; Oral rehydration therapy ; Better feeding and better weaning ; Immunization ; Family planning ; Food supplementation. En 1983, un troisième F sera ajouté : Female education.

santé et les bailleurs de fonds ont « investi », était l'utilisation du travailleur bénévole comme un des exécutants de la politique des SSP. La stratégie des SSP se limitait alors à la formation d'hygiénistes-secouristes (HS) et d'accoucheuses traditionnelles (en fait au recyclage de ces dernières) et éventuellement à la formation d'animatrices nutritionnelles. Les objectifs de ces bénévoles, qui devaient travailler au sein d'équipes villageoises, répondaient à ceux de l'augmentation de la couverture sanitaire (démultiplication de « travailleurs de la santé » dans des villages dépourvus de structures de santé) et à ceux de la participation communautaire (identification de ces travailleurs au sein des villages pour servir leur communauté).

C'est ainsi que dans le pays, notamment dans les zones dans lesquelles intervenaient des partenaires nationaux (comme par exemple, la Compagnie Malienne pour le Développement des Textiles, qui organisait les producteurs de la zone cotonnière) ou extérieurs (Organisations non Gouvernementales notamment) une politique de formations de ces agents villageois de santé a été mise en œuvre. Il convient cependant de différencier la formation des HS de celle des accoucheuses traditionnelles. En effet, la fonction d'accoucheuse traditionnelle existait dans les villages et leur position était socialement reconnue pour accompagner les parturientes au moment de l'accouchement. La dimension technique de cet accompagnement était très secondaire, voire inexistante, et parfois même dangereuse d'un strict point de vue médical (soins du cordon ombilical avec des cataplasmes à base de terre et parfois d'excréments animaux). Leur « formation » portait essentiellement sur l'hygiène autour de l'accouchement notamment les soins élémentaires lors de la section du cordon et lors de la réalisation du pansement ombilical et sur la prise de décision pour évacuer une parturiente dont l'accouchement apparaissait anormal de par sa durée ou par la persistance de saignement en *post partum*. Au terme de cette « formation » les accoucheuses étaient désignées sous le vocable peu flatteur « d'accoucheuses traditionnelles recyclées » (ATR).

L'introduction d'Hygiénistes-Secouristes au sein de villages était beaucoup plus ambiguë, puisque leur mission relevait de la promotion de la santé au sein de la communauté au travers d'action d'hygiène élémentaire, d'hygiène du milieu ou de la délivrance de soins que tout un chacun aurait du être en capacité de connaître. En fait, ces néo agents de santé, connus également sous le vocable d'agents de santé communautaire, ne répondaient pas à l'attente des villages pour lesquels ils étaient formés, incapables de transmettre les messages d'éducation à la santé, donnant des « ordres » sur la façon de puiser l'eau ou d'utiliser des latrines et revendiquant peu ou prou une rémunération que les villageois n'étaient pas prêts à payer (« N'est-il pas fils du village ? »). Si l'objectif était d'accroître la couverture sanitaire, la faiblesse de la formation de ces agents ne permettait pas de l'atteindre. Le marché de dupe de la mise en place de ces agents au sein des villages ne répondait pas à l'objectif de développement de la participation communautaire (les villages participaient symboliquement au coût de la formation puis au renouvellement de la caisse de médicaments de l'HS).

Enfin, si l'objectif était de créer un lien entre communautés et services de santé, l'ambiguïté de la place de l'HS, situé entre un village qui l'a désigné pour remplir cette fonction et un service de santé qui a « incité » cette démarche et qui a formé ces agents, n'est pas le moyen d'y arriver. Pour les services de santé, mandatés pour former les agents de santé villageois, le moyen qu'aurait dû être l'agent de santé communautaire s'est transformé en un objectif annuel de : « Combien d'agents de santé communautaire l'équipe de santé du Cercle⁵ a-t-elle formé ? ». Plus grand était le nombre et mieux était considérée la dite équipe de santé.

Le contexte politique de l'époque, où l'organisation sociale et économique étaient officiellement sous le contrôle du parti unique (l'Union Démocratique du Peuple Malien), ne permettait que peu de degrés de liberté. Les problèmes rencontrés avec la mise en place des HS a conduit quelques rares équipes de santé de Cercle à ne plus former systématiquement des cohortes sans cesse plus nombreuses d'HS mais à travailler en amont avec les Comités de santé villageois. Ces derniers étaient en principe chargés de désigner puis de « contrôler » les équipes d'agents de santé villageois suite à leur formation. Une des alternatives était de ne plus former d'HS mais d'organiser la « formation » sur place, dans le village, pour en transmettre le contenu à un nombre plus élevé d'habitants, sans en distinguer l'un ou l'autre en tant qu'HS, et en les aidant à résoudre de réels problèmes identifiés par eux (notamment les modalités pratiques d'évacuation des urgences dont les urgences obstétricales). Ce travail de formation villageoise puis la tentative d'organisation de ces comités villageois en fédération se sont très rapidement heurtés à la hiérarchie politique du Cercle dans lequel j'ai eu à travailler dans les années 80, le député de l'époque critiquant la stratégie « subversive des SSP ». Il ajoutera lors d'une réunion du Comité de développement du Cercle que les « SSP augmentaient les problèmes de santé puisque dans les villages dans lesquels les ATR étaient formées, il y avait des cas de tétanos néonatal alors que dans les villages non touchés par les SSP cette affection n'existait pas ». Un des indicateurs de suivi et d'évaluation des ATR était effectivement l'enregistrement de toutes les naissances accompagnées par ces femmes (l'enregistrement se faisait parfois sous forme de bâtonnets) ainsi que du nombre de décès de ces nouveau-nés dans les 7 jours, ceux-ci étant par défaut considérés comme des décès par tétanos néo-natal. Un tel enregistrement n'étant pas mis en place dans les villages non concernés par le recyclage des accoucheuses traditionnelles, le problème n'existait donc pas pour le parti unique !

La diversification de l'offre de soins

Jusqu'au milieu des années 80, l'Etat avait le monopole dans le domaine de l'offre de soins. La carte sanitaire de l'époque découlait d'une planification administrative de la pyramide sanitaire, le dispositif sanitaire étant strictement

⁵ Le Cercle est un découpage administratif correspondant dans d'autres pays au département. Le cercle est subdivisé en arrondissements. D'un point de vue sanitaire, le cercle équivaut au district sanitaire, centré sur une structure de référence, le Centre de Santé de Cercle.

calqué sur le découpage administratif : à l'arrondissement correspond le centre de santé d'arrondissement, au cercle, le centre de santé de cercle et à la région, l'hôpital régional. La formation des agents de santé communautaire, telle que mentionnée au point précédent, n'avait en rien modifié l'organisation sanitaire de l'Etat. En 1983, lors de l'introduction de la tarification des actes dans les formations sanitaires publiques, la population était associée, par l'intermédiaire de ses représentants, à la gestion des centres de santé publics (textes réglementaires sur les Conseils de gestion).

En matière de diversification de l'offre de soins, une des premières opportunités pour le Mali, fut, dans le malheur de la sécheresse des années 80, le desserrement de l'étau politique pour faire face à la catastrophe humanitaire. Dans les régions Nord du Mali (régions de Tombouctou et de Gao) puis, de proche en proche, dans des régions plus au Sud, des partenaires extérieurs ont mis en place, parallèlement au réseau de la Pharmacie Populaire du Mali, organe étatique, un réseau de « Magasins Santé ».

Il faut toutefois attendre 1985 pour que des lézardes plus profondes apparaissent dans le système de santé malien : les premières conséquences de la mise en œuvre de la politique d'ajustement structurel furent en effet, dans le secteur sanitaire, l'arrêt du recrutement automatique par la fonction publique de tous les sortants des écoles de formations socio-sanitaires. L'Etat fut alors contraint d'autoriser l'exercice privé des professions de santé.

Dès lors la porte était ouverte à toutes les innovations. La possibilité de tarifier les prestations, l'apparition sur le marché du travail de jeunes professionnels de la santé diplômés, le constat de la non-couverture des besoins de la population par les seules structures de santé étatiques et l'émergence de revendications au sein de la société civile (signes précurseurs de la démocratisation de la vie publique ?) conduiront au développement de l'expérience des premiers centres de santé communautaires.

La première expérience malienne de centre de santé communautaire débute en 1988/1989 dans un quartier périphérique de Bamako avec deux hommes : un technicien de développement communautaire, habitant dans le quartier et ayant des responsabilités politiques locales, et un jeune médecin, fraîchement diplômé. Avec l'appui-conseil de quelques partenaires, ils mobilisent des habitants du quartier afin de constituer la première association de santé communautaire (Asaco). Cette association a reçu une aide financière pour débiter ses actions : location d'un bâtiment dans le quartier, aménagement sommaire de celui-ci pour améliorer la circulation de ce qui deviendra le futur centre de santé et recrutement d'un personnel minimum (sage-femme, infirmier, responsable du dépôt de médicaments, médecin).

Le centre sera inauguré en mars 1989 en présence des responsables du département de la santé. La formule sera reproduite puisque dans les années qui suivirent, deux (1990) puis cinq (1991) autres centres de santé communautaires (Cscm) ouvrirent leurs portes sur le territoire du District de Bamako.

La déclaration de politique sectorielle de santé et de population (11), énoncée en décembre 1990, mentionne clai-

rement que le dispositif sanitaire s'appuie sur le secteur public, privé et communautaire. L'approche dite « populationnelle » modifie également les critères administratifs de planification, du moins pour les formations sanitaires de premier contact : la création de centres de santé « communautaires » est autorisée dans la mesure où le bassin de responsabilité de la formation couvre au moins 5 000 habitants dans un rayon de 15 kilomètres. Enfin, ce document « fondateur » stipule que l'Etat peut apporter sa contribution aux communautés désireuses de réhabiliter ou de créer un centre de santé communautaire, si celles-ci s'engagent à contribuer financièrement et/ou physiquement pour 50 % du coût total des travaux de génie civil. Ainsi, alors qu'aucune réglementation n'existe encore en la matière, l'expérience des premiers Cscm de Bamako est reconnue et retenue comme stratégie en vue d'améliorer l'accessibilité de la population aux structures de santé.

La première définition des Cscm est donnée en octobre 1991 dans un document officiel (12). Elle est la suivante : « Le Cscm est une formation sanitaire à but non lucratif créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée, pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé. Il fonctionne selon les principes d'une gestion autonome à partir des ressources disponibles et mobilisables suivant les directives et sous le contrôle des organes de gestion mis en place par cette population ». A partir de 1990, le modèle de développement du district sanitaire (Cercle au Mali) est basé sur un système à deux échelons : établissement sanitaire de premier contact (centres de santé d'arrondissement et futurs Cscm) et formation sanitaire de référence. Les hôpitaux régionaux et nationaux complètent le dispositif sanitaire. Ainsi est actée la complémentarité du réseau de centres de santé « primaires » et du réseau hospitalier, qui trop longtemps se sont ignorés ou ont été maintenus en opposition du fait d'occultes enjeux de pouvoir.

En avril 1994, un arrêté interministériel (Santé, Administration Territoriale, Finances) est publié (13). Il définit le centre de santé communautaire (« formation sanitaire de premier niveau créé sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une association de santé communautaire pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé »). Il mentionne qu'un Cscm est composé d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments essentiels et que le niveau de qualification minimale exigé est celui d'un infirmier de premier cycle. Le Cscm a pour mission de fournir le paquet minimum d'activités, tant dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention que dans celui du soin. En cela, le modèle proposé se rapproche des textes fondateurs sur les SSP.

La démocratisation de la vie publique à compter de mars 1991 a été un puissant accélérateur de la mise en œuvre de cette politique. Les partenaires au développement ont tous adhéré aux principes de la politique menée par le département de la santé, soit à travers de gros projets de développement, soit de façon plus ponctuelle.

La mise en œuvre de la politique sur le terrain a débuté avec l'élaboration de nouveaux plans de développe-

ment socio-sanitaire de Cercle et le découpage de chaque circonscription sanitaire en aires de santé, zone de responsabilité d'un centre de santé de premier niveau. Dans le Plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007, 784 aires de santé ont été définies sur l'ensemble du territoire national comme devant abriter un Cscm (14).

En 2001, 559 centres de santé communautaires de premier niveau (Cscm ou revitalisation de centre de santé d'arrondissement, structures étatiques de premier niveau mise à disposition d'une association pour sa gestion et son organisation) étaient recensés (15). Cependant, si géographiquement l'offre de soins a augmenté, la fréquentation de ces formations sanitaires ne suit pas la même progression, bien que la tendance soit incontestablement à la hausse.

A noter également l'installation en zone rurale, à partir de 1989, de jeunes médecins maliens sortis de la faculté de Médecine. Installés dans l'esprit des médecins de nos campagnes, ils sont à ce jour une cinquantaine et ils investissent peu à peu les Cscm dans le cadre d'un contrat de partenariat avec les associations de santé communautaires gestionnaires de ces centres (NDLR : voir l'article de Desplats D et Coll dans ce numéro).

Enfin l'ouverture démocratique du pays a permis l'émergence de regroupements libres et volontaires des usagers en mutuelles de santé. L'émergence de ces mutuelles, essentiellement constituées sur des bases professionnelles, y compris dans le secteur informel, n'a pu se produire que du fait de la diversification d'une offre de soins de meilleure qualité et accessible tant géographiquement que financièrement. Le contre-pouvoir que ces mutuelles pourraient à terme constituer serait un atout de plus dans la régulation d'une offre de soins de qualité.

Le dispositif reste fragile du fait de l'insuffisance de personnel de santé qualifié, de la réticence du personnel à travailler en zone rurale, de la faiblesse des rémunérations et de l'absence de sécurité salariale. Fragile également du fait des faibles capacités gestionnaires des communautés à qui on a confié, du jour au lendemain, la responsabilité de gérer le premier échelon du système national de santé dans un pays où le niveau d'alphabétisation est l'un des plus bas de la planète (15).

CONCLUSION

Dans la note préliminaire du Plan décennal de développement sanitaire et social du Mali pour la période 1998-2007, les rédacteurs mentionnent : « La politique sectorielle de santé et de population se fonde sur les principes des soins de santé primaires et de l'Initiative de Bamako. Les principaux objectifs sont axés sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire, la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé » (14). En vingt ans, au Mali, l'organisation politique a considérablement changé et le dispositif sanitaire a été fondamentalement remanié. Cependant, les principes évoqués pour construire le dispositif sont restés les mêmes, ceux des soins de santé primaires.

Aujourd'hui l'Etat délègue et donne au citoyen-usager une responsabilité dans la gestion collective du système de santé. Mais l'Etat doit être le garant de la qualité technique des prestations offertes par le système de santé, dans les structures gérées dans le cadre de la délégation de service public comme dans les structures dont il a la responsabilité. Enfin, l'Etat doit veiller à ce que le respect de l'individu et la protection du plus faible soient assurés. Dans le cas contraire, l'Etat à l'obligation de prendre les mesures nécessaires sinon on serait en droit de lui reprocher son désengagement, à moindre frais, de l'offre de soins de premier niveau. Le défi actuel est de trouver cet équilibre entre délégation et intervention.

De nombreux pays d'Afrique de l'Ouest ont eu des cheminements comparables à celui du Mali, les volte-face de leur dispositif sanitaire étant toujours justifiées au nom de la mise en œuvre des Soins de Santé Primaires. Le cadre tracé à Alma-Ata en 1978 est robuste puisque les principes restent toujours d'actualité et sont toujours pertinents. Si les principes n'ont pas changé, leurs lectures, leurs interprétations ont évolué au gré des mutations politiques et des contraintes, notamment économiques, auxquelles sont confrontés les pays en voie de développement.

Le rapport conjoint de l'OMS et de l'UNICEF publié en 1978 se termine par : « Il faut toutefois que les institutions internationales, les organisations non gouvernementales et les pays fournisseurs d'aides se rendent compte que le but ultime de leurs efforts est de rendre les pays eux-mêmes capables de mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le cadre de leur développement global conformément au principe de l'autoresponsabilité ». Si les principes énoncés à Alma-Ata sont globalement positifs, certaines décisions mises en œuvre au nom de ces principes se révèlent négatives. Il est cependant regrettable d'avoir perdu une trentaine d'années de développement pour ne pas avoir pris, chacun à sa place, dans la stricte application du principe d'autoresponsabilité, les responsabilités qui étaient les siennes.

Les forces aujourd'hui mises en œuvre et la multiplicité de celles-ci, telles que la libéralisation de la vie publique, l'émergence de contre-pouvoirs associatifs (consommateurs), techniques (mutuelles de santé ...), politiques (élus locaux dans le cadre de la décentralisation, fédération des associations de santé communautaires) et le recentrage de l'Etat sur ses missions de régulation et de contrôle, sont des stimulants qui peuvent contribuer à faire en sorte que les soins de santé primaires se développent selon un processus sans fin.

REFERENCES

- 1 - OMS - Les soins de santé primaires - Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS) 6-12 septembre 1978. OMS ed, Genève, 1978, 88 p.
- 2 - FOURNIER G - Les soins de santé primaires : création nouvelle ou nouvelle approche. *Soins Pathologie Tropicale* 1982; n° 35 : 3.
- 3 - WALSH JA, WARREN KS - Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med*. 1979; 301 : 967-974.

- 4 - UNGER JP, KILLINGSWORTH JR - Selective primary health care : a critical review of methods and results. *Soc Sci Med* 1986; **22** : 1001-1013.
- 5 - GRODOS D, DE BETHUNE X - Les interventions sanitaires sélectives : un piège pour les politiques de santé du Tiers Monde. *Soc Sci Med* 1988; **26** : 879-899.
- 6 - BANERDJI D - Les soins de santé primaires doivent-ils être sélectifs ou globaux ? *Forum mondial de la santé* 1984; **4-5** : 347-350.
- 7 - TAYLOR C, JOLLY R - The straw men of primary health care. *Social Science and Medicine* 1988; **26** : 971-977.
- 8 - OMS - Santé des femmes et des enfants à travers le financement et la gestion des médicaments essentiels au niveau des communautés : Initiative de Bamako. AFR/RC37/R6- OMS, 1987.
- 9 - UNICEF - L'initiative de Bamako : reconstruire les systèmes de santé. Unicef. Janvier 1995. 20 p.
- 10 - ANONYME - Les soins de santé primaires. Rapport introductif du deuxième séminaire national des professionnels de la santé - ronéotypées, Bamako, 1978, 17 p.
- 11 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES - Déclaration de politique sectorielle de santé et de population. MSPAS. République du Mali, 15 décembre 1990.
- 12 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA PROMOTION FÉMININE - Rapport final sur les centres de santé communautaires - Direction nationale de la Santé Publique. Bamako, Octobre 1991.
- 13 - ARRÊTÉ INTERMINISTÉRIEL N° 94-5092/MSSPA-MATS-MF du 21 avril 1994 fixant les conditions de création des Cscm et les modalités de gestion des services socio-sanitaires de cercles, de commune, des Cscm. Bamako, avril 1991.
- 14 - MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES PERSONNES AGÉES ET DE LA SOLIDARITÉ - Plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007. Bamako, 1997, 139 p.
- 15 - BALLO MB - Réforme du système de santé et participation communautaire au Mali. Cellule de Planification et de Statistique. Ministère de la Santé, Bamako, Octobre 2001, 25 p.

Consultations de Prévention des Maladies du Voyageur Centres de Vaccination anti-amarile des Hôpitaux d'Instruction des Armées

	Ville Consultation pour le public ciens)	Renseignements téléphoniques (réservés aux médecins et pharmaciens)
BORDEAUX Hôpital Robert-Picqué Route de Toulouse	05 56 84 70 99 Du lundi au jeudi sur rendez-vous	05 56 84 70 38
BREST Hôpital Clermont-Tonnerre Rue du Colonel Fonferrier	02 98 43 76 16 Lundi et mercredi après-midi sur rendez-vous	02 98 43 76 16 02 98 43 73 24
LYON Hôpital Desgenettes 108 Boulevard Pinel	04 72 36 61 24 Du lundi au vendredi sur rendez-vous.	04 72 36 61 24 Vendredi matin sans rendez-vous
MARSEILLE Hôpital Laveran Boulevard Laveran	04 91 61 73 54 ou 56 du lundi au vendredi sur rendez-vous	04 91 61 71 13 04 91 61 72 32
METZ Hôpital Legouest 27 avenue de Plantières	03 87 56 48 62 Lundi, mercredi et jeudi après-midi sur rendez-vous	03 87 56 48 62
SAINT-MANDE Hôpital Bégin 69 avenue de Paris	01 43 98 50 21 Lundi, mercredi et vendredi après-midi avec et sans rendez-vous	01 43 98 50 21
TOULON Hôpital Sainte-Anne Boulevard Sainte-Anne	04 94 09 93 60 Lundi, mercredi et vendredi après-midi avec et sans rendez-vous	04 94 09 93 60