

D'Alma Ata à Astana, quel avenir pour le soin primaire ? Enjeux actuels, quarante ans après

Lucille Chauveau
drlucillechauveau@gmail.com

DOI: 10.1684/med.2019.396

Lucille Chauveau a réalisé sa thèse en médecine générale en Polynésie française en 2017, « *étudiant le vécu en santé des personnes âgées en milieu isolé* ». Le Dr Alexander Kumar a cité Lucille dans *The Lancet* en octobre 2018 parmi huit portraits de médecins représentant à ses yeux les exemples de ceux s'impliquant en matière de « *global primary health care* » à travers le monde. Pour eux, la promotion des soins de santé primaires, fondés sur les besoins des personnes et source des politiques de santé, sont du ressort du terrain.

Alma Ata, construire sur de nouvelles bases : espoirs et limites

À l'heure où avancées technologiques et progrès médicaux marchent main dans la main vers des prises en charge toujours plus précises, modelant un visage de la médecine à la hauteur de ses espoirs, on s'interroge : « *Qu'en est-il aujourd'hui des soins de santé primaires, premier recours et clef de voûte du soin équitable à tout individu à travers le monde ?* ».

En 1978, la question est posée lors de la conférence d'Alma Ata. Des éléments de réponse émergent quant aux axes à explorer à l'échelle internationale, notamment par des actions locales afin d'améliorer la santé de chacun. Les soins de santé primaires sont alors définis comme le premier niveau de recours au système de santé, permettant accessibilité, continuité, permanence et coordination des soins apportés à une population, ceci sans spécificité de genre, de pathologie ou d'organe et en lien avec d'autres secteurs [1-3]. Le travail réalisé fait l'objet d'une déclaration, signée par 134 pays et 67 organisations internationales.

La santé est alors décrite en tant que « *droit fondamental de l'être humain et l'accession au niveau de santé le plus élevé possible comme un objectif social extrêmement important : il intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé* » [3]. Ainsi défini, cet objectif ne concerne pas un groupe de soignants mais bien l'ensemble d'une communauté. Il est par conséquent un droit mais aussi un devoir pour « tout être humain » de participer individuellement et collectivement à sa santé. L'OMS et l'Unicef, dans une volonté commune de soins pour tous, défendent dès lors la nécessité de réorienter les soins de santé primaires : du soin centré sur le malade, vers la prévention et la promotion de la santé, proches des individus.

Quarante ans plus tard, les principes défendus à Alma Ata restent d'actualité, comme l'a souligné la conférence d'Astana en octobre 2018 [4]. La déclaration d'Astana, adoptée à l'unanimité par tous les États membres de l'OMS, prend des engagements dans quatre domaines clefs : 1)

faire des choix politiques courageux pour la santé, dans tous les secteurs ; 2) instaurer des soins primaires durables ; 3) autonomiser les individus et les communautés ; 4) soutenir l'implication de tous les intervenants dans les politiques nationales, stratégies et plans de santé.

Malgré la création de modèles d'organisation des soins de santé primaires inspirés par la déclaration de 1978, des difficultés similaires ont été décrites dans différents pays signataires. Notamment dans la mise en pratique des politiques publiques en accord avec cette ligne de conduite [5].

L'espérance de vie augmente, mais l'espérance de vie sans incapacité évolue peu [6]. La prévention défendue dans la déclaration peine encore à trouver sa place au sein de l'organisation des soins primaires. Les facteurs environnementaux non médicaux sont pourtant à l'heure actuelle responsables de plus de 90 % des enjeux de santé [7].

L'intérêt économique d'investir sur la santé dès à présent ressortait déjà en 2013 du rapport GH2035 (Global Health 2035 : « a World converging within a generation ») fruit de la réflexion de 25 économistes et experts, le retour sur investissement ayant été bien longtemps sous-estimé de par le design des études réalisées jusqu'alors. L'estimation en approche globale des revenus générés par une restructuration réussie du soin à l'horizon 2035 promettait des bénéfices économiques tangibles sur les décennies à venir [8]. En ce sens, l'intérêt commun est donc un objectif à construire et à partager : par les acteurs gouvernementaux, économiques et médicaux, à tous les niveaux d'organisation.

D'un point de vue socio-économique, l'expérience a aussi montré que les inégalités sociales de recours aux soins étaient réduites dans les pays disposant de systèmes de santé nationaux, et *a fortiori* dans ceux où l'intervention de l'état dans les domaines sanitaires et sociaux est importante [2]. De même, les systèmes se basant sur des soins de santé primaires « forts » sont globalement plus efficaces à améliorer la santé des populations.

Quant au « niveau de santé le plus élevé possible », comme énoncé dans la déclaration d'Alma Ata, il ne peut se concevoir sans une adaptation au terrain.

Les enjeux du soin primaire en France

De par sa géographie, incluant des territoires d'Outre-Mer vastes et morcelés où l'offre de soin ne peut se faire que de façon adaptée au terrain, la France est aussi confrontée à plusieurs problématiques dans le cadre des soins de santé primaires.

Ces territoires éloignés, riches de cultures plurielles, sont bien souvent soumis aux contraintes de milieux isolés. Qu'en est-il de la demande, là où l'offre ne peut être similaire dans les faits à celle proposée en métropole ? La notion de soins de santé primaires prend ainsi tout son sens. On y observe l'importance donnée à la présence d'un interlocuteur dans certaines zones : la disponibilité d'un soignant référent, premier recours en matière de

santé et de soin, étant alors plus souvent citée que l'augmentation de moyens matériels, la compréhension des déterminants du soin y est une nécessité fondamentale [9]. Dans ces régions du globe, l'intérêt de la formation des intervenants aux spécificités locales est primordial et pourtant encore aléatoire. Or, améliorer la santé de tous, c'est aussi améliorer le vécu de celle-ci, et avec elle le vécu du soin.

Au niveau de la métropole, l'évolution démographique des populations, générale et médicale, creuse l'écart entre zones urbaines et zones rurales en matière d'accès aux soins. « *Malgré le fait que près de 50 % de la population mondiale vit dans les zones rurales, seulement 38 % des infirmières et 24 % des médecins les soignent* » décrit au niveau international cette année la déclaration de Dehli. Cette tendance n'est pas réservée aux pays en voie de développement [10]. Une réorganisation des soins de santé primaires s'opère néanmoins en France de manière plus présente depuis quelques années.

Cependant, et à la différence de certains pays européens comme le Royaume-Uni ou les pays scandinaves, les soins de santé primaires ne sont pas encore en France aussi structurants en termes de politique de santé [2]. Plusieurs pistes sont explorées dans le but de diminuer les inégalités d'accès aux soins, via des soins de santé primaires forts : notamment celle de renforcer le rôle du médecin généraliste. Mais aussi la possibilité est donnée de s'appuyer sur des actions locales diverses, orientées vers un public ciblé et en lien avec le système de soin. Ceci a prouvé son efficacité notamment en zones isolées, par la collaboration avec les structures et acteurs sociaux en place, comme le rapporte la littérature internationale.

Les soins de santé primaires, ce sont aussi les soins d'urgence, avec en France la dualité du secours entre SAMU-SMUR et pompiers, ces derniers étant le plus souvent le premier contact en zone rurale. Cependant aucun outil commun n'existe encore à l'heure actuelle qui permette une analyse des pratiques et ainsi la mise en place de directives communes et concertées, des directives privilégiant la complémentarité [11, 12]. La collaboration semble être un atout insuffisamment exploité dans les zones étiquetées « déserts médicaux », mais aussi au sein des départements ruraux.

Avenir à venir

On se demande alors où est la place du médecin généraliste, premier maillon d'une longue chaîne dans ce système de santé en pleine réorientation ? Et dans quelle mesure les grands axes de conduite à l'échelle d'un système de santé s'appliquent à la pratique quotidienne en médecine générale en France ?

À travers des objectifs internationaux ambitieux, la réponse se trouve peut-être dans l'implication du médecin généraliste à améliorer la vie dans une communauté pour améliorer la santé d'un pays. Là où à l'échelle micro-sociale nos patients consultent pour une pathologie spécifique sur laquelle nous focalisons la consultation, notre travail est toujours d'ancrer davantage l'échange sur la prévention et la promotion de la santé ; peut-être

aussi, à un niveau local, de s'investir en tant que médecin à enrichir le maillage d'acteurs sociaux, médicaux et paramédicaux qui participent à la valorisation de cette santé partagée ; de promouvoir le travail collaboratif pour et avec le patient.

Ce que défend la déclaration d'Astana, c'est l'intérêt de la « santé pour tous » là où la « santé pour quelques-uns » s'applique encore. L'avantage humain, mais aussi macro-économique, quels que soient les revenus des pays est d'axer ses dépenses sur la prévention et la promotion de la santé : d'agir là où pour l'heure l'intervention des instances de santé se situe encore sur la pathologie

installée. Il est temps de miser sur l'humain et la communauté, de sortir le soin de l'hôpital et d'y faire intervenir les acteurs socioéconomiques. L'avenir est de promouvoir la collaboration entre acteurs sociaux et soignants, et peut-être chez nous d'optimiser celle entre les différents acteurs du soin et du secours.

Et si l'avenir des soins primaires de santé était de s'adapter au terrain ? Et s'il s'agissait d'un travail d'équipe ?

~ **Liens d'intérêts** : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Cartier T, Mercier A, De Pouvoirville N, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *Exercer* 2012 ; 101 (101) : 65-71.
2. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Collège des économistes de la santé. *La lettre du collège* 2013 ; 23.(1).
3. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 24 nov 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/.
4. OMS. Redynamiser les soins de santé primaires pour le XXI^e siècle [Internet]. 2018 [cité 24 nov 2018]. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Health-systems/primary-health-care/news/news/2018/11/revitalizing-primary-health-care-for-the-21st-century>.
5. Bhutta ZA, Atun R, Ladher N, Abbasi K. Alma Ata and primary healthcare: Back to the future. *BMJ* 2018 ; 22 ; 363 : k4433. Doi : 10.1136/bmj.k4433.
6. Cambois E, Clavel A, Robine JM. Espérance de vie sans incapacité. *Dossiers solidarité et santé* 2006 ; (2) : 5-85.
7. Mc Govern L, Miller G, Hughes-Cromwick P. The Relative Contribution of Multiple Determinants to Health, Health Affairs Health Policy Brief, August 21, 2014. Doi : 10.1377/hpb20140821.404487.
8. Watkins DA, Yamey G, Schäferhoff M, et al. Alma-Ata at 40 years : reflections from the Lancet Commission on Investing in Health. *The Lancet* 2018 ; 392 (10156) : 1434-60.
9. Chauveau LME, Duhamel S, Jambon S, Papon S. Recours aux soins du sujet âgé en milieu isolé en Polynésie Française : déterminants et vécu du soin. *Médecine* 2018 ; 14 (6) : 273-9.
10. WHO. | The Delhi Declaration [Internet]. WHO. [cité 29 nov 2018]. Disponible sur : http://www.who.int/hrh/news/2018/delhi_declaration/en/.
11. Lenoir SR. Bilan de l'interconnexion entre le SAMU du CHU de Rouen et le service départemental d'incendie et de secours de Seine-Maritime au cours de l'année 2001 [Thèse de Doctorat] : Rouen ; 2002.
12. Demeude H. Secours à personnes : vers un rapprochement entre SDIS et SAMU. *La gazette des communes des départements des régions* 2007 ; (43) : 34-6.