

L'EXPERIENCE DU SAMU DE LAGOS (NIGERIA) : RAPPORT COUT-EFFICACITE... POLITIQUE ?

F. EK, F. OKE-OSANYITOLU, M. HOBEICHE, M. MARTINEZ-ALMOYNA, A. CENAC

Med Trop 2002; **62** : 268-274

RESUME • L'adéquation entre offre de soins et besoins de santé constitue pour le Sud et le Nord un enjeu commun de stabilité politique nécessaire au développement durable. La médecine d'urgence ou l'urgence de la médecine n'échappent ni l'une, ni l'autre, à cette exigence. En « transportant l'hôpital hors des murs... ou au pied de l'arbre », l'institution d'un système avancé de secours d'urgence dans le cadre de la Santé semble dépasser en première lecture les priorités et capacités sanitaires habituelles des pays en voie de développement. Pourtant, à travers ses organes opérationnels, tactiques et stratégiques, l'Aide Médicale Urgente « à la française » pose la médicalisation des secours comme un outil standardisé d'allocation équitable des ressources de santé en pathologie d'urgence pour un environnement donné. A ce titre, il peut constituer non seulement un élément de réponse mesurable aux situations de crises sanitaires devenues intolérables, mais aussi le levier institutionnel d'une politique de Santé planifiée en environnement précaire, où l'accès au système de soins se heurte souvent à des difficultés d'ordre structurel, éthique ou économique. Si l'efficacité d'un tel système est encore en cours d'évaluation en France, avec des résultats satisfaisants en terme de performance globale de santé pour l'année 2000, l'expérience inédite franco-nigérienne du SAMU public de Lagos, initié en 1997 par les autorités sanitaires nigérianes avec le support de l'Ambassade de France au Nigeria, tente d'explorer le thème « Quel système de secours d'urgence, pour quel environnement ? », selon une approche prospective en vue d'un développement durable, tant en terme médico-économique qu'éthique et politique.

MOTS-CLES • SAMU - Nigeria - Santé - Equité - Economie.

.....
EXPERIENCE IN EMERGENCY CARE SERVICES IN LAGOS, NIGERIA: "POLITICAL" COST-EFFECTIVENESS?

ABSTRACT • In both the South and North, meeting the demand for health care services is a major issue in establishing political stability for sustainable development. Neither the need for emergency medicine nor the emergency need for medical care can escape this reality. At first glance, "bringing medical care outside hospitals...to the bottom of the tree" by implementing an advanced rescue system would seem to overstep the usual goal of providing basic health services and capabilities in a developing country. However, the operational, tactical and strategic implications of a "French style SAMU" medical controlled system may contribute to the fair and equitable distribution of emergency health care resources during critical situations in a given environment. In this respect, such system cannot only become a measurable component in responding to increasingly intolerable health disasters, but also an institutional tool for health resources management in any insecure environment, where access to medical facilities usually involves a number of economic, structural, and ethical obstacles. In France, the effectiveness of such a system is still under evaluation with good results in terms of overall health performance for the year 2000. In 1997 the Nigerian authorities with the support of the French Embassy began a novel experience by setting up a state run SAMU services in Lagos. The purpose of this prospective approach was to answer the question « what emergency care system, for what environment ? » with an ultimate goal: developing a sustainable service, not only in terms of medical and economic factors, but also ethical and political considerations.

KEY WORDS • SAMU - Nigeria - Health - Equity - Economics.

À la phase initiale de la mise en œuvre SAMU de Lagos (LASEMS - inauguré le 25 août 1998 par son Excellence le Colonel Mohamed Buba Marwa), dans le

cadre du projet pilote de coopération franco-nigérienne en matière d'Aide Médicale Urgente (AMU), les outils d'information et d'évaluation quantitative (géographique et épidémiologique) du nouveau système de secours n'ayant été introduits et adoptés que depuis mars 2002, il nous semble prématuré et peu pertinent au moment de la rédaction de cet article d'aborder de façon quantitative et *stricto sensu* le rapport coût-efficacité économique d'une initiative aussi complexe. Cet aspect ne manquera certainement pas d'être évalué lors des phases d'avancement tactique et stratégique de ce programme. Néanmoins, il est possible de discuter dans le cadre de notre exposé les principales hypothèses qui ont déterminé l'institution d'un tel système au Nigeria (pays en

• Travail du SAMU de France International (F.E., Docteur en Médecine, Médecin Anesthésiste-Réanimateur; M.M.-A., Docteur en Médecine, Praticien Hospitalier), SAMU de Paris, du SAMU Lagos (F.O.-O., Docteur en Médecine, Directeur des opérations de SAMU LAGOS 123), Lagos, Nigeria, du Centre Ideal Eagle Hospital (M.H., Docteur en Médecine, Cardiologue, Directeur médical) Lagos, Nigeria et du Service de Médecine Interne (AC, Professeur, Chef de Service) CHU de Brest, France.
• Corespondance : F. EK, SAMU de France International, SAMU de Paris, 149, rue de Sèvres 75015 Paris • ek.francois@in vivo.edu •

Tableau I - Quel système de Secours d'Urgence (SU) pour quel environnement ?

Système de Secours d'Urgence	SAMU Public	Pompiers Secouristes (Français)	Paramédica Professionnelle (USA)
Objectifs	<i>Développement durable</i> (médical, sanitaire, social, économique, politique).	<i>Exigences politiques</i> (Sécurité civile, Assistance publique, Ordre public).	Développement économique (secteur privé) ou idem.
Préoccupations	<i>Moyen et long terme.</i>	Court terme.	Court terme.
Logique	Médicale et Sanitaire. Médico-sociale. Médico-économique.	Institutionnelle et Sociale.	Economique.
Méthode	<i>Rationnelle (régulation médicale) ± Pragmatique (comme moyen).</i>	<i>Opportuniste (arbitraire). Pragmatique (comme fin).</i>	Lois du marché. Pragmatique.
Principe d'Equité	Démocratique.	Egalitariste.	Libérale.
Institution	<i>Médicale (science et pratique). Santé.</i>	Défense, Intérieur.	Privée.
Types possibles de planification sanitaire (selon les typologies proposées par Blum et Pineault (23, 24)).	Planification globale. Planification normative. Planification d'exploitation simple. Planification d'exploitation opportuniste. <i>Etapisme dirigé (comme moyen).</i>	<i>Etapisme d'adaptation.</i> Planification d'allocation. Etapisme dirigé (comme fin).	« Laissez faire » Système non sanitaire.
Niveau de planification (si planification intégrée)	Stratégique (détermination de la raison d'être des grandes orientations, et des buts) : 5-10 ans. Tactique (agencement des ressources) : 3-5 ans. <i>Opérationnel (utilisation des ressources) : 1 an.</i> <i>Evolutif : selon évaluation</i>	Opérationnel. Tactique. Non évolutif.	Opérationnel Non évolutif.
Pré-requis	<i>Capital humain compétent et motivé.</i> <i>Infrastructures adaptées aux compétences et aux objectifs.</i> <i>Outils d'évaluation indispensables.</i>	Capital humain motivé et excellence des infrastructures (transports, communications, hospitalières). Outils d'évaluation non indispensables.	
Organisation fonctionnelle idéale	<i>Décentralisée.</i> <i>Evolutive (selon évaluations).</i> <i>Réseau (type SROS).</i>	Centralisée.	Rentabilité économique ou sociale maximale.
Mesure des résultats	<i>Typologie médicale et scientifique, permanente et continue.</i>	<i>Typologie psycho-sociale du secours à « chaud ».</i>	
Recueil des données	<i>Systématique et fonctionnel.</i>	<i>Aléatoire.</i>	
Evaluations possibles	Rétrospective et prospective. Déclaration d'Helsinki (2000).	<i>Rétrospective, référentiels non précisés.</i>	

N.B. : Les caractéristiques du système nigérian retenu au moment de la rédaction de ce travail sont marquées en italique.

phase de transition vers la Démocratie): répondre à la demande exprimée des décideurs de santé de Lagos quant à la création d'un système avancé de secours d'urgence capable de proposer des solutions pragmatiques, socialement acceptables, économiquement viables et médicalement valides. L'objet de l'expérience, que nous rapportons ici à partir d'une opportunité historique de 1997 à 2000 (1) tente d'explorer le thème « Quel système de secours d'urgence, pour quel environnement ? » (Tableau I) selon une approche prospective en vue d'un développement durable en conditions précaires, tant d'un point de vue médico-économique qu'éthique et politique. Concernant le Nigeria, l'absence de références communes ou d'expériences similaires en Afrique anglophone fait l'intérêt et la difficulté de notre travail.

**UNE APPROCHE SOCIALEMENT ACCEPTABLE :
SURMONTER « LE FACTEUR NIGERIAN »
ET REpondre A LA DEMANDE EXPRIMEE
DANS LE CADRE D'UNE COOPERATION BIEN COMPRISE**

« Can Africa claim XXIst century? » Qu'on le traduise par « L'Afrique peut-elle revendiquer sa place dans le XXI^e siècle » ou plus brutalement par « L'Afrique peut-elle prétendre au XXI^e siècle ? », ce titre du rapport que la Banque mondiale a rendu public en juin 2000 (2) peut choquer. « Les images des futurs de l'Afrique sont contrastées même si le noir et le gris l'emportent généralement sur les couleurs claires (afro-pessimisme) », écrit également Philippe Hugon (3). Mais qu'en est-il du Nigeria ? Puissance régio-

Tableau II - Indicateurs sanitaires et sociaux du Nigeria.

Indicateurs de développement	Valeur		Année
Population totale de nationalité nigériane	108 945 000		1999
Indicateur de développement humain (I.D.H.)	0,393		1994
Rang dans le monde (I.D.H.)	141/173		1994
% d'analphabétisme (total/hommes/femmes)	49, 2/38/60,4		1990
Rang dans le monde en terme de performance globale de santé	187/191		2000
Scolarisation Primaire/Secondaire	93%/ 29%		1995-96
% de la population ayant accès à l'eau salubre (totale/urbaine/rurale)	49/58/40		1999
% de la population ayant accès à un assainissement sûr (totale/urbaine/rurale)	41/50/32		1999
Indicateurs de santé	Valeur	Ratio pauvres / riches	Année
Espérance de vie à la naissance (Homme / Femme)	53/55 ans		1999
Taux Brut de natalité	41/1000		1996
Taux Brut de mortalité	13/1000		1996
Taux de mortalité infantile	78/1000		1996
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (M/F)	154/1000		2000
	140/1000		
% des enfants non pesés à la naissance (1990-1999)	73 %		2000
Malnutrition enfant < 5 ans			
Retard statural (< 2DS)	42,7 %	1,5	
Retard pondéral (< 2DS)			1990
Modéré	35,3 %	1,8	
Sévère	11,8 %	3,3	
Couverture vaccinale			
Rougeole	45,6 %	0,49	1990
Diphtérie Tétanos Poliomyélite (3 doses)	33 %	0,27	
Tous	29 %	0,24	
Aucune	36 %	3,53	
% de vaccins PEV réguliers payés par l'Etat	100 %	1995-97	
Quelques affections			
Diarrhées			
Prévalence	17,7 %	1,8	1990
Réhydratation	33,5 %	0,4	
Vu par un médecin	26,8 %	0,48	
Dans système public	23,8 %	0,6	
Infection respiratoire aiguë			
Prévalence	6,7 %	1,3	
Vu par un médecin	37,2 %	0,62	
Dans système public	35,3 %	0,75	
Paludisme			
Décès par paludisme	1 086 000		1999*
Infection pour le VIH			
Séroprévalence fédérale	10-15 %		2000*
Naissance avec assistance qualifiée			
Personne entraînée	33 %	0,17	1990
Médecin	10 %	0,14	
Sage femme ou infirmière	23 %	0,19	
Secteur public	30 %	0,17	
Secteur privé	1,6 %	0,12	
à domicile	66,4 %	3	
Taux de mortalité maternelle (/100 000 naissances)	700		2001
Nombre de médecins/habitants	1/5000		1996
Nombre de lits d'hôpitaux/habitants	1,5/1000		1992

*estimation pour

Tableau établi d'après les données de :

- (8) ONU, « Détérioration du système scolaire et des services de santé »,
- (10) Health Population Nutrition / Poverty Thematic Group of the WORLD BANK, « Socio-economic differences in Health, Nutrition and Population in Nigeria », may 2000.
- (11) OMS, Rapport sur la Santé dans le Monde 2000, Juin 2000.
- (19) Albagli C. dir., Conjoncture 99 (200 pays, 60 secteurs clés), Bréal, Rosny, 1998, 1023 p.
- (20) National Planning Commission, United Nations Children Fund, « Child Survival Protection in Nigeria (Key social statistics) », 1998.
- (21) UNICEF, « La santé des enfants dans le monde », 1999.
- (22) United Nations Population Fund. « L'Etat de la population mondiale 2000 »

nale, située au carrefour stratégique de trois axes fondamentaux (saharien, sahélien et guinéen), bordée de pays francophones, la fédération du Nigeria peut sérieusement prétendre au développement durable. Pourtant, méconnu du public français avec plus de 100 millions d'habitants anglophones, ce géant démographique incontesté de l'Afrique de l'Ouest fait peur. Pour certains auteurs qui n'hésitent pas à employer le terme de « Chaos Entropique » (3, 4), le Nigeria apparaît comme un pays difficile fait de contradictions et contrastes extrêmes (5-10): disposant de potentialités substantielles énormes, occupant une position géopolitique centrale en Afrique de l'Ouest (siège de la CEDAO et de l'ECOMOG) (Tableau IV), il est pourtant considéré comme un pays pauvre ; état « polyglotte », il est aussi le pays des « non-dits » et la diversité linguistique n'y est paradoxalement pas une source de conflit ; état laïc, il est déchiré par des tensions internes affectant des motifs religieux ; disposant d'un des plus vastes territoires d'Afrique, l'urbanisation massive y est un phénomène ancien ; aspirant à la démocratie, il connaît l'alternance entre régime dictatorial fort et libéralisme quasi anarchique ; armé d'une intelligentsia médicale productive, compétente mais expatriée, il s'est doté d'un système de santé qui a contribué à pérenniser les clivages sociaux et à le placer au 187^e rang des 191 Etats membres de l'OMS (11) (Tableau II). Ce constat peut à juste titre nous interroger sur la pertinence de développer un système d'aide médicale urgente à Lagos, au détriment des autres secteurs de la santé.

Pourtant, à l'occasion du premier séminaire international de médecine d'urgence organisé à Lagos du 28 au 30 avril 1998 par le Lagos State Ministry of Health avec le soutien de missions diplomatiques et de la Banque Mondiale, le gouvernement de l'Etat de Lagos a manifesté sa volonté de créer un service public spécialisé dans la prise en charge précoce, hospitalière et pré-hospitalière, des urgences médico-chirurgicales. Il s'agissait d'y confronter les expériences nigériane, britannique, israélienne, nord-américaine et française en matière d'urgence pré-hospitalière, afin d'établir les bases de développement de la nouvelle institution. S'insérant dans le cadre général d'un régime de transition démocratique, la réforme hospitalière des services d'urgence devait servir de levier à l'élaboration d'un système de santé consensuel, visant à améliorer qualitativement et quantitativement l'accès aux soins de la population locale. Dans une situation où la prévalence des inégalités économiques et sociales faisait le lit de violentes tensions politiques et culturelles, il s'agissait dès 1997 de faire face à une situation intolérable, qui excluait trop souvent les plus défavorisés, notamment en cas d'accident: les victimes (surtout s'il s'agissait d'anonymes) étaient généralement abandonnés à leur sort, en l'absence de recours institutionnels performants (non gratuité des secours, tabou culturel insurmontable face à la mort accidentelle, complications pénales pour les intervenants) (1). L'Aide Médicale d'Urgence est définie par le conseil de l'Europe depuis 1990 comme « une activité de soins dans le cadre de la Santé, et les interventions réalisées dans ce cadre doivent être rapides et efficaces, mobilisant des moyens permanents et suffisants, et donc non extraordinaires, accessibles à tous ». Enoncé par SAMU e France Internationale au Nigeria, le

principe d'une Aide Médicale Urgente « gratuite », répondant aux exigences médicales, humanitaires et sanitaires de soin, d'assistance et de planification des ressources avait été perçu dans ce contexte comme une solution adaptée à l'environnement de Lagos : à travers d'une part, l'offre d'une assistance publique gratuite permettant de modifier les comportements en facilitant les procédures d'alerte, et d'autre part l'offre d'une assistance « autorisée » face aux situations incertaines en transportant l'institution médicale ou sanitaire « en dehors de l'hôpital, au pied de l'arbre », par voie logistique (ambulance) ou téléphonique.

**UNE APPROCHE ECONOMIQUEMENT VIABLE :
EVALUER ET UTILISER LES RESSOURCES DISPONIBLES
DANS LE CADRE DE LA SANTE**

En absence de politique de recouvrement des coûts de santé étendue à toute la population, le corollaire de cette réforme visait l'allocation effective et équitable des ressources publiques de santé, orientée par la meilleure maîtrise possible des dépenses dans une culture libérale, qui excluait trop souvent les plus démunis. Malgré un préjugé favorable pour des systèmes traditionnels non médicalisés d'inspiration anglo-américaine, l'option sanitaire française avait retenu l'attention des décideurs de santé. En effet, la médicalisation précoce des secours devait permettre d'allouer les ressources



Figure 1 - Ambulance point, Hopital de Lagos, Nigeria.

Tableau III - Déclaration de Lisbonne (European Council for Resuscitation, 1990).

-
- 1 - Respecter et promouvoir l'autonomie de la personne humaine
 - 2 - Améliorer la qualité de vie
 - 3 - Réduire toute forme de iatrogénie
 - 4 - Promouvoir l'Équité et la Justice
-

de soins correspondant aux besoins, au moyen d'un organe de régulation médicale « autorisée », comprenant un opérateur stratégique (le médecin régulateur) et des effecteurs tactiques (le médecin transporteur) capable de répondre de façon adaptée et si possible documentée à la demande (du simple avis téléphonique « le moins coûteux », aux transport logistique « le plus coûteux »), tout en tenant compte des contingences structurelles et environnementales (délais utiles d'intervention dans les embouteillages, disponibilité des structures adéquates). C'est ainsi qu'après la mise en service des 8 premières ambulances du réseau (4 Unités Mobiles de soins intensifs et 4 ambulances de base) assorties de 4 véhicules mortuaires (non médicalisés !) (Fig. 1), le nouveau gouvernement civil, sous l'impulsion du Dr Leke Pitan, Honourable Commissioner of Health de l'Etat de Lagos, a permis, d'une part, la mise à disposition du public d'un numéro d'appel expérimental unique et gratuit 123 (limité au Lagos State) destiné aux appels d'urgence médicale (assortis de 2 numéros réservés au ramassage des corps) et la création d'un centre de régulation médicale (« brainbox ») au sein du Lagos State University Teaching Hospital d'Ikeja.

**UNE APPROCHE MEDICALEMENT VALIDE :
LA MEDECINE D'URGENCE OU L'URGENCE DE LA MEDECINE
COMME EXIGENCE ETHIQUE**

Selon une approche idéologique énoncée par la Conférence d'Alma Ata (1978) « Santé pour tous en l'an 2000 » (12), la Santé est une exigence éthique universelle fondant la légitimité de toute démarche politique en sa faveur. Pourtant, cette stratégie s'est souvent réduite à faire pratiquer des soins élémentaires par des agents de santé primaire souvent insuffisamment formés, selon des schémas décisionnels standardisés et rarement documentés avec, pour corollaire toujours possible, la distribution aveugle de ressources de santé non adaptées aux besoins, voire l'induction de iatrogénie aussi bien physique que culturelle, économique ou sociale. Ainsi, au-delà des contingences économiques liées à la maîtrise médicalisée des coûts de santé, la médicalisation comme fondement du système de secours pour les urgences à caractère médical est apparu comme une alternative raisonnable aux options passées. Tout comme pour l'initiative de Bamako (1987) dans le cadre général de la Santé, il s'agissait d'introduire au Nigeria des outils médicalisés d'évaluation et de réponse, tant opérationnels que cognitifs, aux besoins réels de la population en matière de pathologie d'urgence. Nous entendons ici par outils cognitifs, tous moyens permettant d'optimiser la capacité de recueillir, transmettre, et diffuser une information, susceptible

d'influencer une décision thérapeutique (observation médicale, étude, protocole), ou modifier un comportement (enseignement de la médecine d'urgence, prévention). De même, nous entendons par outils opérationnels, tous moyens permettant d'optimiser la continuité des soins et la capacité de répondre de façon adéquate à une situation clinique ou critique donnée, selon une démarche d'assurance qualité relevant de l'éthique et du savoir faire médical. Cette approche médicale dans ses fondements éthiques est résumée dans la Déclaration de Lisbonne (Tableau III).

**LES LIMITES : EVALUER LE COUT DE L'AIDE MEDICALE
URGENTE « A LA FRANÇAISE » AU NIGERIA ?**

En France, tout service public hospitalier est financé par la collectivité selon le principe de l'enveloppe globale dans le cadre d'un état centralisé. Pourtant, bien que la maîtrise médicalisée des coûts de santé constitue un enjeu d'actualité, il est impossible d'évaluer, au moment de la rédaction de notre travail, le coût lié à l'activité spécifique de l'Aide Médicale Urgente, faute d'outils disponibles et adéquats, si ce n'est à partir d'estimations grossières, des coûts des urgences, des coûts par pathologies, ou encore des coûts des urgences extra-hospitalières ou de la médicalisation des secours (13). Par ailleurs, les outils d'évaluation prospective de l'activité des SMUR (Tableau IV) (et à travers elle, celle de la réponse opérationnelle des SAMU) n'ont été mis en place que depuis août 2000, à la demande des autorités de tutelle, dans le cadre d'un travail exploratoire inédit visant à intégrer l'activité des SMUR dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations. La mise en place d'un tel outil permettrait certainement de définir une typologie opérationnelle de l'urgence médicale selon une orientation médico-économique, afin d'optimiser l'allocation des ressources collectives, dans le cadre d'une démarche d'accréditation. Sa transposition dans les pays en voie de développement devrait certainement être prudente, et tenir compte des typologies spécifiques liées aux conditions environnementales.

Au Nigeria, en l'absence d'outils informatiques standardisés, la pertinence d'une telle démarche doit sans doute faire l'objet d'études complémentaires, alors que les outils d'évaluation n'ont été introduits que très récemment, notamment à travers la mise en place embryonnaire d'un Système d'information géographique de Santé, en collaboration avec le département de géographie de l'UNILAG

Tableau IV - Liste des abréviations.

AMU	Aide Médicale Urgente
CDEAO	Communauté Economique des Etats d'Afrique de l'Ouest
ECOMOG	ECOWAS Cease-fire Monitoring Group
ECOWAS	Economic Community of West African States
HMO	Health and Medical Office
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SMUR	Service Mobile d'Urgence et Réanimation
LASEMS	Lagos State Emergency Medical Services

(University of Lagos). De plus, le mode de financement du système de Santé nigérian reste très différent du système français : il s'agit non seulement d'un système décentralisé et subventionné au niveau fédéral (3), faisant intervenir de nombreux acteurs gouvernementaux ou privés, mais il s'agit aussi d'un système hyper fragmenté au sein de chaque gouvernement local, avec pour Lagos la juxtaposition anarchique de multiples acteurs et structures de santé, dont il s'agit de déterminer la typologie avant d'en évaluer l'efficacité dans le cadre d'une démarche d'accréditation, fortement influencée par le modèle HMO (Tableau IV).

PROSPECTIVES :

« NIGERIA : OU LE MOINS PLAUSIBLE EST LE PLUS PROBABLE » A PROPOS D'UN RAPPORT COUT-EFFICACITE POLITIQUE...POSITIF ?

Les soins d'urgence font l'objet de besoins exprimés de santé, et l'existence effective (tactique et opérationnelle) du LASEMS 123 en l'an 2000 à Lagos est un constat globalement positif. Le Nigeria peut mobiliser de conséquentes ressources (humaines et financières) dans la réalisation de ses aspirations légitimes, lorsque elles font l'objet d'un consensus bien compris. Sous cet angle, nous devons rappeler que le choix du modèle français a été essentiellement motivé par une prospective sanitaire à moyen et long terme. Ses principes sous-tendent le recouvrement des coûts de Santé, défini lors de l'Initiative de Bamako (1987) (14). Ses effets, en terme de performance globale de santé, ne sauraient apparaître en si peu de temps. Cette préoccupation est d'autant plus légitime et urgente qu'il s'agit pour les autorités d'assumer les conséquences sanitaires et sociales d'une explosion démographique qui a déjà débuté (5, 9, 10). Ainsi, l'expérience que nous relatons invite à la vigilance. Si l'offre de soins d'urgence médicale est une donnée constante dans les pays avancés, sa réalisation dans les pays en voie de développement doit être prudente et ne doit pas faire oublier ses finalités sanitaires: « la baisse progressive et graduelle de la mortalité, de la morbidité et de la létalité liée à la pathologie d'urgence ». Sur le plan qualitatif et dans le cadre d'une politique de santé décentralisée, l'initiative locale du Lagos State constitue un progrès inédit dans l'environnement sanitaire et social nigérian en faveur des plus démunis : l'opportunité historique offerte par la transition démocratique a permis d'introduire dans les pratiques sociales de l'urgence le principe d'anonymat et de gratuité des premiers soins. Sur le plan quantitatif, l'impact de l'Aide Médicale Urgente sur la santé à Lagos doit encore être précisé. Il n'est pas certain que l'existence d'un système de secours intégré à l'hôpital puisse réduire directement l'incidence de la pathologie d'urgence, mais elle contribue certainement à mieux en connaître les déterminants, les conséquences et les spécificités environnementales. Dans un système caractérisé par la paupérisation du secteur public, l'allocation équitable des ressources de santé selon une logique médico-économique acceptable constitue un enjeu certain de développement politique et social, au même titre que la lutte contre l'exclusion et la pau-

vreté. Afin de définir des objectifs et des actions adaptées dans le cadre de la santé, il est nécessaire aujourd'hui pour les acteurs du LASEMS, dans une prospective de développement durable à moyen et long terme, d'intégrer les outils stratégiques d'information, d'évaluation et de veille sanitaire, selon une typologie médicale utile au décideur de santé. Garrett (16) ajoute : « Les propositions de réformes de soins sont donc très souvent inspirées par de « grands desseins » se manifestant par une kyrielle de décisions ponctuelles, ignorant soit les retombées à long terme des décisions politiques, soit leurs interactions ». Selon cette approche, l'insuffisance effective de système d'évaluation ou d'information médicalisée contribue certainement à l'entretien de systèmes amnésiques, qui ne sont plus déterminés que par la violence des structures sociales. En l'absence de renseignements « futuribles » sur les événements et tendances sanitaires, la démarche prospective est compromise, et la démarche de planification improbable à moyen ou long terme. Pourtant, dans le cadre du développement durable d'un système de santé, il est important de prévoir à long terme le développement des ressources humaines pour la santé.

CONCLUSION

En conclusion, nous pouvons dire que l'Aide Médicale Urgente comme levier de Santé publique, à travers l'expérience inédite du LASEMS, ne saurait être considérée comme un catalyseur de progrès sanitaire et social qu'à condition d'intégrer le cadre général et multi-sectoriel d'une politique de Santé bien comprise, ayant pour finalité le développement durable. Ses principes, en Démocratie, recherchent notamment l'allocation équitable des ressources de soins, en faveur des plus démunis (17, 18). Bien qu'inspiré par le modèle français avec des résultats encourageant d'un point de vue qualitatif en ce qui concerne la phase opérationnelle (utilisation et financement des ressources existantes), le LASEMS, à ce stade embryonnaire de son développement, doit encore achever son processus de médicalisation d'un point de vue quantitatif : il demeure une structure fragile dont il s'agit de renforcer le système nerveux (système d'information médicalisée, régulation médicale et médicalisation des secours) pour être viable et autonome. Dans le cadre d'une approche régionale et avec le support des principaux promoteurs internationaux (dont la coopération française), 43 pays africains se sont réunis en mars 1999 au Mali, pour statuer des dernières réalisations de l'Initiative de Bamako (1987). Le cadre de la Santé y a été abordé pour la première fois en terme de droit: « droit à la santé, aux soins de santé, et à la dignité dans les rapports entre citoyens et services de santé » (14). Selon cette nouvelle perspective, il appartient d'ailleurs aux pouvoirs publics de promouvoir les conditions politiques nécessaires de paix, de stabilité, de démocratisation, de décentralisation permettant aux citoyens d'exercer ce droit. Dans le contexte nigérian, compte tenu des modes de financement du secteur de santé, l'intervention du secteur privé comme catalyseur de développement n'est pas à exclure, mais devra certainement être régulée selon des cri-

tères médicaux d'assurance qualité tenant compte des exigences éthiques et politiques de la société civile. La médicalisation des secours, en « transportant l'excellence de l'hôpital hors des murs », contribue à cette dynamique de la Santé.

Enfin, selon une démarche prospective, nous proposons de résumer dans le tableau I, les principales hypothèses et scénarios suscités par notre recherche, sur le thème: « Quel système de secours d'urgence, pour quel environnement ? ». Ces hypothèses n'engageant que l'auteur, il sera sans doute nécessaire d'en vérifier la pertinence dans le cadre de travaux ultérieurs.

REFERENCES

- 1 - EK F - Création d'un Service d'Aide Médicale Urgente à Lagos (Nigeria) : expérience de la coopération médicale franco-nigériane de 1997 à 2000. Thèse pour le doctorat d'état en Médecine, Université de Brest Bretagne Occidentale, Brest, 2002, 228p.
- 2 - WORLD BANK GROUP - Can Africa claim XXIst century? Findings, Région Afrique, Juin 2000, (<http://www.worldbank.org>)
- 3 - HUGON P. Prospective de l'Afrique sub-saharienne. *Prospectives* 2000; **257** : 17-46.
- 4 - MONTCLOS (de) MA - Le Nigeria. Karthala ed, Paris, 1994, 323 p.
- 5 - AGBOLA T - Architecture of fear. IFRA ed, Ibadan, 136 p.
- 6 - ALUBO O - The promise and limits of private medicine : health policy dilemmas in Nigeria. *Health Policy Plan* 2001; **16** : 313-321.
- 7 - BRANA P - Rapport d'information déposé en application de l'article 45 du Règlement par la Commission des Affaires Etrangères sur une mission d'information au Nigeria. Le Kiosque de l'Assemblée n°2192 (www.assemblee-nat.fr/2/rap-info/i2192.htm)
- 8 - ONU - Détérioration du système scolaire et des services de santé. (<http://www.un.org/french/ecosocdev/geninfo/afrec/vol113no1helathfr.htm>).
- 9 - WORLD BANK GROUP. Nigeria, vers la prestation améliorée des services sociaux « Findings, Région Afrique, n°47, décembre 1995, (<http://www.worldbank.org>)
- 10 - WORLD BANK - HEALTH POPULATION NUTRITION m/ POVERTY THEMATIC GROUP. Socio-economic differences in Health, Nutrition and Population in Nigeria. may 2000.
- 11 - OMS - Rapport sur la santé dans le monde - Pour un système de santé plus performant. OMS, Genève, 2000, 237p. (<http://medcost.fr/pharmaco/ECO070700.html>).
- 12 - OMS - Déclaration d'Alma-Ata. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires. Alma-Ata, 6-12 septembre 1978, URSS. OMS, Genève.
- 13 - FONTANELLA JM - Les SAMU, Centre 15. Collection Médecine d'urgence SAMU. SFEM ed, Paris, 1997, 336 p.
- 14 - VAN LERBERGHE W., BROUWERE (de) V - Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique sub-saharienne. Numéro spécial La santé en Afrique - Anciens et nouveaux défis. *La Documentation Française* 2000; **195** : 175-190.
- 15 - UNITED NATIONS POPULATION FUND. L'état de la population mondiale 2000. (www.unfpa.org.)
- 16 - GARRETT MJ - La santé et ses futuribles, Manuel de prospective à l'usage des professionnels de la santé. OMS ed, Genève, 2000, 346 p.
- 17 - RAWLS J - Justice et Démocratie. Seuil ed, Paris, 1993, 385 p.
- 18 - RAWLS J - Théorie de la Justice. Paris :Seuil, 1987 : 666 p. ; trad : A theory of justice. The Belknap Press of Harvard University Press ed, Boston, 1971.
- 19 - ALBAGLI C - dir. Conjoncture 99 (200 pays, 60 secteurs clés). Bréal ed, Rosny, 1998, 1023 p.
- 20 - NATIONAL PLANNING COMMISSION. UNITED NATIONS CHILDREN FUND, Child Survival Protection in Nigeria (Key social statistics), 1998.
- 21 - UNICEF - La santé des enfants dans le monde, 1999.
- 22 - UNITED NATIONS POPULATION FUND - L'Etat de la population mondiale 2000.
- 23 - BLUM H.L. Expending Health Care Hori zon. Third Party, Pub Co ed, Oakland, California, 1983, 220 p.
- 24 - PINEAULT R, DAVELUY C - La planification de la Santé. Nouvelles ed, Montréal, 1995, 480 p.