

LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES, PLUS QUE DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

André Crismer, Jean-Luc Belche et Jean-Luc Van der Vennet

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2016/3 Vol. 28 | pages 375 à 379

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-375.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne

Primary healthcare is more than just first-line healthcare

André Crismer^{1,2}, Jean-Luc Belche¹, Jean-Luc Van der Vennet³

↳ Résumé

Les soins de santé primaires sont souvent évoqués, mais rarement définis. Cet article explore ce concept compris parfois différemment et révèle deux conceptions distinctes des soins de santé primaires, toutes deux issues de la Déclaration d'Alma Ata. Tant que l'expression « soins de santé primaires » pourra faire référence à deux types de contenus distincts, soit un niveau de soins, soit une approche globale du système de santé, il sera utile, en attendant un consensus sur sa définition, de la clarifier lors de son utilisation.

Mots-clés : Soins de santé primaires ; Soins primaires ; Définition.

↳ Summary

Primary healthcare is a term that is frequently used, but rarely defined. This article explores this concept and identifies two different understandings of primary healthcare, both derived from the Alma Ata Declaration. For as long as the expression "primary healthcare" corresponds to two types of contents, either level of care, or a global approach of the health system, the term should be clarified before being used.

Keywords: Primary healthcare; Primary care; Definition.

¹ Département Universitaire de Médecine Générale – Université de Liège – CHU Sart Tilman – Bât B23 – Tour 3 – 4000 Liège – Belgique.

² Maison Médicale Bautista Van Schowen – Seraing.

³ Institut de Médecine Tropicale – Belgique.

Introduction

Les soins de santé primaires (SSP), souvent évoqués, sont rarement définis.

En 1981, Monique Van Dormael, sociologue au Département de santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers (IMT), écrivait : « ...la littérature internationale parle tout autant de « soins de base », de « soins de première ligne » ou de « premier échelon » que de « soins de santé primaires », sans qu'il soit toujours possible de discerner les différences de contenu entre ces termes. De fait, il existe des nuances parfois importantes entre ces termes, mais comme il n'y a pas d'usage consacré, nous ne nous lancerons pas dans une entreprise d'interprétation fastidieuse » [1].

Ce constat reste d'actualité. Une recherche *via* Pubmed centrée sur « primary health care » et « définition » dans le titre n'a fourni que trois articles pertinents datant de 1975 à 1980. Cet article explore le concept de SSP et ses différentes interprétations.

La déclaration d'Alma-Ata (1978)

Les SSP ont été popularisés par la Conférence d'Alma Ata en 1978 [2] et sa Déclaration qui en affichait les valeurs : justice sociale, droit à une meilleure santé pour tous, participation et solidarité¹. On promouvait un système de santé centré sur l'individu, avec pour perspective le droit de chacun au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, qui renforce au maximum l'équité et la solidarité et réponde aux besoins des populations. L'article 6 de la Déclaration définissait les SSP (encadré 1).

Très vite, certains ont remis en cause cette vision, considérée comme utopique : « Les objectifs d'Alma Ata sont au-dessus de tout reproche, mais leur étendue les rend inaccessibles » écrivaient Walsh et Warren en 1979 [3]. Cela donna naissance au concept de SSP sélectifs : « une attaque sélective, conçue rationnellement, basée sur les meilleures données, contre les problèmes de santé publique les plus

Encadré 1 : Article 6 de la Déclaration d'Alma Ata [2]

« 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'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts 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 ».

sévères, pourra maximiser l'amélioration de la santé et les soins médicaux dans les pays les moins développés (...) des soins de santé primaires sélectifs visant à prévenir ou à traiter les quelques maladies qui sont responsables de la plus grande mortalité et morbidité... » [3]. Une opposition virulente entre les deux types d'approches a traversé l'histoire de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)², jusqu'à la récente épidémie d'Ebola où se sont affrontés les partisans d'un renforcement des structures de santé et ceux qui privilégiaient une attaque ciblée contre le virus [4].

Dans la littérature, on distingue deux types principaux de définitions des SSP qui, chacun, peut se revendiquer de la définition d'Alma-Ata qui a été source d'ambiguïté.

Quand les SSP sont plus que la première ligne

Le premier type de définition se centre sur la fonction, telle que reprise dans la première phrase de l'article 6 de la Déclaration d'Alma Ata et sur les valeurs fortes qui y sont proclamées. Dans ce cas, les SSP apporte une vision globale du système de soins de santé. Des témoignages des acteurs de l'époque donnent un éclairage intéressant. « Les soins de santé primaires commencent avec les gens et leurs problèmes de santé », affirmait le docteur Halfdan Mahler,

¹ Pour plus d'informations sur la naissance du concept de SSP :

- Cueto M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health* ; 94:1864-1874 (2004) et
- OMS. Bulletin de l'OMS. Soins de santé primaires : la boucle est bouclée. Interview du Dr Halfdan Mahler, Directeur général de l'OMS de 1973 à 1988. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/fr/> (consulté le 22/10/15).

² Pour une analyse critique des soins de santé primaires sélectifs, voir Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Soc Sci Med.* 1986;22(10):1001-13

directeur de l'OMS en 1978 [5]. Dans ce cas, les SSP comprennent la première ligne de soins, mais aussi l'hôpital. Le Professeur Van Balen de l'IMT écrivait : « Le réseau de centres de santé doit être soutenu par un système de référence. Mahler affirmait qu'un système de santé basé sur les SSP ne peut exister sans hôpital pour la continuité des soins nécessitant des techniques qui ne peuvent être réalisées adéquatement au niveau de la première ligne [6]. Ailleurs [7], il rapporte une autre phrase du Dr Mahler : « les soins de santé primaires sans l'hôpital, c'est comme un crocodile sans dent »³.

Dans la Déclaration de Harare en 1987 [8], l'OMS affirmait : « Nous sommes convaincus que l'intensification effective des soins de santé primaires dépend d'une action globale basée sur des districts sanitaires bien organisés (...) Un district sanitaire représente un segment du système national de santé qui comprend une population bien définie vivant dans une zone clairement définie au niveau géographique et administratif, rurale ou urbaine, et toutes les institutions et les secteurs dont les activités contribuent à améliorer la santé ».

La Déclaration d'Alma Ata avait défini les éléments essentiels des SSP : « ...l'éducation sur les problèmes de santé courants et sur les moyens de les prévenir et de les contrôler, la promotion d'une alimentation suffisante et adéquate, un apport adéquat d'eau saine et une hygiène de base, des soins maternels et infantiles, y compris le planning familial, l'immunisation contre les principales maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des maladies endémiques, le traitement approprié des maladies et des blessures communes et la fourniture des médicaments essentiels » [9].

Dans un glossaire de la Promotion de la santé de 1998 [10], l'OMS a formulé une autre définition des SSP (encadré 2).

Denis Porignon, expert à l'OMS, insiste sur le premier mot qui qualifie ces SSP : ils sont « essentiels » : un adjectif qu'il comprend comme « indispensables à la vie » et que le Petit Robert définit comme « absolument nécessaires ».

Le rapport 2008 de l'OMS sur la santé dans le monde [11] est une autre référence incontournable pour explorer ce concept. Dans le domaine de la santé, le laisser-faire privilège spontanément les soins curatifs spécialisés, la fragmentation des soins, la marchandisation incontrôlée. « Il est clair aujourd'hui que, livrés à eux-mêmes, les systèmes de santé n'ont pas naturellement tendance à aller dans le sens des objectifs de la santé pour tous par des soins de santé primaires. Ils ne vont pas dans le sens de l'équité, de

Encadré 2 : Définition des SSP par l'OMS en 1998 [10]

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels rendus accessibles à un coût que le pays et la communauté peuvent supporter, avec des méthodes qui sont pratiques, basées sur la science et socialement acceptables (...)

L'approche des SSP comprend les composants suivants : équité, implication de la communauté/ participation, intersectorialité, technologie adéquate et coûts accessibles. Comme ensemble d'activités, les SSP devraient inclure au moins l'éducation à la santé pour les individus et toute la communauté, sur les problèmes de santé et les méthodes pour les prévenir et les contrôler. Les autres activités essentielles comprennent la fourniture adéquate de nourriture, une nutrition saine, un apport en eau et une hygiène de qualité suffisante, des soins maternels et infantiles, y compris le planning familial, les vaccinations ; le traitement approprié des maladies et blessures communes ; la fourniture de médicaments essentiels (...) Le concept et les thématiques des SSP sont actuellement revus par l'OMS ».

la satisfaction des besoins » [11]. Les SSP centrés sur les besoins ne sont pas bon marché, mais ils sont plus efficaces et donnent plus de satisfaction aux citoyens que toutes les autres options [11]. Il s'agit avant tout de donner la priorité à la dimension humaine, d'accorder une attention privilégiée aux valeurs et aux compétences de la population et des agents de santé. Osler écrivait déjà en 1904 : « il est bien plus important de savoir quelle sorte de patient a une maladie que de savoir de quelle maladie souffre un patient » [12]. La nécessité d'offrir des soins globaux centrés sur la personne est renforcée par le développement des maladies chroniques, des problèmes de santé mentale, la prise en compte de la dimension sociale des maladies. De nombreuses recherches ont montré que l'approche centrée sur le patient améliore autant la satisfaction du soignant que celle du patient [11].

Ce rapport, qui clarifie la différence entre les soins conventionnels et les SSP ainsi que l'évolution du concept des SSP depuis 1978, précise : « Les caractéristiques des soins de santé primaires sont le centrage sur la personne, l'exhaustivité, l'intégration, la continuité des soins, avec un point d'entrée régulier dans le système de santé afin qu'il devienne possible d'établir une relation de confiance durable entre les patients et leurs prestataires de soins » [11].

Des constituants essentiels des SSP sont donc la justice sociale, l'équité, l'accès universel aux soins, la participation

³ C'est Sam Annys qui a rapporté de la conférence d'Harare à Harrie Van Balen cette phrase de Mahler.

des communautés et les approches multi et intersectorielles de la santé.

Plusieurs expériences et recherches ont montré l'efficacité des SSP en termes de santé, de satisfaction des besoins et d'équité. Barbara Starfield, en comparant les systèmes de santé de différents pays industrialisés, a montré que les systèmes avec des SSP reposant sur des soins de première ligne forts avaient de meilleurs indicateurs de santé [13, 14]. Diverses expériences dans le tiers-monde vont dans le même sens, comme en Ethiopie où on a renforcé l'accessibilité, l'intégration des soins de première ligne [15] et où on a enregistré une hausse de l'espérance de vie de 13 ans en 17 ans [16], ou comme au Rwanda, avec, entre autres, la mise en place d'un système de couverture universelle [17, 18].

Quand les SSP se confondent avec la première ligne

Selon le deuxième type de définition, on considère les SSP comme les soins de première ligne (premier échelon), tels qu'on peut le comprendre sur base des deuxième et troisième phrases de l'article 6 de la Déclaration d'Alma Ata (encadré 1).

La Wonca Europe⁴, dans un document qui définit la médecine générale et la médecine de famille [19] fait continuellement référence aux SSP qu'elle définit ainsi : « la partie d'un système de santé, habituellement dans la communauté du patient, où a lieu le premier contact avec un professionnel de la santé (...) ».

De nombreux articles de la revue Santé Conjuguée, de la Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones de Belgique, reprennent cette interprétation : « par soins de santé primaires, nous entendons les soins de premier niveau, c'est-à-dire le niveau du système de soins qui est la porte d'entrée dans le système de soins, qui offre des soins généralistes, globaux, continus, intégrés, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins » [20].

Quand on différencie les SSP des soins primaires

L'expression *primary care* semble plus commune dans le monde anglo-saxon que l'équivalent français « soins

⁴ Wonca Europe : Société Européenne de Médecine générale-Médecine de famille, branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille.

primaires »⁵. Dans la littérature, on trouve régulièrement des traductions françaises de textes en anglais, où *primary care* est traduit par « soins de santé primaires ».

Sur son site internet, l'OMS fait une distinction entre les soins de santé primaires et les soins primaires [21] :

« les soins de santé primaires font référence au concept élaboré dans la Déclaration d'Alma Ata de 1978, qui est basé sur les principes d'équité, de participation, d'action intersectorielle, de technologie appropriée et sur le rôle central joué par le système de santé ».

« Les soins primaires sont plus que juste le niveau de soins ou de *gate keeping* ; ils sont un processus clef dans le système de soins. Ce sont les soins de premier contact, accessibles, continus, globaux et coordonnés. (...) Les soins primaires sont un élément des soins de santé primaires ».

Cette distinction est reprise de façon plus détaillée par la *Primary health care performance initiative* [22].

Le glossaire de la Banque de données en santé publique (BDSP) [23] ne définit pas les SSP, mais bien les soins primaires qui correspondent aux soins de première ligne (encadré 3).

Encadré 3 : Définition des soins primaires du glossaire de la BDSP [23]

« Premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent. Selon l'OMS, l'organisation des soins primaires dépend des caractéristiques socio-économiques et politiques du pays, mais devrait offrir des services de prévention, des services curatifs et des services de réadaptation, et comprendre l'éducation de la population au sujet de problèmes de santé majeurs ainsi que la façon de les prévenir et les contrôler. De tels soins sont fournis par un large éventail de professionnels de la santé, agissant ensemble en équipe, en partenariat avec la communauté locale ».

Barbara Starfield, championne passionnée et passionnante des soins primaires, a défini leurs fonctions essentielles, qui les rapprochent de ce type de définition : « ils servent de

⁵ Une recherche *via* le moteur de recherche Google (le 31/12/15) a montré :

^a: "primary health care" : 8 070 000 références

^b: "primary care" : 41 400 000 références

^c: "soins de santé primaires" : 329 000 références

^d: "soins primaires" : 242 000 références

a/b = 0.19

c/d = 1.36

premier point de contact pour tout nouveau besoin et problème de santé, ils délivrent des soins à long terme centrés sur la personne, ils rencontrent de façon globale tous les besoins de santé sauf ceux dont la rareté ne permet pas à un généraliste de les prendre en charge, ils coordonnent les soins qui doivent être reçus ailleurs » [24].

Ceci dit...

Ce petit parcours dans la littérature et les sites de santé publique révèle deux conceptions différentes des SSP. L'interprétation de l'article 6 de la Déclaration d'Alma Ata, qui comportait en lui-même des ambiguïtés, a permis l'émergence de ces deux types de définitions : les SSP sont compris soit comme un niveau de soins, soit comme une approche globale du système de santé.

L'OMS propose de différencier SSP et soins primaires, mais cela paraît peu pris en compte, en tout cas dans la littérature francophone. Cette distinction, qui veut lever l'ambiguïté de la définition d'Alma Ata, défie la logique. En général, quand on qualifie un élément, on réduit le champ de ce qu'il englobe. L'ensemble des travailleurs de santé est inclus dans l'ensemble des travailleurs. Comment concevoir que le champ des soins de santé primaires soit plus large que le champ des soins primaires ?

Considérer les SSP comme un système intégré qui comprend différentes lignes de soins articulées entre elles pour répondre aux besoins de la population (notre premier type de définitions) paraît mieux correspondre à l'esprit d'Alma Ata et du rapport de l'OMS 2008.

Ce que l'OMS propose d'appeler « les soins primaires », que certains confondent avec les SSP, pourrait s'appeler plus simplement soins de première ligne ou de premier échelon. Cela correspond à un niveau important, essentiel, des SSP, mais pas à leur totalité.

Tant que l'expression « SSP » pourra faire référence à deux types de contenus différents, il sera utile, en attendant un consensus sur sa définition, de la clarifier lors de son utilisation.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. Van Dormael M. Le Centre de santé intégré et les maisons médicales. Jalons pour les soins de santé primaires. Cahier du Germ. 1981 ;152.
2. World Health Organization (WHO). Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva : WHO ; 1978 (Health for All Series No. 1).
3. Walsh J, Warren K. Selective primary health care. An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. NEJM. 1979;301: 967-74.
4. Gericke C. Ebola and ethics : autopsy of a failure. BMJ. 2015;350:h2105
5. Mercenier P. Le rôle du centre de santé dans le contexte d'un système de santé de district basé sur les soins de santé primaires. IMT (1988).
6. Van Balen H. Disease control in primary health care : a historical perspective. Trop Med Int Health. 2004;9(6):A22-6.
7. Institute of Tropical medicine, Antwerp, Le Dit de Trasmène ; 2012. Consulté le 22/10/15. Disponible sur <https://vimeo.com/33222813>.
8. World Health Organization (WHO). Déclaration on strengthening District Health Systems based on Primary Health Care. Harare, Zimbabwe : WHO ; 7 August 1987.
9. World Health Organization (WHO). Health for All by the Year 2000. WHO:1981
10. World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1 (WHO1998)
11. Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde, 2008. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. OMS ; 2008.
12. Osler W. Aequanimitas. Philadelphia PA (USA) : Blakiston ; 1904.
13. Starfield B. Primary Care and Health. A Cross-National Comparison. JAMA. 1991;266(16):2268-71.
14. Primary Care/Specialty Care in the Era of Multimorbidity. 19th WONCA World Conference of Family Doctors. Cancun, Mexico ; May 19-23, 2010.
15. World Health Organization (WHO). Ethiopia. Analytical summary – Service delivery. 2015. Consulté le 09/04/16. Disponible sur <http://www.who.int/profiles_information/index.php/Ethiopia :Analytical_summary_-_Service_delivery>.
16. The World Bank Group. Data by country. Ethiopia. 2016. Consulté le 09/04/16. Disponible sur <http://data.worldbank.org/country/ethiopia>.
17. Farmer PE, Nutt CT, Wagner CM, Sekabaraga C, Nuthulaganti T, Weigel JL, *et al*. Reduced premature mortality in Rwanda: lessons from success. BMJ 2013;346:f65.
18. World Health Organization (WHO). Rwanda. Country health profile. 2015. Consulté le 09/04/06. Disponible sur <http://www.afro.who.int/en/rwanda/country-health-profile/health-and-development.html>.
19. Wonca Europe. La Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. Wonca Europe, 2002
20. Heymans I. Pourquoi des soins de santé primaires ? Santé Conjugée. 2006;37:25-30.
21. World Health Organization (WHO) Europe. Main Terminology; 2004; consulté le 27/10/15, disponible sur <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>.
22. The Primary Health Care Performance Initiative. 2015. Consulté le 12/12/15. Disponible sur <http://phcperformanceinitiative.org/sites/default/files/PHCPI%20Technical%20Definition%20of%20Primary%20Health%20Care.pdf>.
23. Banque de données en santé publique (BDSP). École des hautes études en santé publique, Rennes, France
24. Starfield B. The future of primary care: refocusing the System. N Engl J Med. 2009;359(20):2087-91.