

# Les programmes de santé

**Les organisations internationales ont préconisé la mise en œuvre dans les pays pauvres de programmes de santé ambitieux devant assurer l'accès de l'ensemble de la population à un niveau minimum de soins. S'ils ont contribué à l'amélioration de la santé des populations, cette approche doit être maintenant complétée par de nouveaux choix devant garantir l'accès à un système de soins de qualité.**

## De la santé primaire à une offre de soins de qualité en Afrique

**Hubert Baliq**  
Médecin de santé  
publique, Conseiller  
au ministère de la  
Santé du Mali

**L**a conférence internationale organisée en 1978 par l'OMS et l'Unicef à Alma-Ata constitua un véritable tournant dans la mise en œuvre des programmes de santé publique en Afrique au Sud du Sahara [17].

La déclaration solennelle qui y fut faite invita tous les pays à faire de la promotion des soins de santé primaires la stratégie fondamentale de leur politique de santé pour assurer l'accès de l'ensemble de leur population à un niveau satisfaisant de santé d'ici l'an 2000.

Dès lors, le slogan « santé pour tous en l'an 2000 » devint le maître mot des politiques de santé du monde en développement en général et de l'Afrique en particulier.

Mises à part quelques rares initiatives, les pays industrialisés restèrent à l'écart de ce mouvement qui, de fait, était conçu pour les pays pauvres de la planète.

### L'enthousiasme de la première décennie

La spécificité de cette option pour les soins de santé primaires résidait dans la participation des populations à l'amélioration de leur état de santé par la mise en œuvre d'actions réalisables au niveau des villages et

des quartiers périurbains sans nécessiter la présence de personnes qualifiées.

Sa justification du point de vue de la santé publique s'appuyait sur la nature des problèmes de santé prioritaires dans les pays en voie de développement, qui résultaient de mauvaises conditions de vie et d'un environnement peu favorable. Leur origine essentiellement parasitaire, infectieuse ou nutritionnelle conduisait à préconiser la conduite d'actions de santé relativement simples pour les résoudre.

Par la formation d'agents de santé communautaire et la mise en place de pharmacies villageoises, supervisées par le personnel soignant d'un centre de santé, il fallait assurer l'accès de tous à un niveau de soins pouvant améliorer de façon significative et au meilleur coût le niveau dramatique des principaux indicateurs de santé.

Une telle approche trouvait alors parfaitement sa place dans le contexte idéologique d'une époque qui était fortement marquée par le refus des injustices et la conviction de pouvoir résoudre la plupart des grands problèmes par des mesures à caractère fortement politique.

L'état d'esprit des années soixante-dix, qui s'inscrivait dans la mouvance des événements de mai 68, était imprégné par le mythe de la victoire du peuple démuné sur la puissance des nantis, des savoirs populaires sur les prétentions du monde moderne, de la recherche du bien-être sur l'aliénation de l'argent...

La forte médiatisation des communes populaires de

suite page 46



### Accès aux médicaments essentiels : une bataille perdue ?

**L'accès aux médicaments essentiels pour les populations les plus pauvres est le défi à relever pour les prochaines années**

« **S**anté pour tous en l'an 2000 »... le moins que l'on puisse dire est que nous sommes loin du compte, quand les écarts entre riches et pauvres s'accroissent chaque jour.

L'accès aux traitements de base et aux médicaments essentiels est un pilier de tout système de soins, même s'il est loin de résumer une politique de santé publique. Les centres de santé où l'on ne trouve pas de médicaments sont rapidement désertés et sont dans l'impossibilité d'avoir d'autres activités indispensables telles que l'éducation sanitaire, la prévention, etc.

Environ le tiers des 50 millions de personnes qui meurent chaque année dans le monde meurent d'une infection. Ces personnes vivent pour l'essentiel dans des pays du sud et meurent de maladies qui sont pour la plupart curables (à l'exception du sida).

La situation actuelle, avec des malades au sud et des médicaments au nord, est moralement inacceptable. Il n'existe bien entendu aucune solution simple à ce défi, car le défaut d'accès aux médicaments essentiels des populations démunies résulte d'une multiplicité de facteurs.

À partir de son expérience de terrain, Médecins sans frontières (MSF) s'est engagé pour plusieurs années dans une « campagne d'accès aux médicaments essentiels », structurée autour de trois thèmes principaux : stimuler le redémarrage de la recherche et développement pour les pathologies « tropicales » ; assurer la production de médicaments essentiels en voie d'abandon par leurs producteurs ; faciliter l'accessibilité financière aux médicaments essentiels brevetés (et pour ce faire, demander une « exception sanitaire » dans le cadre des accords internationaux du commerce)<sup>1</sup>.

**Un abandon de la recherche et du développement pour les pathologies tropicales**

Entre 1935 et 1970, quand le marché des pharmaceutiques prenait en compte les intérêts de pays colonisateurs, la contribution de l'industrie pharmaceutique occidentale à la lutte contre les maladies tropicales endémiques a été cruciale. Depuis, les laboratoires se sont manifestement désintéressés des pathologies affectant les pays pauvres et se sont tournés vers des productions plus rentables, répondant aux besoins et au pouvoir d'achat des pays industrialisés.

Le résultat est là : quand un médicament pour le traitement des maladies tropicales est identifié à un stade précoce de recherche, le fabricant décide souvent de ne pas le développer, car il serait inabordable pour les patients concernés.

**La production de médicaments essentiels est interrompue pour des raisons de profit**

L'efficacité du *chloramphénicol* huileux pour traiter la méningite bactérienne est comparable à celle du traitement classique à base d'*ampicilline*. Son coût abordable et sa simplicité d'administration en font un médicament adapté aux pays en développement, notamment pendant les épidémies. Pourtant, la production et la disponibilité du *chloramphénicol* huileux ont été menacées. Le laboratoire Roussel Uclaf a en effet interrompu sa fabrication en 1995. Un transfert de technologie vers un laboratoire de Malte (sous la responsabilité de IDA, fournisseur à but non lucratif de médicaments essentiels génériques et grâce aux efforts de MSF) a permis de redémarrer une production de qualité depuis la fin 1998.

D'autres maladies graves, comme la leishmaniose ou la maladie du sommeil (voir encadré), connaissent des situations comparables : pour des raisons de rentabilité, des médicaments qui peuvent les combattre ont commencé à disparaître du marché. Il s'agit souvent de produits qui ont été



découverts dans les années cinquante et 1960, voire antérieurement, et ne sont pas ou plus utilisés dans les pays riches.

**Le coût prohibitif des nouveaux médicaments**

La dysenterie à *Shigella* type 1 est une forme extrêmement contagieuse de dysenterie. Non traitée, elle conduit à la mort dans 5 à 15 % des cas. La shigelle est rapidement devenue résistante aux antibiotiques traditionnels comme l'*acide nalidixique*. Des médicaments plus récents, comme la *ciprofloxacine* ou la *norfloxacine*, sont dix fois plus chers. MSF a conclu un accord avec les laboratoires Bayer Pharma, pour obtenir de la *ciprofloxacine* au prix de l'*acide nalidixique*. Mais il s'agit d'une mesure ponctuelle, sans perspective à moyen terme.

Les exemples ne manquent pas de nouveaux médicaments qui ne sont pas

**Bernard Pécol**  
Directeur  
**Pierre Chirac**  
Consultant  
Campagne  
« Accès aux  
médicaments  
essentiels » de  
Médecins sans  
frontières



© Médecins du monde. Photo Jean-Pierre Degas

abordables financièrement ; le cas le plus connu concerne les différents médicaments du sida. Beaucoup d'entre eux, récemment mis sur le marché, sont encore protégés par un brevet. Leur prix, établi en fonction des moyens des pays industrialisés, rend souvent ces médicaments inaccessibles dans les pays pauvres, sauf pour une élite. C'est la raison pour laquelle MSF soutient toutes les mesures d'exception au droit des brevets (licences obligatoires) prévues par les accords internationaux du commerce (accords de l'OMC) pour permettre de réduire les prix des médicaments.

Il existe de nombreux autres problèmes dans l'accès aux médicaments essentiels des pays pauvres. La contrefaçon est l'un de ceux-là.

#### Contrefaçons et médicaments de mauvaise qualité

Les pays pauvres ont rarement les ressources suffisantes pour appliquer les normes internationales nécessaires à la production de médicaments de qualité. Par ailleurs, dans de nombreux pays, y compris industrialisés, ces mêmes normes sont parfois mi-

ses en œuvre de façon moins stricte lorsque les médicaments sont destinés à l'exportation. La qualité des médicaments et donc leur efficacité sont incertaines dans bien des cas.

On assiste aussi à la commercialisation de faux médicaments, les contrefaçons, mises sur le marché de manière illicite. Les équipes MSF ont été confrontées à ce problème pendant la campagne de vaccination contre la méningite menée en 1995 au Niger. Quelque 88 000 vaccins, objet d'un don en provenance du Nigéria, ne contenaient pas de principe actif. Les conséquences en ont été fatales pour des personnes mal vaccinées.

L'accès aux médicaments essentiels pour les populations les plus pauvres est sans doute l'un des grands défis éthiques des prochaines années. Les progrès thérapeutiques sont sources d'enrichissement dans les pays industrialisés. On ne peut accepter que cet enrichissement repose en partie sur un déni d'accès aux traitements pour une grande partie de l'Humanité. ■

1. De nombreux documents sur la campagne d'accès aux médicaments essentiels sont consultables sur le site [www.accessmed-msf.org](http://www.accessmed-msf.org)

### Une maladie oubliée : la trypanosomiase africaine

**L**a trypanosomiase africaine (ou maladie du sommeil) est due à un trypanosome transmis à l'homme par la piqûre d'une glossine (ou mouche tsé-tsé). La maladie du sommeil conduit sans traitement à une encéphalite, un coma et la mort. La maladie du sommeil est aujourd'hui en pleine recrudescence et touche probablement 450 000 personnes sur les 60 millions de personnes menacées en Afrique équatoriale.

L'*éflornithine* (ou DFMO) a été découverte en 1985. C'est le seul médicament dont l'efficacité a été prouvée dans les cas de résistance, de plus en plus fréquents, au *mélar-soprol*, traitement de référence de la maladie du sommeil.

Après avoir été commercialisée par Merell Dow à un prix très élevé (4 000 F le traitement), la production de ce médicament a été interrompue. Depuis 1996, Hoechst Marion Roussel (HMR), qui a racheté Merell Dow, a offert à l'OMS les droits de commercialisation de l'*éflornithine*. L'accord de transfert de licence a été signé en décembre 1999. En collaboration avec les responsables de l'OMS, des ONG impliquées sur le terrain, et d'OTECEI (association de cadres retraités de l'industrie pharmaceutique), MSF recherche une solution qui permette de rendre à nouveau disponible cette molécule, difficile à fabriquer.

Un stock de matière première re-

trouvé chez HMR a permis de relancer une production pour les prochains 12 à 18 mois. Cette solution n'est cependant pas pérenne. Un producteur devra être trouvé dans un pays du sud. L'OMS en tant que nouveau propriétaire de la molécule a délégué à MSF la mise en œuvre de tous les aspects opérationnels de l'accord : « *assurer la production, la commercialisation et l'homologation de l'éflornithine en Afrique et en Europe* ».

Un rôle central que MSF se voit contraint d'accepter pour débloquer une situation sans issue. Mais qui met en lumière les carences des pouvoirs publics, des institutions internationales et des industriels.



[suite de la page 43](#)

Chine et les succès des combattants vietnamiens contre l'armée des États-Unis étaient pour toute une génération la démonstration éclatante que la clé du développement des pays les plus pauvres résidait dans l'engagement populaire autour d'objectifs communs et qu'il était possible de les sortir du sous-développement par la mobilisation de leurs propres énergies. Dans le domaine spécifique de la santé, cette vision était appuyée par les discours de personnalités comme Yvan Illitch, qui dénonçait l'appropriation de la médecine par les professionnels de santé, et était illustrée par les récits des médecins aux pieds nus de Chine, des promoteurs de la santé d'Amérique centrale ou des hygiénistes secouristes du Niger.

Aux yeux des mouvements progressistes, fortement soutenus par certaines organisations internationales et une partie du monde associatif, les médecins qualifiés, les hôpitaux, les technologies de pointe étaient réservés aux minorités les plus favorisées et dénoncés comme sources d'exclusion vis-à-vis des plus pauvres.

L'importance des dépenses de santé qui en résultaient était présentée comme le reflet des liens étroits qui existaient entre la médecine et le pouvoir de l'argent.

Les soins de santé primaires rendaient possible ce qui était jusqu'alors inimaginable : réaliser à brève échéance la santé pour tous. Leur caractère révolutionnaire vis-à-vis de la société dominante les rendait encore plus attractifs pour les militants tiers-mondistes, dont il contribuait à renforcer l'engagement.

Pendant cette montée en puissance des soins de santé primaires, de fortes oppositions se firent entendre pour dénoncer la naïveté, voire le caractère démagogique de l'approche. Le fait qu'elles provenaient généralement de professeurs d'université ou de médecins militaires tendait à les présenter comme l'expression de forces conservatrices et contribuait à confirmer ainsi le bien-fondé de la nouvelle cause.

### **Des résultats exaltants à court terme, mais vite décevants**

Pendant plus d'une dizaine d'années, la promotion des soins de santé primaires pour parvenir à la santé pour tous en l'an 2000 devint en Afrique au sud du Sahara le seul choix possible. Les personnalités qui osèrent formuler des réserves à son endroit furent invitées à revenir à des propos plus « politiquement corrects ».

L'implication des ONG et de leurs volontaires fut essentielle pour servir de relais aux discours des organisations spécialisées des Nations unies et à l'engagement de certains États.

Ce grand mouvement en faveur de la santé pour tous fut progressivement rejoint par la Banque mondiale, l'Union européenne et la plupart des organisations bilatérales.

Grâce à une mobilisation exceptionnelle des « communautés » d'Afrique, des centaines de milliers d'hygiénistes secouristes, d'accoucheuses villageoises, de thérapeutes traditionnels furent formés et des dizaines

de milliers de pharmacies villageoises furent installées. Les comités de santé se multiplièrent. À ces activités destinées à assurer l'accès de tous aux soins vint s'ajouter toute une série d'actions devant améliorer la santé conformément aux principes de la plurisectorialité. C'est ainsi que les jardins collectifs, les aménagements de points d'eau, les banques de céréales vinrent s'ajouter aux coopératives et aux écoles ruralisées pour répondre à la globalité de la santé.

Conformément au but recherché, la multiplication des équipes de santé de village conduisit dans certains pays à une croissance rapide des indicateurs d'accessibilité aux soins.

Les visites de personnalités dans les localités où les cases de santé étaient les plus démonstratives et les publications scientifiques montrant le succès des meilleures expériences se multiplièrent ; des films furent réalisés pour montrer le bien-fondé des soins de santé primaires et de la participation communautaire.

Mais au bout de quelques années, l'approche qui avait été présentée comme « la » solution aux problèmes de santé des pays les plus pauvres commença à montrer ses limites.

Tant que les actions évoluaient au sein de « projets » bénéficiant d'un appui financier externe ou du soutien passionné de volontaires expatriés, elles perduraient. La régularité des supervisions et la multiplication des formations parvenaient à maintenir le fonctionnement courant des activités. Le versement de « per diem » et autres indemnités contribuait à susciter les ardeurs nécessaires chez les fonctionnaires peu payés.

Mais dès qu'elles échappaient au soutien des programmes d'aide au développement, la motivation des acteurs salariés ou bénévoles montrait ses limites. À des baisses d'activité faisaient suite des abandons de plus en plus fréquents. À l'inverse, les succès de certains agents non rémunérés laissaient entendre qu'ils avaient fait de leur pratique une simple activité lucrative.

### **Un réajustement vers la technicité**

Au milieu des années quatre-vingt, la nécessité de parvenir à des résultats visibles en termes de santé publique conduisit les organisations internationales à revenir à la mise en œuvre de programmes verticaux. Conçus, planifiés et financés par des norias d'experts, ils devaient faire infléchir de façon rapide des indicateurs que les services de santé de base mettaient trop de temps à maîtriser : la lutte contre les maladies diarrhéiques ou la lutte contre les infections respiratoires aiguës (IRA) succédèrent au programme élargi de vaccination (PEV) pour relancer l'activité des services de santé.

Le district sanitaire fut alors considéré comme le niveau opérationnel pour la mise en œuvre des différentes activités de santé publique et l'intégration des multiples programmes.

Un grand tournant fut pris en 1987 avec la tenue au Mali d'une conférence internationale, au cours de laquelle fut lancée « l'Initiative de Bamako ».

Prenant acte de l'essoufflement des soins de santé primaires et s'inspirant des résultats d'expériences conduites dans certains pays, l'OMS fit alors du recouvrement des coûts et du recours aux médicaments essentiels présentés sous leur dénomination commune internationale les fondements d'un mouvement pour la relance des soins de santé primaires.

On assista alors à une véritable restructuration des systèmes de soins de nombreux pays qui se positionnèrent sur des bases beaucoup plus saines. Cette évolution qui allait recentrer le dispositif sanitaire autour de la gestion des formations sanitaires périphériques traduisait en fait l'entrée de l'économie dans le secteur de la santé. Elle commençait à mettre en exergue le coût des soins, à préconiser l'équilibre des comptes et à recommander la limitation des gaspillages.

Cette nouvelle approche, définie autour des principes de l'Initiative de Bamako, devait permettre aux États de disposer d'un système de soins opérationnel et apte au développement.

La revitalisation des centres de santé par la remise à niveau des structures et de leur personnel, l'installation de comités de gestion, la définition d'aires de santé, l'instauration du monitoring, le renforcement de la supervision,... vinrent lui donner une dimension nouvelle.

Cette dynamique conduisit à la remise en cause du monopole de l'État sur l'offre de soins en préconisant l'autonomisation et la mise en réseau de tous les établissements de soins pour assurer la réalisation du service public de santé sous la régulation de l'État.

### Les enseignements

La santé pour tous en l'an 2000 a constitué avant tout un slogan mobilisateur qui, en préconisant des solutions plutôt qu'en cherchant à résoudre des problèmes, a entravé les réflexions nécessaires au développement. Si l'accès de tous à la santé constitue le but à atteindre et permet de définir le cap à garder en toutes circonstances, les actions à entreprendre doivent être ambitieuses et volontaires, mais rester pragmatiques.

Le bilan des vingt-deux années écoulées depuis Alma Ata permet d'affirmer l'engagement politique de la plupart des États autour de ce slogan, ainsi que l'importance des efforts humains et financiers consentis par la communauté internationale pour les aider.

L'analyse des programmes mis en œuvre permet tout d'abord de remettre en cause le principe de simplification systématique des soins pour assurer l'accessibilité au plus grand nombre.

L'expérience a montré qu'il existe un niveau minimum au-dessous duquel une formation sanitaire ne peut pas maintenir la pérennité de ses activités.

Leur analyse permet ensuite d'affirmer qu'il est nécessaire d'aborder les systèmes de soins dans leur globalité. La promotion des soins de santé primaires ne doit pas se faire de façon isolée, mais dans le cadre d'une promotion d'ensemble du système de soins au sein duquel ils s'inscrivent nécessairement [7]. C'est ainsi que la prise en compte des hôpitaux est incontournable, non seulement parce qu'ils assurent les

suite page 50

## Le système de soins du Mali : changement complet de mentalité

L'étude du système de soins du Mali [2] a montré que ce pays qui figure parmi les plus pauvres du monde avec moins de 300 \$ par habitant, dispose de ressources suffisantes pour répondre de façon satisfaisante à la demande actuelle de soins et pour assurer sa progression au cours des années à venir.

Le système de soins qu'il est en train de mettre en place s'appuie sur 4 axes majeurs :

- la réalisation des soins de premier niveau par des établissements privés signataires d'une convention de service public avec l'État, qui peuvent être soit des centres de santé associatifs gérés par des représentants des usagers, soit des structures à but lucratif ;
- la médicalisation de ces établis-

sements, y compris en zone rurale. À ce jour, une cinquantaine de « médecins de campagne » [1] montrent qu'il est possible d'inciter de nombreux docteurs en médecine à retrouver le chemin des villages et que leur présence est non seulement réaliste, mais aussi la source d'une plus grande efficacité et d'une meilleure efficacité ;

- une réforme en profondeur des hôpitaux publics, structurée autour de la notion de performance par l'introduction d'une gestion d'entreprise et la contractualisation ;

- la création d'un tiers payant reposant sur le développement de mutuelles et d'un fonds de solidarité destiné à la prise en charge des personnes démunies.

Le succès de cette approche né-

cessitera le développement des capacités d'évaluation et d'accréditation des établissements de soins, afin de pouvoir donner à l'approche contractuelle toute sa dimension.

Les enjeux de ce nouveau système résident dans le changement complet de mentalité, qui doit rompre avec la vision d'un État centralisateur, bureaucratique et source d'irresponsabilité, pour amener les professionnels de santé à se mettre au service des malades en développant une médecine de famille, les populations à s'impliquer dans la gestion de leur propre devenir à travers les rouages du droit et l'État à se concentrer sur ses fonctions de régulation. **HB**



### Facteurs socioculturels et santé : l'exemple du Sahel

**Yannick Jaffré**  
Anthropologue,  
Shadyc, École  
des hautes  
études en  
sciences  
sociales

**Faire de la prévention ou du soin dans les pays défavorisés nécessite de s'intéresser aux pratiques, comportements et représentations des populations.**

**D**ans le domaine sanitaire, et notamment dans les pays les plus défavorisés, plusieurs raisons incitent, voire obligent, à s'intéresser aux conduites et aux représentations des populations.

Tout d'abord, dans ces pays où les principales causes de mortalité sont le paludisme, les malnutritions, les diarrhées et le sida, globalement, les actions préventives « de base » reposent sur une modification de divers comportements sociaux, allant de l'hygiène aux pratiques alimentaires et amoureuses.

Par ailleurs, les modalités d'accès aux services de santé sont aussi très largement dépendantes d'un ensemble de facteurs allant de l'économique à l'interprétation populaire de la maladie.

Plus encore, le choix des recours thérapeutiques – dispensaire, guérisseur, marabout, etc. – s'effectue, en grande partie, selon diverses formes d'évaluation profane de la qualité des structures de soins et de leur supposée capacité à traiter les maladies, non telles qu'elles sont médicalement définies, mais selon la manière dont elles sont ressenties et interprétées.

Enfin, les interactions entre les soignants et les soignés ne sont pas qu'une affaire de compétences techniques. Elles ne peuvent être comprises et améliorées sans tenir compte des identités sociales des acteurs qui y sont impliqués. Bref, pour le dire fort banalement, on ne peut faire de santé publique sans connaître les « publics » des actions de santé, sans comprendre leurs conduites, ou sans s'interroger sur leurs pratiques sanitaires.

L'anthropologie s'introduit ainsi dans la santé publique, par une lapalissade. Mais souligner une évidence est bien insuffisant. C'est pourquoi nous illustrerons maintenant de manière précise, par quelques exemples pris dans des pays sahéliens, l'importance de ces aspects qualitatifs pour l'analyse d'une situation socio-sanitaire et l'amélioration de l'offre de santé. Sans espérer être exhaustif dans le cadre d'un si bref article, nous attacherons aussi, sur trois points précis – la compréhension des conduites sociales ayant un impact sur la santé, l'accès au service de santé

et les conduites des personnels de santé –, à montrer la variété des données socioculturelles, qu'il est indispensable de connaître si l'on souhaite améliorer durablement l'offre de santé.

#### Conduites sociales et prévention

Au Mali, selon l'annuaire statistique édité par la division épidémiologique, 6 % des consultations ont pour motif une maladie de peau, et sur une grande partie du territoire, la gale semble endémique. Face à cette situation, à juste raison médicale, la santé publique insiste sur l'importance de respecter diverses normes d'hygiène, collective, familiale et individuelle. Elle relève par exemple, dans la gestion communautaire, l'absence de ramassage des ordures ménagères, de collecte des eaux usées, du péril fécal, et souligne plus précisément encore, que « la promiscuité » (partage de la même literie, surpeuplement des concessions) semble déterminante dans la transmission de la gale, mais également des pyodermites, teignes et pédiculoses. On l'aura aisément compris, l'action sanitaire est ici dépendante de l'instauration d'un dialogue avec les populations concernées. Et, puisqu'on ne peut dialoguer avec un autre sans comprendre son point de vue et les logiques comportementales qui expliquent ses actes, dans ce domaine sanitaire, la réalisation des objectifs préventifs implique d'analyser les conduites et les modes de vie des populations de compléter l'indispensable quantification épidémiologique des pathologies et des comportements « à risque », par l'étude des significations que leur accordent leurs auteurs. Si l'autre n'a pas toujours raison de faire ce qu'il fait, sans doute ne le fait-il pas cependant sans raisons ?

Mais poursuivons. S'attachant à des questions d'hygiène individuelle et collective, les conseils sanitaires évoquent d'implicites distinctions entre ce qui relève du « souillé », du « sale » ou du « propre ». Or, chaque culture – voire parfois chaque sous-groupe social – discrimine spécifiquement des notions susceptibles d'être traduites par les termes de pollution, souillure ou impureté. Il est donc indispensable, si l'on souhaite être compris par son interlocuteur, de circonscrire les significations de ces termes selon les sociétés et leurs croyances. Par exemple, au Mali, en milieu rural Bambara, les populations établissent une distinction entre ce qui relève de la « saleté » : *nògò* (*saniya b'a la*, lit. c'est une affaire de propriété) et d'une certaine forme de « souillure », *nyama* (*fen juguba b'a la*, lit. c'est une affaire de « chose » mauvaise). Cette distinction sémanti-

que dans le continuum de la « nuisance » permet d'appréhender le sens vécu de certaines pratiques ayant des implications sanitaires. Par exemple, certains espaces religieux sont nettoyés avec soin, puisque la présence d'ordures sur les voies conduisant à la mosquée s'opposerait à l'indispensable pureté de l'orant. Par contre, en d'autres lieux, le décor change, puisque certaines déjections animales peuvent être considérées comme des signes de richesse, attestant de la réussite d'un éleveur. De même, à l'intérieur des concessions, les selles des enfants, tant qu'elles ne sont pas « moulées », ne produisent pas de dégoût, et ne sont traitées que par un rapide balayage, voire parfois utilisées pour enduire les dents et les gencives de personnes souffrant de caries. Dans d'autres circonstances, il sera recommandé aux hommes de ne pas trop se laver afin de ne pas amoindrir la « force » des produits supposés les protéger d'éventuelles attaques sorcières, etc.

On comprend aisément que les représentations sociales du propre et du sale correspondent ainsi à des formes précises d'organisation sociale, et jouent, très globalement, le rôle de cadres conceptuels induisant et conférant un sens à diverses pratiques.

Mais ces questions ne concernent pas que le domaine des actions préventives. Ce type d'interférences, entre de nécessaires mesures médicales et des habitudes sociales, est aussi particulièrement important lorsque la prise en charge de ces affections dermatologiques (gale, impétigo, etc.) implique d'associer des traitements individuels et des mesures collectives. Pour nous limiter à évoquer une seule de ces difficultés, soulignons l'écart entre l'apparente simplicité d'un objectif comme « réduire la promiscuité » et ce que les pratiques de couchage et de résidence engagent et reflètent comme liens sociaux, allant de la socialisation de l'enfant à la définition de liens de parenté, définissant une place pour chacun en fonction de son sexe, de son âge, de son statut.

Il ne s'agit là que d'un exemple. Mais, remarquons seulement qu'en dehors de quelques « propositions techniques » comme les vaccinations, les objectifs des programmes de prévention, consistent à modifier des pratiques sociales (alimentation, hygiène, sexualité,...) qui, bien qu'ayant un impact sur la santé, sont vécues selon d'autres finalités (gustatives, propitiatoires, ludiques,...) par tout un chacun. Autrement dit, les principaux déterminants de santé sont enchâssés dans des représentations et des conduites sociales.



© Médecins du monde. Photo AICF

### Représentation de la maladie et accès au système de santé

Nous prendrons maintenant un exemple dans le domaine pédiatrique. La fontanelle, espace membraneux compris entre les os du crâne des jeunes enfants, et qui ne s'ossifie que progressivement au cours de la croissance, ne se manifeste vraiment qu'en deux occasions. Lorsqu'elle est bombée, elle peut signaler une méningite, lorsqu'elle est déprimée, une déshydratation. D'un point de vue épidémiologique, dans toute l'aire sahéenne, la forte prévalence de ces deux affections rend, malheureusement, ces symptômes courants.

Mais si, pour la médecine, il s'agit de signes, cette dépression est interprétée par les populations comme étant une maladie à part entière. Au Niger, en population Zarma, cette pathologie ressentie se nomme *longo* ou *longiya*, et est attribuée à diverses causes dont une mauvaise qualité du lait ou un contact avec un autre enfant malade. Plus à l'Est, en pays Haousa, cette « maladie » se nomme *madiga*. On lui suppose plusieurs causes dont principalement une souffrance

foetale liée à un long travail d'accouchement ou une autre pathologie caractérisée par des diarrhées et des vomissements. À l'ouest du Burkina Faso, cette même entité se nomme *nunan*, et serait principalement causée par un sevrage trop brutal. Enfin au Mali, en pays Bambara, deux termes, *ngunan jigín*, et *nagalo* (lit. palais) désignent la fontanelle et sa dépression.

Dans l'ensemble de ces populations, les traitements engagés consistent en une relation directe entre un symptôme et un geste thérapeutique simple. Si les substances diffèrent, pour toutes ces populations, les soins consistent à masquer la marque de la maladie en comblant la dépression observée grâce à un amalgame de divers produits. Cette pathologie ne suscite aucune recherche thérapeutique ou étiologique spécifique et globalement ces remèdes, qui sont l'apanage des vieilles, supposées être proches des enfants, s'accordent simplement au plus visible de la maladie.

Il en découle que les populations n'envoient pas, tout au moins en première intention, les enfants au dispensaire, où l'action thérapeutique s'applique sur les risques de déshydratation et non pas sur le symptôme lui-même. D'un côté se conjuguent l'évidence du symptôme et le traitement populaire (dépression et comblement de la fontanelle) ; de l'autre, se trouve la difficulté de l'interprétation du traitement médical : comment, en effet, relier le symptôme à une déshydratation et, éventuellement, à un traitement au long cours d'une malnutrition ?

Bien que discrète, cette représentation populaire n'est pas sans conséquences sanitaires. En effet, dans des zones rurales des pays de l'Afrique subsaharienne où moins de 40 % de la population a accès à de l'eau potable, les diarrhées sont une des principales causes de mortalité infantile. Au Mali, par exemple, où 125 à 200 enfants pour mille naissances vivantes meurent avant l'âge d'un an, et environ 250 à 350 pour mille décèdent entre 0 et 5 ans, les diarrhées représentent près de 15 % des causes de mortalité infantile et 28 % des consultations pédiatriques. Plus spécifiquement, dans le service de pédiatrie de l'hôpital national de référence de Bamako, cette pathologie est à l'origine d'environ 15 % de la totalité des décès.

Facteur de risque silencieux, dans sa simplicité, « la maladie de la fontanelle » explique, tout au moins en partie, l'insuffisante utilisation des méthodes de réhydratation orale et un accès trop tardif aux services de santé.

### Interactions entre soignants et soignés

Mais l'importance de ces données culturelles ne concerne pas uniquement les populations. Elle s'applique aussi aux personnels de santé. En effet, et nous ne prendrons ici encore qu'un seul exemple, la qualité de nombreuses pratiques de soins dépend certes de la maîtrise par les professionnels de santé de compétences strictement techniques, mais aussi de facteurs sociaux déterminant les modalités de leurs rapports aux malades.

Par exemple, au Mali, en pays bambara, les connotations affectives du dialogue sont très fortement liées aux statuts des interlocuteurs et à leurs réciproques inclusions dans diverses sphères sociales. Au plus proche se trouvent ceux qui appartiennent à la parenté (*sòmògòya* et *balimaya* : filiation et alliance). Ces liens affectifs et sociaux, internes à la parentèle sont vécus comme naturels et relevant de l'ordre du devoir. Viennent ensuite les relations d'amitiés (*teriya*), de voisinage (*siginyòngònya*) et de « promotion », puis les connaissances (*dònbagaya*), et, enfin ceux dont on s'occupe (*ne ka mògòw*, lit. mes gens), d'autant plus... qu'ils sont porteurs de signes de prestige social : riches vêtements, professions utiles, etc. En dehors de ces liens sociaux, si tout inconnu peut éventuellement bénéficier de pitié ou de respect, il s'expose cependant, puisqu'« il n'est personne » (*karisa ne fòsi tè*, lit. celui-là ne m'est rien), à toutes les formes de violence. Bref, pour le dire fort simplement, la qualité de l'accueil et des soins est corrélée aux statuts sociaux des malades plus qu'à une compassion selon la gravité des cas ou des souffrances endurées.

### L'utilité des données qualitatives

Il est évidemment impossible de décrire les pratiques ayant une influence sur les états de santé, les modalités d'accès aux services, ou la qualité des interactions entre populations et soignants, sans comprendre le sens que les acteurs attribuent à leurs actes.

Pour ce faire, il faut certes disposer d'outils d'analyse permettant de décrire des représentations des maladies, mais aussi comprendre les interactions et les rapports de pouvoir s'installant entre équipes de soin et malades. Il faut surtout globalement accepter de passer des questions que l'on se pose, aux questions que l'autre se pose, autrement et « plus politiquement » dit, considérer les populations comme des acteurs essentiels de leur propre santé. ■



suite de la page 47

activités de référence dont les formations sanitaires de premier niveau ne sauraient se passer, mais aussi parce qu'ils participent à la formation des professionnels de santé sur qui repose le bon fonctionnement des formations sanitaires périphériques.

Leur analyse permet enfin de préciser les spécificités de la participation des populations. Une vision erronée des sociétés d'Afrique a souvent conduit à préconiser une approche « communautariste » pour asseoir l'engagement des populations à l'amélioration de leur état de santé. Or si de nombreuses actions doivent être réalisées de façon collective, l'engagement proprement dit doit être avant tout individuel. C'est dans les fondements de la citoyenneté que doivent s'insérer les racines de la participation.

Mais le principal enseignement des programmes mis en œuvre est d'inscrire les systèmes de soins dans une dynamique de l'offre, en considérant que c'est la présence d'un réseau d'établissements de soins performants qui développera la demande nécessaire pour répondre aux besoins des populations et pour générer les ressources qu'exigent le fonctionnement et le développement du système de soins.

Il sera pour cela nécessaire de veiller à ce que tous les établissements de soins disposent de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion, d'assurer la présence d'un personnel soignant bien formé et motivé et de permettre à chaque établissement d'assurer l'équilibre de ses comptes, tout en intégrant l'ensemble des charges, y compris celles qui garantiront l'engagement du personnel.

Dans une telle perspective, l'État aura un rôle fondamental à jouer, qui ne sera plus de produire des soins, mais d'assurer la régulation du système de soins, en garantissant le respect du droit et des principes d'équité.

Le financement des soins sera assuré par les contributions des usagers, qui devront pouvoir adhérer à des organismes de protection sociale, et sera complété par l'État, dans le cadre de relations contractuelles qui permettront d'une part l'équilibre des comptes des établissements situés dans des zones les plus difficiles, d'autre part la mise en œuvre des grands programmes de santé publique, comme le PEV ou la lutte contre la tuberculose. La mise en place de mécanismes d'évaluation constituera le complément indispensable d'une telle approche.

### Les perspectives offertes à la santé pour tous

La plupart des pays d'Afrique disposent à ce jour d'un système de soins qui a déjà bénéficié au cours des dernières décennies des appuis de très nombreux projets tout aussi ambitieux les uns que les autres.

L'essentiel est aujourd'hui de rompre avec les slogans généreux pour mettre l'accent sur la restructuration du système de soins, afin qu'il soit en mesure de produire des soins de qualité au meilleur coût.

Arrivés en l'an 2000, ces pays disposent entre autres de deux atouts majeurs pour consolider leur système de soins et progresser vers la santé pour tous.

Le premier réside dans la disponibilité d'un nombre croissant de médecins, dont une proportion non négligeable acceptera de travailler en zone rurale ; le second résulte de l'importance des dépenses des ménages, qui dans certains pays dépassent les deux tiers de l'ensemble des dépenses de santé du pays. Si l'on considère que les services obtenus en retour sont généralement d'un coût excessif et d'une qualité médiocre, il est possible de compter sur ces sommes pour financer une partie importante des coûts récurrents des nouveaux systèmes de soins.

### En conclusion

Au terme de ce <sup>xx</sup>e siècle où les bonnes intentions ont souvent été à l'origine de drames ou d'échecs retentissants, le temps n'est plus aux slogans mobilisateurs. La santé pour tous ne se décrète pas. Ce n'est pas par des discours idéologiques qu'on parviendra à sortir les trois quarts de l'humanité de conditions de vie inacceptables, mais par une meilleure rationalité dans l'utilisation des ressources actuellement disponibles.

L'enjeu de la décennie à venir n'est plus d'imaginer des stratégies romantiques mais de répondre de façon pragmatique aux insuffisances des systèmes de soins actuellement en place.

La question fondamentale ne doit plus être d'assurer la présence d'une offre de soins dans chaque village, mais de faire en sorte que l'offre de soins existante réponde au mieux à la réalité des besoins et aux spécificités de la demande.

Dans les pays d'Afrique, y compris les plus pauvres, c'est en effet par la présence d'établissements de soins assurant des soins de qualité aux meilleurs coûts qu'émergeront les dynamiques nécessaires à leur fréquentation et donc au développement du système de soins.

La présence d'une offre de soins crédible permettra d'assurer l'accessibilité financière grâce à une répartition judicieuse du budget de l'État et à la création d'organismes autonomes de tiers payant reposant sur la mutualisation des risques et la solidarité.

Si une telle optique ouvrira le champ au développement d'une offre de soins privée, l'État devra jouer le rôle majeur de garant du droit et de l'équité.

Outre l'exercice de ses responsabilités en matière de respect des normes qui doivent s'imposer à tous les professionnels de santé, il devra veiller à la réalisation effective du service public de santé, en apportant notamment les subventions indispensables pour assurer la disponibilité des soins dans certaines zones géographiques ou vis-à-vis des catégories sociales les plus défavorisées.

Pour y parvenir, la contractualisation, l'évaluation et l'accréditation devront devenir les maîtres mots des services techniques de l'État.

Cependant, si les soins occupent une place importante dans l'amélioration de l'état de santé d'une population, la présence d'un environnement physique, économique et culturel approprié reste la clé sans laquelle il est vain de vouloir espérer l'amélioration des principaux indicateurs de santé. ■