

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

La 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)¹.

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 Pécoul
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

Une maladie oubliée : la trypanosomiase africaine

La 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.

Dans 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 ^{xx}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. ■



© Médecins du monde. Photo Jean-Pierre Dugas

Awa Coll-Seck

Directeur départemental des politiques des stratégies et de la recherche, Onusida

Les combats que mène l'humanité pour le bien-être de la majorité passent par la promotion des femmes. Dans le continent africain, caractérisé par la pauvreté et une paupérisation continue, une fécondité encore élevée pour des potentialités trop faibles, une détérioration de l'état de santé des populations et une espérance de vie sapée par l'épidémie du sida, cette assertion prend tout son sens. Les pesanteurs sociales et culturelles maintes fois dénoncées y demeurent vivaces. La femme africaine, au statut social et économique faible, exposée à de multiples problèmes de santé, paie encore un lourd tribut à la grossesse et à l'accouchement. Gardienne des valeurs, ses rôles multiples laissent deviner sa place dans la société africaine en général et dans les programmes de santé en particulier.

Les problèmes de santé en Afrique

L'état de santé des populations dans un pays est un baromètre sensible de son niveau de développement économique et social. Il est classique de dire que l'Afrique croule sous le fardeau de la dette. On peut dire également que l'Afrique porte le poids de toutes les pathologies anciennes comme les maladies infectieuses et tropicales, celles liées à la maternité, à la malnutrition mais également le poids des pathologies du monde moderne comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers, le sida pour ne citer que celles-là. Les plus forts taux de mortalité sont retrouvés en Afrique ainsi que les plus bas chiffres d'espérance de vie.

Les indicateurs de la santé de la reproduction qui sont les plus couramment publiés sur les femmes offrent un exemple typique en ce qu'ils traduisent, au-delà des chiffres et des événements qu'ils sont censés mesurer, le niveau de pauvreté des individus et des familles. Les problèmes les plus souvent cités demeurent : la mortalité maternelle élevée, les grossesses précoces et trop rapprochées, les avortements faits dans de mauvaises conditions de sécurité, les maladies sexuel-

Femmes et programmes de santé en Afrique

Dans les pays pauvres, et en Afrique notamment, les femmes sont exposées à de nombreux problèmes de santé, le taux de mortalité maternelle en est un triste exemple. Des programmes de santé tentent d'améliorer cette situation, et il ne faut pas oublier le rôle important que jouent ces femmes dans la mise en œuvre d'actions sanitaires plus larges (vaccination, hygiène, alimentation.).

lement transmissibles trop courantes y compris le VIH/sida dont l'impact socio-économique dans les pays en développement (PED) est dramatique. Ces problèmes de santé font souvent l'objet de programmes qui ont encore du mal à faire évoluer les indicateurs de santé dans le sens souhaité et attendu.

Quels programmes de santé pour les femmes en Afrique et pourquoi ?

Programmes de santé de la reproduction : ce sont les programmes majeurs concernant les femmes

Ces programmes visent à réduire la morbidité et la mortalité liées à la maternité, aux grossesses, aux accouchements et aux avortements, à lutter contre les pratiques traditionnelles néfastes à la santé des femmes et à atténuer l'impact des maladies sexuellement transmissibles et du sida.

La plupart ne reposent pas sur une évaluation de la situation qui aurait permis une meilleure identification des problèmes de santé de la reproduction et une analyse plus fine pour établir les priorités en fonction de l'ampleur, de la sévérité et de la vulnérabilité de chaque problème.

Les programmes de planification familiale

Aujourd'hui la croissance démographique est globalement ralentie dans le monde, les taux de mortalité baissent. L'Afrique au sud du Sahara a été le terrain de beaucoup d'initiatives et programmes.

En plus les politiques de santé et de population adoptées par la plupart des États ont créé des conditions favorables pour une promotion de la planification familiale.

Cependant malgré ces efforts, la situation en Afrique reste préoccupante ; en effet l'indice synthétique de fécondité moyen des pays à faible développement humain est de 5,2 en 1997 contre 2,1 dans les pays à développement humain élevé. Ces indices de fécondité varient de 3,3 en Afrique du Sud à 6,8 au Malawi et 6,6 au Mali.

La prévalence contraceptive quant à elle est de 60 %



et 48 % respectivement en Tunisie et au Botswana mais seulement de 4 % en Éthiopie et au Niger. Elle est pendant la même période, 1990-1998, de 75 % en France.

La pression de la société et des hommes souvent pro-natalistes en Afrique fait que les femmes ont rarement la maîtrise de leur fécondité.

Souvent les hommes veulent davantage d'enfants que les femmes. Des enquêtes effectuées au Nigeria ont montré que même chez des étudiantes mariées la non-utilisation de contraceptifs modernes était encore, en 1995, liée au refus du mari dans un cas sur cinq.

Au Kenya, 58 % des femmes contre 49 % des hommes ne veulent plus avoir d'enfants, ces pourcentages sont respectivement de 28 et 19 % au Ghana.

Les conséquences d'une absence de planification familiale sont nombreuses : décès maternels et infantiles dus aux grossesses rapprochées, avortements clandestins effectués dans des conditions dangereuses... Beaucoup de femmes ont recours à ces derniers pour empêcher des naissances non souhaitées. On estime

que 10 à 20 millions d'avortements, pratiqués chaque année dans l'illégalité, entraînent plus de 100 000 morts et des millions de cas d'infections et de stérilité.

Les programmes de maternité sans risque

Trop de femmes meurent encore en donnant la vie ! Le taux moyen de mortalité maternelle enregistré en 1990 est de 640 pour 100 000 naissances vivantes en Afrique au sud du Sahara contre 15,5 dans les pays développés. Si ce chiffre est de 230 en Afrique du Sud il atteint 1 200 en Ouganda et au Sénégal et 1 800 en Sierra Leone. Le risque de mortalité encouru par la femme africaine est de 1/19 contre 1/10 000 chez l'Européenne.

Devant cette situation désastreuse, plus que des vœux, il faut une volonté politique au plus haut niveau, un programme de maternité sans risques dont la mise en œuvre sera facilitée par une mobilisation communautaire, un système de soins prénatals et obstétricaux performant et décentralisé et une approche multisectorielle. En effet, les obstacles pour accéder à une prise en charge de qualité sont variés. Ils sont d'ordre géogra-

Mortalité maternelle : la honte de notre époque, le défi des années à venir

Avec un taux pouvant aller jusqu'à 1 000 pour 100 000 naissances vivantes, la mortalité maternelle n'est pas liée uniquement au développement économique mais surtout à l'existence de soins obstétricaux de qualité.

La mortalité maternelle constitue la pointe la plus extrême de l'inégalité existant entre les femmes des pays pauvres et celles des pays riches. Mais qu'est-ce que la mortalité maternelle ?

La mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite ».

Les morts maternelles se répartissent en deux groupes :

- « Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus » ;

- « Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse. »

« Le taux de mortalité maternelle est le rapport entre le nombre des décès maternels (directs et indirects) au numérateur et le nombre des naissances vivantes correspondantes au dénominateur, exprimé en pour 100 000. »

Ces définitions sont préconisées depuis longtemps par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui les publie dans la classification internationale des maladies. Elles sont généralement admises, et très largement utilisées à travers le monde.

Malgré les difficultés rencontrées, en particulier dans les pays ne disposant pas de système permanent de recueil de données d'état-civil et de données médicales, la connaissance de la fréquence et des causes de la mortalité maternelle a réellement progressé, depuis une dizaine d'années.

Le taux varie considérablement au sein même des pays pauvres : il atteint des sommets en Afrique subsaharienne, certaines estimations faisant état de taux

supérieurs à 1 000 pour 100 000 naissances vivantes dans les pays les plus défavorisés, contre des taux de 450 à 600 dans les moins mal lotis. Dans l'enquête Moma, récemment menée dans six pays d'Afrique de l'Ouest, avec la même méthodologie, le taux de mortalité maternelle, non compris le premier trimestre de la grossesse, est de 263 pour 100 000 naissances vivantes, en moyenne dans les capitales tandis qu'il dépasse 850 en zone rurale [4].

Des valeurs plus modérées sont observées en Amérique du Sud de même qu'en Asie où certains pays, tels le Sri Lanka, sont parvenus avec succès à restreindre l'ampleur du phénomène.

Les causes sont également bien répertoriées, hémorragies de la délivrance et du *post partum*, complications de l'hypertension gravidique, infections et dystocies sont les pathologies à l'origine des morts maternelles, dans ces pays. Des traitements efficaces existent pour la plupart d'entre elles. Des études montrent, y compris dans les pays les moins développés et compte tenu des conditions locales, que 70 à 90 % des décès seraient « évitables ». Au sein même d'un pays les différences peuvent être considérables, par exemple entre milieu rural et milieu urbain. Récemment, il a été montré au

Marie-Hélène Bouvier-Colle
Directeur de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) unité 149, Recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes

phique (rayon de couverture encore trop grand dans la plupart des pays, zones enclavées, moyens de déplacement rudimentaires etc.), technique (qualité des services : plateau technique et accueil inadéquats), administratif (lourdeur des règles et procédures), humain (personnel qualifié insuffisant et mal réparti), culturel (lié aux conditions de l'accouchement et au statut de la femme). Dans la plupart des pays africains des programmes nationaux appuyés par une coopération bilatérale et multilatérale sont opérationnels mais les résultats escomptés sont encore loin d'être atteints.

Les programmes de MST/sida

Aujourd'hui près de 15 millions de femmes en âge de procréer dans le monde sont séropositives au VIH. Les taux les plus élevés sont retrouvés en Afrique au Sud du Sahara. Dans les centres urbains d'Afrique australe des taux entre 20 et 30 % sont la norme. Partout, le risque d'infection pour les femmes augmente. Si, dans un pays comme la France, la proportion est passée de 12 à 20 % en 10 ans, en Afrique sub-saharienne cette

proportion a toujours été autour de 50 %. Cette vulnérabilité est plus importante chez les plus jeunes. En effet dans la région ouest du Kenya, entre 15 et 20 ans, 1 jeune fille sur 4 est infectée contre 1 sur 25 chez les garçons, des chiffres comparables sont enregistrés dans d'autres pays de la sous-région comme la Zambie et le Botswana. Les relations sexuelles précoces surtout avec des hommes beaucoup plus âgés expliquent en partie cette situation. Des programmes d'information et de sensibilisation ciblant spécifiquement les jeunes filles ont été à l'origine d'une diminution drastique des taux de prévalence dans cette tranche d'âge dans des pays comme l'Ouganda.

Dans la plupart des pays africains, les comités nationaux de lutte contre les MST/sida appuyés par des organisations non gouvernementales (ONG) et groupements féminins ont développé des programmes de prévention du sida chez les femmes. Dans quelques centres pilotes des projets de prévention de la transmission mère-enfant ont également été initiés.

Sénégal comment le dépistage de la morbidité est directement lié au niveau de qualification du personnel de santé qui assiste les femmes à l'accouchement (sages-femmes, accoucheuses traditionnelles plus ou moins formées, ou famille), ce qui explique les différences de mortalité [8].

L'un des acquis les plus importants de ces dernières années est la reconnaissance du rôle primordial des soins obstétricaux, au moment de l'accouchement et du *post partum*. Ainsi, les différences de mortalité maternelle entre les pays proviennent, certes, de l'inégal développement économique, mais en partie seulement car des pays ayant les mêmes niveaux économiques ont des situations distinctes. Ceci remet en cause la stratégie, prônée auparavant, et faisant la promotion des soins de santé. Les leçons de quinze ans de programmes internationaux, développés en faveur de la maternité sans risques, orientent vers une révision radicale de la politique de santé ; il paraît désormais bon et utile de mettre à la portée de toutes les femmes enceintes des soins de qualité !

D'autres travaux ont mis en lumière les principaux obstacles à la baisse de la mortalité maternelle dans les pays pauvres contemporains, par comparai-

son à la chute qui fut observée dans les pays européens, environ un siècle auparavant. Ces travaux insistent sur la nécessaire distinction à faire entre conditions techniques et conditions politiques, toutes deux composantes essentielles de la santé publique [9].

En ce qui concerne les conditions techniques : l'information sur l'ampleur du problème, son « évitabilité », demeure soit largement indisponible par pays, soit externe ou agrégée [18]. La formation de professionnels de l'obstétrique (accoucheuses traditionnelles, surveillance prénatale) reste illusoire ; la stratégie d'accès aux soins est entravée par la faiblesse du système de santé. En ce qui concerne les aspects politiques, les auteurs soulignent combien la prise de conscience demeure internationalement et faiblement perçue localement par les populations directement concernées, tandis que l'enrôlement et la responsabilité des médecins sur place est bloquée par des conflits d'intérêt. La faiblesse congénitale des Etats et leur manque de ressources ôtent toute crédibilité à leur action en termes d'engagement financier et de réglementation, ce qui limite leur rôle davantage encore.

Ainsi peut-on résumer la situation présente de la manière suivante : les fac-

teurs socio-démographiques constituent de piètres variables prédictives de la mortalité maternelle, la stratégie qui consiste à évaluer le risque au cours de la surveillance prénatale a montré sa faillite et les meilleurs prédicteurs du risque maternel sont ceux établis à proximité de l'accouchement. Par conséquent, assurer l'accès de toutes les femmes, où qu'elles soient, à des soins obstétricaux de qualité semble devoir s'imposer comme perspective. C'est le défi qu'il faut relever dans les années à venir. Compte tenu des coûts que cela suppose (peu de chose en fait comparativement à certains programmes de santé), il s'agira beaucoup de volonté politique.

Dans les pays pauvres, où la santé des femmes dépend en premier lieu de leur rôle de reproductrice, la grossesse et l'accouchement sont encore trop souvent des épreuves, parfois fatales. Le combat pour la santé génésique*, ranimé à la Conférence du Caire, devrait aider les femmes de ces pays-là, avant tout. ■

* Par santé génésique on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités.



L'Association panafricaine pour les femmes contre le sida (SWAA en anglais), dont des branches existent dans plus de 40 pays, étend ses activités dans des domaines aussi variés que le plaidoyer, l'information, l'éducation et la communication, la promotion du préservatif masculin comme féminin, les micro-crédits, la réinsertion des prostituées, le counseling, l'appui aux orphelins. Seuls des programmes prenant en compte les facteurs de risque et de vulnérabilité des femmes, mis en œuvre au niveau communautaire et à large échelle, seront à la hauteur du défi à relever.

Programmes de santé sexuelle

Lutte contre les violences sexuelles

Peu de pays africains ont des programmes de lutte contre la violence tant sexuelle que domestique. Les chiffres officiels sont très limités si l'on se réfère au dernier rapport mondial sur le développement humain [22]. Par ailleurs, ce n'est que récemment que la violence a été considérée comme un problème de santé publique. Au demeurant, par delà les blessures physiques et psychologiques qu'elles entraînent, les violences sexuelles sont à l'origine de MST y compris l'infection par le VIH, de grossesses non désirées et d'avortements

Les freins au succès des programmes

- La non-implication des femmes dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes notamment ceux qui les concernent directement.
- Le faible statut de la femme face à l'homme qui confisque le pouvoir de décision, y compris celui de planifier ou non les naissances.
- Le manque de prise de conscience par les hommes de leur rôle dans les questions de santé en général et ceux de la santé de la reproduction qui relèvent du couple.
- Les barrières juridiques, surtout la persistance dans les textes nationaux des dispositions de la loi française de 1920 réprimant la contraception et la propagande anticonceptionnelle, dans certains pays africains francophones.
- La désorganisation des systèmes de santé : la mise en œuvre des divers projets initiés par les pays s'est heurtée à des difficultés parmi lesquelles on peut citer l'organisation des systèmes de santé ancrée dans la logique des programmes verticaux, l'insuffisance de préparation des prestataires de services, l'inadaptation des locaux pour permettre une prise en charge intégrée selon les problèmes de santé ou selon le groupe concerné (femmes, adolescents, personnes âgées).
- Les difficultés d'accès aux services pour certaines catégories de la population comme les jeunes et particulièrement les jeunes filles.
- La faiblesse des financements tant nationaux qu'internationaux : L'environnement au niveau des pays est marqué par la faiblesse des ressources publiques allouées à la santé et leur mauvaise gestion. En plus l'aide internationale reste largement insuffisante, les procédures pour accéder à ces fonds sont souvent longues et complexes et les critères d'éligibilité restrictifs. ACS

clandestins. Le viol également demeure une des formes les plus perverses d'humiliation de la femme.

Les violences domestiques contraignent souvent les femmes et limitent considérablement leur capacité à contrôler leur sexualité et leur fécondité.

Des ONG et associations de plus en plus nombreuses luttent contre toutes les formes de violences faites aux femmes, à travers des campagnes d'information et d'éducation sur l'ampleur et la gravité du phénomène et sur les droits de la personne humaine. Dans différents pays, des groupes de pression se constituent. C'est le cas du Botswana où une ONG dénommée « Emang Basadi » (femmes levez-vous) vise la promotion des femmes politiciennes afin qu'elles soient dans des positions qui leur permettent de mieux défendre les droits des femmes et améliorer leur statut. Au Sénégal, les cas de violence domestique sont de plus en plus médiatisés. Les femmes juristes se sont mobilisées pour vulgariser le code de la famille et les textes juridiques en faveur des femmes. Le meurtre de la dame Doki Niassé à Kaolack par son mari et la séquestration avec coups et blessures sur la dame Astou Mbengue à Diourbel par son mari ont été les détonateurs pour la mise en place d'un comité de soutien contre toutes les formes de violence à l'égard des femmes. Au Zimbabwe, un groupe appelé « Musasa » effectue des sessions de formation pour sensibiliser la police à la détresse des femmes.

Les mutilations sexuelles

Pratique traditionnelle assez répandue, les mutilations sexuelles sont également une forme de violence faite aux femmes. L'excision et l'infibulation en sont les plus courantes. Quelles que soient les raisons invoquées, culturelles, hygiéniques, esthétiques ou religieuses, la cruauté du geste, la gravité des conséquences sur la santé et la sexualité des fillettes et des femmes, font de ces mutilations sexuelles une violation des droits de la personne. Malgré les mesures juridiques prises par certains pays, la pression de l'opinion internationale, la lutte des mouvements de femmes et les campagnes médiatiques, cette pratique est encore vivace. L'OMS estime à 120 millions le nombre de fillettes et de femmes qui ont subi l'une ou l'autre forme de mutilation sexuelle. En outre, 2 millions de fillettes risquent chaque année d'être mutilées. La plupart vivent dans 28 pays d'Afrique parmi lesquels : le Soudan, Djibouti, l'Éthiopie, le Mali et le Nigeria. Le plaidoyer devra continuer à se faire au niveau des décideurs politiques, des communautés et des familles pour lever les tabous et les croyances erronées qui entourent ces pratiques.

Les gouvernements dans plusieurs parties du monde ont entrepris des réformes allant dans le sens du renforcement et de l'opérationnalisation des programmes : les mutilations génitales ont été interdites au Kenya, au Mali, en République centrafricaine et au Sénégal.

Autres problèmes de santé

Bien d'autres problèmes de santé qui assaillent les femmes ne font pas l'objet de programmes spécifiques.

Il en est ainsi des pathologies cancéreuses féminines et des troubles mentaux, entre autres.

Par ailleurs, dans la plupart des autres programmes de santé, une approche genre n'est pas adoptée, ce qui conduit souvent à une marginalisation des femmes. Les programmes de lutte contre la drogue et le tabagisme par exemple, ciblent plus les garçons que les filles.

Il ne faut pas oublier que les femmes ne sont pas seulement bénéficiaires de programmes, elles jouent un rôle important dans l'adhésion et le succès de certains programmes comme le Programme élargi de vaccination (PEV) mais aussi dans la prise en charge des malades en tant que dispensatrices de soins.

Conclusion

La réduction des disparités de genre, l'amélioration du statut des femmes pour qu'elles exercent le droit de gérer leur corps, leur sexualité et leur fécondité, l'élimination de toute forme de violence à l'égard des femmes permettront de diminuer en grande partie leur vulnérabilité vis-à-vis des problèmes majeurs de santé.

Les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des programmes sont actuellement dérisoires. Elles doivent provenir d'abord d'un effort national. Cet effort national doit être soutenu et accompagné par les contributions des agences de coopération bilatérales et multilatérales.



© Médecins du monde. Photo Jean-Pierre Degas

Améliorer la santé de l'enfant

Les actions les plus probantes pour l'amélioration de la santé des enfants dans les pays pauvres concernent la lutte contre les maladies infectieuses, mais aussi l'accès à une eau et une alimentation de qualité.

Claire Brisset
Directrice de
l'information au
Comité français pour
l'Unicef

Aider les pays les plus démunis de la planète à améliorer la situation sanitaire de leurs enfants suppose en premier lieu une investigation sur la mortalité et la morbidité qui y sévissent. Cette évidence n'a pas toujours été strictement respectée par les bailleurs d'aide extérieure ni même par les pays en cause, dont les soucis de prestige, voire les préoccupations économiques, ont parfois pris le pas sur les exigences de la santé publique.

Aujourd'hui, études épidémiologiques et maturité politique aidant, les données se sont quelque peu éclaircies, aussi bien celles qui tiennent à la morbidité et à la mortalité des enfants dans les pays du Tiers Monde qu'à la stratégie à mettre en œuvre pour les réduire.

En termes de morbidité et de mortalité des enfants dans les pays en développement, quelles sont les données qui, à présent, recueillent la quasi-unanimité ?

La première est sans aucun doute la suivante : ce qui pèse le plus lourdement demeure le couple mal-

nutrition-infections, et leur interaction réciproque. À l'heure actuelle, environ 180 millions d'enfants continuent de souffrir de malnutrition (à des degrés divers) dans le Tiers Monde. Cette malnutrition fait le lit de toutes les infections, les aggrave de manière parfois dramatique, comme la banale rougeole. En retour, les infections provoquent, aggravent et parfois même précipitent dramatiquement la malnutrition, qu'il s'agisse d'attaques microbiennes, virales, ou parasitaires. Un exemple : les ascaris présents dans le système digestif d'un enfant peuvent absorber jusqu'à 10 % de sa ration alimentaire, et un accès de paludisme peut « coûter » jusqu'à 5 000 calories.

Deuxième constatation : les douze à treize millions d'enfants qui meurent chaque année dans le Tiers Monde sont emportés, dans leur écrasante majorité, par des infections bénignes que, grâce à une nutrition adaptée et à des procédures très simples de prévention et de traitement, l'on serait parfaitement en mesure de prévenir ou d'enrayer.



Ainsi, les premières « tueuses » d'enfants restent les maladies respiratoires aiguës, affections banales des voies aériennes supérieures, qui emportent à elles seules quatre millions de jeunes enfants chaque année. Dans l'ordre, viennent ensuite les maladies diarrhéiques, donc les déshydratations qui tuent, chaque année, plus de deux millions d'enfants alors que leur traitement, essentiellement la réhydratation par voie orale, est le plus souvent d'une simplicité déconcertante.

Ensuite vient le paludisme qui, dans certains pays, est en tête de toutes les causes de mortalité infantile, notamment lorsqu'il est saisonnier comme dans la plupart des pays du Sahel. Enfin, viennent les maladies que la vaccination permettrait de prévenir, comme

la rougeole (un million de morts d'enfants chaque année), le tétanos (500 000 morts), la coqueluche (300 000) ou celles qui, sans tuer, invalident (la poliomyélite) ou affaiblissent. Restent les « nouvelles » maladies, en particulier le sida qui, dans certaines parties du Tiers Monde et singulièrement en Afrique subsaharienne, tendent aujourd'hui à supplanter les autres facteurs de morbidité et de mortalité.

Un tel tableau épidémiologique impose bien entendu quelques conclusions claires en termes de stratégies sanitaires, donc de coopération en matière de santé. La première a été établie depuis la conférence d'Alma Ata, organisée conjointement dans cette ville alors soviétique, par l'Unicef et l'OMS, en 1978. La conclu-

Couverture vaccinale dans les pays pauvres

Les chiffres de la couverture vaccinale dans les pays pauvres sont en diminution depuis 1990.

Les pays classés parmi les pays les moins développés par l'OMS sont au nombre de 45 et représentent une population totale d'environ 600 millions d'habitants. Ils ont un PNB par habitant ajusté sur le pouvoir d'achat compris entre 510 (Éthiopie ou Sierra Leone) et 3 000 \$.

Le calendrier de vaccination minimum recommandé par l'OMS inclut le BCG à la naissance, trois doses de vaccin diphtérie, tétanos, coqueluche et polio à 6 semaines, 10 semaines et 14 semaines et le vaccin antirougeoleux à 9 mois. Le vaccin contre l'hépatite B (3 doses administrées à des âges dépendant du risque de transmission maternelle) est également recommandé

dans les pays endémiques ainsi qu'une dose de vaccin contre la fièvre jaune dans les pays à risque.

Les objectifs de l'OMS ont été exprimés en termes de chiffres de couverture vaccinale à atteindre (80 % pour tous les antigènes) jusqu'en 1990. Actuellement, les objectifs mondiaux sont rédigés en termes d'éradication de la poliomyélite, de contrôle de la rougeole et du tétanos néonatal et de diminution de 80 % des nouveaux porteurs de virus de l'hépatite B.

La couverture vaccinale, dont les chiffres sont diffusés chaque année par l'OMS, correspond aux données communiquées par les gouvernements sur la base des activités de vaccination de routine ou de sondage.

La couverture vaccinale représente la proportion d'enfants de moins d'un an ayant reçu une dose de BCG et vac-

cinés contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, l'hépatite B (3 doses), la rougeole et la fièvre jaune (1 dose). Le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu deux doses de vaccin antitétanique est également déclaré dans le cadre du contrôle du tétanos néonatal.

À l'échelle mondiale, les chiffres officiels pour 1998 sont de 78 % pour le BCG, 74 % pour 3 doses de DTC, 72 % pour le vaccin rougeoleux seul ou associé, 74 % pour le vaccin poliomyélique, et 44 % pour deux doses d'anatoxine tétanique chez les femmes enceintes. Tous ces chiffres sont en diminution nette par rapport à 1997 et 1990.

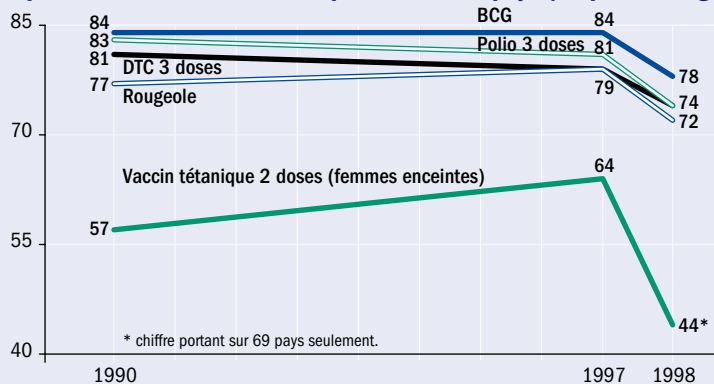
Couverture vaccinale pour les différents vaccins BCG

Le BCG est habituellement considéré comme un indicateur d'accessibilité aux vaccinations, puisqu'il est administré le plus près possible de la naissance. La couverture par le BCG reste la plus élevée de toutes les vaccinations à un niveau mondial. Néanmoins, 5 pays de la région Afrique n'atteignent pas 50 % (Tchad, République démocratique du Congo, Liberia, Niger, Nigeria), 1 dans la région des Amériques (Haïti), 1 dans la région de la Méditerranée orientale (Afghanistan) et 1 dans celle du Pacifique occidental (Papouasie Nouvelle Guinée).

Diphtérie, tétanos, coqueluche

Là encore c'est en Afrique que les taux régionaux sont les plus bas. 10 pays

Couverture vaccinale mondiale 1990, 1997 et 1998 selon les chiffres disponibles en novembre 1999 portant sur 88 pays (en pourcentage)



Nicole Guérin
Pédiatre,
membre du
Comité
technique des
vaccinations

sion de cette conférence était claire, en effet : des progrès décisifs ne seront jamais réalisés tant que l'effort ne sera pas porté de façon massive sur la prévention et sur les progrès généraux de l'hygiène, ceux-là même qui ont entraîné le « décollage » sanitaire de l'Occident depuis la fin du ^{xix}^e siècle.

Concrètement, un tel postulat, en termes de politique de santé orientée vers les enfants, impliquait une stratégie menée de front dans plusieurs grandes directions.

La vaccination

Dès le début des années quatre-vingt étaient définis les programmes élargis de vaccination contre six maladies (poliomyélite, diphtérie, tétanos, rougeole, co-

queluche et tuberculose), que les États devaient mettre en œuvre avec le soutien des institutions internationales — Unicef et OMS en tête — et de bailleurs de fonds bilatéraux. Dans la pratique, ces derniers ont la plupart du temps fort peu contribué à cet effort gigantesque, dont le premier soutien, de très loin, en termes de financement et d'appui logistique, a été l'Unicef. Les résultats ont été spectaculaires puisque le nombre d'enfants vaccinés contre ces maladies est passé, en vingt ans, de moins de 10 % à près de 80 %.

Mais ce dernier chiffre cache d'énormes disparités, entre pays d'une part, entre villes et campagnes de l'autre. C'est ainsi qu'un pays comme le Mali ne parvient à vacciner qu'un tiers de ses enfants.

sur 48 n'atteignent pas 50 % (Angola, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, République démocratique du Congo, Liberia, Niger, Nigeria, Togo, Ouganda). Seuls Haïti et le Vénézuéla n'atteignent pas 50 % dans la région des Amériques, l'Afghanistan dans la région de la Méditerranée orientale, la République Démocratique de Corée dans celle du Sud-Est asiatique.

Poliomyélite

Seuls sont inclus dans l'évaluation de la couverture vaccinale les chiffres des vaccinations administrées dans les programmes de routine, ce qui explique que les taux de vaccination contre la poliomyélite soient presque identiques à ceux de trois doses de DTC. Angola, Cameroun, Tchad, République démocratique du Congo, Liberia, Niger, Nigeria, Togo, Ouganda dans la région Afrique, Haïti, Afghanistan et Papouasie Nouvelle Guinée dans les autres régions ont déclaré une couverture vaccinale pour trois doses de vaccin poliomyélitique inférieure à 50 %. En fait beaucoup d'enfants ont reçu des doses supplémentaires par l'intermédiaire des journées nationales de vaccination mais elles ne sont pas comptabilisées dans ce calcul.

Rougeole

L'objectif mondial est d'atteindre une couverture vaccinale de 90 % pour l'an 2010. Le taux mondial est passé de 79 % en 1997 à 72 % en 1998. En 1998, 16 pays ont déclaré des taux de couverture inférieurs à 50 % : 10 dans la région Afrique de l'OMS (Burundi,

Cameroun, Éthiopie, Libéria, Nigeria, Ouganda, République Centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad et Togo), 1 dans la région des Amériques (Haïti), 2 dans la région de la Méditerranée orientale (Afghanistan et Somalie) et 1 dans la région de l'Asie du Sud-Est (RD Corée). La couverture n'excède pas 49 % dans toute la région de l'Afrique et 67 % dans celle du Sud-Est asiatique.

Tétanos néonatal

La couverture vaccinale des femmes enceintes par deux doses de vaccin administrées en routine n'est souvent comptabilisée que pour les pays en développement. Elle a accusé une légère hausse entre 1990 (57 %) et 1998 (64 %). C'est dans la région de l'Asie du Sud Est que la couverture vaccinale était la plus élevée en 1997 (80 %) et dans la région de l'Afrique qu'elle était la plus faible (46 %).

Fièvre jaune

La fièvre jaune est endémo-épidémique dans les pays d'Afrique et d'Amérique intertropicale. Parmi les 21 pays pauvres de ces régions à risque, 8 seulement rapportent des chiffres de couverture vaccinale chez l'enfant. Tous ces chiffres sont inférieurs à 40 %, sauf en Gambie (91 %).

Hépatite B

Plus de 110 pays du monde ont inclus le vaccin contre l'hépatite B dans leurs programmes de vaccination de routine. Bien que tous les pays pauvres soient situés dans la zone d'endémie élevée et que le risque d'infection par l'hépatite

B soit 8 à 20 fois plus élevé que celui des pays développés, seuls 6 pays définis comme pauvres ont donné des chiffres de couverture vaccinale contre l'hépatite B. Ces chiffres sont élevés dans la majorité des pays, mais les pays concernés sont des petits pays de moins de 2 millions d'habitants (Bhoutan 81 %, Gambie 93 %, Maldives 45 %, Samoa 99 %, Salomon 73 %, Vanuatu 75 %).

Il faut dire à ce stade qu'en principe, seuls les pays ayant obtenu des taux de couverture de DTC3 supérieurs à 75 % peuvent espérer une aide des instances internationales pour l'achat du vaccin.

Aucun pays pauvre n'a inclus à ce jour la vaccination contre les infections à l'*Hæmophilus influenzae* de type b (Hib) dans ces programmes, pas plus que les vaccins contre la rubéole et les oreillons.

Conclusion

En conclusion, le calendrier minimum recommandé par l'OMS pour l'ensemble des pays du monde est loin d'être appliqué à tous les enfants dans les pays pauvres. Les vaccins les plus anciens du programme élargi de vaccinations, comme le BCG, les vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, bénéficient à moins de la moitié d'entre eux. Quant aux vaccins plus récemment introduits dans le programme, comme l'hépatite B ou la fièvre jaune, ils ne sont pas disponibles dans la plupart des pays pauvres à risque. ■



Santé au travail dans les pays en développement

Jean-François Caillard

Chef du service central
de médecine du
travail, AP-HP

Le nombre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles qui affecte les travailleurs des pays pauvres montre l'urgence d'inciter ces pays à mettre en place des systèmes de protection de la santé au travail.

2 400 000 000

personnes, sans compter les enfants de plus de 10 ans qui sont employés à un titre ou à un autre, composent la force de travail du monde. Les trois quarts habitent les pays en développement ou en voie d'industrialisation, soit environ 1 800 millions. Cette proportion est même plus grande si on considère le travail informel.

Los Alfaquès (Espagne) en 1978 et Bhopal (Inde) en 1984 sont des événements spectaculaires qui ont marqué la mémoire du monde, témoignant des risques immenses encourus par les travailleurs des pays pauvres. Mais plus silencieusement, ce sont chaque année des millions d'accidents de travail et de maladies professionnelles qui sont recensés, ou estimés, laissant la plupart du temps victimes et leurs familles sans ressources, sans possibilité de compensation de la capacité de travail perdu.

Les chiffres fournis par les organisations internationales, essentiellement la Banque mondiale, le Bureau international du travail (BIT) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sont des extrapolations réalisées à partir des enregistrements assurés dans les pays industrialisés.

Le BIT estime à 335 000 par an le nombre d'accidents de travail mortels auxquels s'ajoutent 158 000 décès par accidents de trajet. Le nombre global d'accidents de travail non mortels est estimé entre 250 et 334 millions (BIT) et le nombre d'incapacités permanentes à 12 millions de nouveaux cas chaque année [24].

Le chiffre des maladies professionnelles ayant un rapport de cause à effet direct est encore beaucoup plus difficile à connaître : l'OMS fournit une fourchette de 68 à 157 millions de nouveaux cas par an, susceptibles de provoquer une incapacité permanente dans 10 % des cas, d'évoluer vers une maladie chronique dans 30 à 40 % des cas ; le BIT estime le nombre de décès annuels dont elles sont responsables à 325 000. Aucun chiffre n'est avancé pour ce qui con-

cerne les « maladies en relation avec le travail », celles qui n'entrent dans aucune statistique officielle, mais dont la relation avec l'activité professionnelle (fraction de risque attribuable) est forte sans être univoque. Elles sont habituellement considérées comme innombrables.

Des accidents et maladies considérables et pourtant sous-évalués

Ces chiffres, rarement diffusés, sont considérables. Du fait de la répartition mondiale de la main-d'œuvre, ils concernent majoritairement les pays en développement et nouvellement industrialisés. Ils souffrent cependant d'une grande imprécision, du fait de l'absence ou de la déficience des systèmes d'enregistrement.

Un simple exemple, emprunté au Bénin, en témoigne : entre 1985 et 1989 le nombre d'accidents de travail déclarés au plan national était de 1 080, pour une population active de 2 085 446 personnes. Mais ces déclarations ne concernaient que les 63 000 affiliés au système de sécurité sociale.

Un certain nombre de faits caractérise les risques professionnels dans les pays en développement [21] :

- l'état de précarité des travailleurs tout d'abord : à l'exception des salariés d'entreprises multinationales qui, à des degrés divers et au prix le plus souvent d'une sélection drastique, bénéficient de prestations médicales qui sont essentiellement curatives (les services médicaux qui y sont implantés étendent souvent leurs services aux familles des employés), mais aussi parfois préventives, et des fonctionnaires. Les contrats de travail sont rarement de durée indéterminée, le travail « à la journée » est encore un mode très répandu ;

- un travail physique lourd, qui concerne 50 à 70 % de la main-d'œuvre (10 à 30 % dans les pays industrialisés) ;

- l'exposition à des facteurs physiques (bruit, vibrations, poussières, machines dangereuses ...), qui touche 80 % des tra-

vailleurs (10 à 30 % dans les pays industrialisés) ;

- un haut niveau d'exposition aux toxiques chimiques et aux poussières ;

- les conditions climatiques défavorables (chaleur-humidité) ;

- la prévalence des maladies infectieuses ;

- la pauvreté et l'illettrisme, qui empêchent la prise de conscience des risques, l'accès aux règles de prévention (les consignes de sécurité des machines et produits sont libellés dans les langues des pays exportateurs, inaccessibles à la plupart des salariés locaux, et limitent la possibilité d'organisation en structures comparables aux comités d'hygiène et de sécurité existant dans les pays développés) ;

- une représentation du risque plus volontiers fondée sur un principe de responsabilité individuelle et de fatalité que sur celui de solidarité.

Des risques aggravés par la mondialisation

Trois exemples permettent d'illustrer ces réalités :

- la silicose, maladie dont la prévention tant technique que médicale est parfaitement connue, a atteint en Chine 500 000 personnes entre 1991 et 1995 ; 6 000 nouveaux cas et 24 000 décès sont rapportés chaque année ;

- l'amiante, dont tout usage est banni dans la plupart des pays développés, est encore exportée massivement dans nombre de pays en voie de développement, au prétexte de son faible coût par rapport aux matériaux de substitution, mais aussi sous la pression des pays exportateurs (une action visant à lever le bannissement est actuellement intentée auprès de l'Organisation mondiale du commerce par un de ces pays) ;

- les pesticides sont une des toutes premières causes de mortalité dans le Tiers Monde, même si on excepte les suicides qui leur sont dus. Au Brésil, l'épandage d'insecticides, fongicides et herbicides, concentré dans un pays comme la France sur 4 mois environ, est assuré toute l'année, le plus souvent sans protection individuelle des agriculteurs, dans des conditions physiques (faible mécanisation) et climatiques qui favorisent la pénétration respiratoire et cutanée

des aérosols. En Inde, dans les années quatre-vingt, 70 % des pesticides importés étaient soit interdits, soit sévèrement contrôlés dans les pays industrialisés.

La question des doubles standards de protection de la main-d'œuvre est au cœur des problèmes du développement. Elle est liée au transfert d'industries dangereuses (dont la catastrophe de Bhopal est l'illustration la plus symbolique) des pays développés vers les pays en développement. L'expliquent le haut niveau d'exigence de protection des salariés et de l'environnement des premiers et la faiblesse des législations des pays d'accueil, le faible coût de leur main-d'œuvre (en francs 1993, le salaire horaire de l'ouvrier qualifié était de 55 F ; il était de 15 F en Tunisie, 5,50 F en Thaïlande, 1,50 F au Vietnam) et le désir exprimé d'accueillir des entreprises pourvoyeuses d'emploi. Cette réalité est vraisemblablement en voie d'aggravation du fait des délocalisations d'entreprises résultant de la mondialisation des échanges et de la compétition économique qui, visant à réduire les coûts de production, ne stimulent pas l'investissement dans l'hygiène et la sécurité du travail non plus que dans la protection de l'environnement.

L'accès à des services de santé au travail, autonomes ou intégrés dans l'organisation des soins de santé primaire, est extrêmement réduit : moins de 10 % des travailleurs peuvent en bénéficier dans les pays en développement. Les sommes investies dans la prévention et la réparation des maladies professionnelles et des accidents de travail sont faibles : pour cette dernière, 292 à 566 \$ sont dépensées par an et par travailleur en Australie contre 24 à Singapour et 7 en Thaïlande. Les ressources nationales en santé et sécurité au travail dans les pays en développement sont souvent absentes ou faiblement dotées en hommes et en équipement et documentation ; il en est souvent de même pour les services en charge du contrôle de l'application des législations de protection des travailleurs.

Faute de données détaillées disponibles au plan mondial, il est difficile d'établir une tendance évolutive de la situation dans les pays pauvres. En fonction de leur stade de développement économique, le profil des risques professionnels varie, et on observe aujourd'hui des pathologies (troubles musculo-

squelettiques liés au travail répétitif sous haute cadence, manifestations diverses du stress et de la pression psychologique...) liées aux formes de travail modernes très analogues à celles rencontrées dans les pays développés, tandis que partout ou presque les manifestations pathologiques des risques classiques sont très prégnantes. D'un autre côté, certains pays ont mis en place depuis quelques années des structures de prévention dotées de moyens conséquents : c'est le cas de la Tunisie où, au cours des années soixante-dix, avec le soutien de spécialistes français, belges et québécois, on a commencé à se préoccuper de santé au travail par le biais de l'enseignement médical. La spécialité de médecine du travail a été créée à la Faculté de médecine, et aujourd'hui 350 médecins du travail œuvrent dans des entreprises ou des services inter-entreprises qui couvrent aujourd'hui 45 % de la population. Parallèlement, une inspection médicale du travail, un Institut national de santé et de sécurité au travail, un rôle croissant de la Caisse nationale de sécurité sociale dans la prévention des risques professionnels offrent un dispositif solide dont le champ d'application est en cours d'extension de façon à toucher, à terme, l'ensemble de la population salariée.

Santé au travail une préoccupation des organismes internationaux

Mais cette situation reste relativement rare et dans beaucoup de pays, l'instabilité politique (Afrique noire) ou les crises financières (Asie, Amérique latine) viennent contrarier les efforts, ou en retarder les effets.

C'est la raison pour laquelle l'aide internationale est nécessaire. Elle repose sur des initiatives bilatérales (France/Maghreb et Afrique francophone ; Finlande, Suède, Danemark/Afrique anglophone et Asie du Sud-Est en sont de bons exemples) ; sur des organisations non gouvernementales, au premier plan desquelles la Commission internationale de santé au travail, fondée en 1996, qui travaillent de concert avec les organismes internationaux que sont L'Organisation mondiale de la santé et le Bureau international du travail. À l'instar de l'Union européenne, mais pour le moment avec beaucoup moins d'ampleur, un certain nombre d'organisations inter-étatiques (Ac-

cord de libre échange nord-américain (Alena), Marché commun du cône sud : Argentine, Brésil, Paraguay, Uruguay (Mercosur)) incluent dans leurs principes généraux la protection de la santé des travailleurs.

L'Assemblée générale de l'OMS a voté en mai 1995 une « Stratégie globale sur la santé au travail » qui s'appuie notamment sur un vaste réseau de 52 centres collaborateurs. Le Bureau international du travail vient de redéfinir un programme global (« Safe work »), basé sur la Convention 161 et la Résolution 171.

Les objectifs de tels programmes coïncident : développement de systèmes d'information sur les risques et leurs effets — formation de professionnels de santé au travail — formation/ information des employeurs et des travailleurs — développement des systèmes de protection en ayant recours aux solutions les moins coûteuses et adaptées à la culture du pays — mise en œuvre de recherches coopératives dans le but essentiel de soutenir des plans de prévention devant faire l'objet d'évaluation...

Un appel à l'éthique des pays riches

Reste la question des moyens financiers dévolus à la réalisation de ces objectifs et du degré de priorité qu'à la fois les pays donateurs et les pays potentiellement demandeurs leur accordent. La timidité de l'Organisation mondiale du commerce à soutenir clairement les programmes sociaux dans les pays en développement, parce que certains y voient un moyen de concurrence qu'ils estiment déloyal vis-à-vis des pays riches, illustre à quel point la situation est loin d'être satisfaisante. Une perspective optimiste consiste à fonder espoir sur les placements financiers « éthiques », qui semblent, bien qu'à un stade de début, être une réalité.

En tout état de cause, les pays les plus riches, dans une société mondialisée, ont une responsabilité d'ordre éthique en ce domaine ; mais il est probable qu'il y va aussi de leur intérêt propre. Les conséquences humaines et environnementales du développement de systèmes de production qui n'incluent pas la nécessaire dimension de sécurité collective ne peuvent qu'être néfastes et de nombreux exemples sont là pour le rappeler. ■