

VI

AXE - PROGRAMME N° 6
L'INDEPENDANCE SANITAIRE

AXE-PROGRAMME N°6

L'INDEPENDANCE SANITAIRE

A/ RAPPORT INTRODUCTIF

par M. GERMAIN et B. HOURS

I. INDEPENDANCE SANITAIRE.

Assurer son indépendance sanitaire, c'est, pour un pays, acquérir les connaissances, former les hommes et disposer des moyens propres à affranchir, autant qu'il est techniquement possible, chacun de ses ressortissants des risques et des atteintes pathogènes qui menacent son libre épanouissement individuel et social. C'est aussi pouvoir accéder à ce niveau de bien-être collectif sans aliéner en rien son autonomie politique et financière.

Les implications d'un tel projet sont complexes dans la mesure où la santé n'est pas seulement l'absence de maladie mais l'accession à la plénitude de l'être social ; dans ce sens, elle est indissociable de l'autosuffisance alimentaire et du développement socio-économique, dont elle constitue un indicateur d'harmonie.

Telle que définie, l'indépendance sanitaire fait siens les objectifs identifiés en 1977 par la 32^e Assemblée Mondiale de la Santé dans sa "Stratégie Mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000"(1) En 1978, une conférence internationale, réunie à Alma Ata sous l'égide de l'OMS (2), a estimé que les soins de santé primaire constituent l'instrument le mieux adapté à la poursuite de ce but ; ils incluent notamment une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et des lésions courantes et la fourniture de médicaments. Les modalités de réalisation d'un tel programme, considéré comme minimum mais en fait considérable, sont à définir par chaque pays en fonction de ses priorités épidémiologiques, de ses ressources en hommes et en matériel ainsi que de ses structures sociales.

Le concept d'indépendance sanitaire sous — tend l'ensemble des recherches nécessaires à la prise en charge, par chaque état et par les collectivités, d'une promotion effective de la santé. Il importe qu'il anime, au sein de l'ORSTOM, dont la recherche en coopération est une des vocations, le projet de définir un axe-programmatique se donnant pour but de coordonner les actions qui ont directement trait à la santé dans les pays en développement.

(1) Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1981, 90 pp.

(2) Les soins de Santé Primaire, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, sér. Santé pour Tous, n° 1.

II. PROBLEMATIQUE DE L'INDEPENDANCE SANITAIRE.

Les études sur la santé, longtemps dévolues au seul médecin, ont largement débordé le champ "médical" au cours des dernières décennies. L'objet de la science médicale par excellence, la pathologie, est la maladie au niveau individuel. L'épidémiologie, qui considère non plus l'individu mais une population, est d'émergence plus tardive. Plus récemment, les études sur la santé se sont parallèlement développées en d'autres directions, en particulier l'économie de la santé et l'anthropologie médicale. En effet, au delà de la thérapeutique, de la prévention, de l'éradication éventuellement envisagée, l'insuffisante efficacité des actions et des investissements sanitaires oblige à élargir le champ de l'analyse. Il apparaît évident qu'une grande part de l'acquis antérieur reste à intégrer dans une perspective plus globale, apte à prendre en compte aussi les facteurs socio-économiques et culturels auxquels peuvent souvent être imputés certains échecs des politiques sanitaires. Faute d'une perspective d'ensemble, les études foisonnantes relevant de diverses disciplines, seraient difficiles à utiliser.

2.1. La base bio-médicale.

L'appréhension globale du niveau de santé d'une communauté est d'ordre démographique et se fonde sur la détermination de l'espérance de vie, de la morbidité et de la létalité dans les différentes classes d'âge.

L'explication des situations observées est fournie par l'épidémiologie, dont le champ est à trois dimensions. La dimension transversale est la quantification des diverses affections dans la morbidité et la létalité constatées ; la dimension verticale, l'étude de chaque maladie dans la totalité de sa structure biologique (notion du complexe pathogène) ; la dimension longitudinale, le suivi dans le temps du niveau de santé et l'évolution particulière des différents paramètres liés à l'expression des maladies présentes. L'épidémiologie intervient donc à deux moments : celui de la définition de l'opération sanitaire à conduire, celui de l'évaluation de ses résultats et de ses réajustements.

Dans le monde tropical, les maladies transmissibles, spécifiques ou ubiquistes, constituent la principale cause de mortalité, alors qu'elles n'ont plus qu'une place modeste dans la pathologie des pays industrialisés. Elles se plaquent souvent sur un fond de malnutrition. Les cycles des agents pathogènes, en particulier de ceux qui impliquent des vecteurs et des réservoirs, sont directement dépendants des écosystèmes. On voit s'esquisser là une dépendance synécologique de la santé. C'est un fait que toute forme de développement, dans la mesure où elle modifie le milieu humain (déforestation, aménagement hydraulique, urbanisation), entraîne des modifications épidémiologiques susceptibles de s'exprimer dans le sens d'une préparation et dont il est souhaitable de maîtriser les effets. Réciproquement, la disparition de certaines endémies peut être un facteur direct de développement régional ; c'est par exemple l'un des objectifs du Programme de Contrôle de l'Onchocercose conduit en Afrique occidentale sous l'égide de l'OMS et auquel des entomologistes médicaux de l'ORSTOM contribuent pour une part majeure. Quant à l'étude des carences nutritionnelles et de leurs déterminismes, elle relève également d'une démarche épidémiologique au sens large, actuel, de ce terme. Or, on sait que l'état nutritionnel d'une population et sa production agricole sont, dans un pays non ou peu industrialisé, mutuellement liés.

Plus qu'une science en soi, l'épidémiologie apparaît donc comme le lien d'une rencontre interdisciplinaire, reflet de la complexité des facteurs déterminant le niveau de santé, de l'indissociabilité des problèmes écologiques et socio-économiques.

La connaissance épidémiologique trouve son prolongement logique dans la mise au point de techniques et de méthodes de lutte et de prévention. Il n'y a pas de solution de continuité entre les investigations visant à élucider les mécanismes de reproduction d'une affection et l'élaboration des pratiques permettant d'en réduire l'incidence. Il n'est ni aisé, ni épistémologiquement fondé de faire un départ strict entre science fondamentale et science finalisée.

On peut à cet égard citer l'exemple des pièges à glossines mis au point dans le cadre d'études écologiques et dont il apparaît aujourd'hui qu'ils pourront être largement utilisés, à des coûts fort modestes, dans la lutte prophylactique contre la trypanosomiase. De la même façon, l'apport le plus récent des recherches ayant trait à l'écologie de virus de la fièvre jaune débouche sur la possibilité de programmer la vaccination anti-amarile de façon plus rationnelle et moins coûteuse.

Au bout de la chaîne se situe la production de substances utilisables à des fins préventives (y compris vaccins et pesticides) et curatives. Aux problèmes scientifiques et techniques de mise au point de nouveaux médicaments dans les domaines où ceux-ci n'existent pratiquement pas (filarioses), sont peu maniables (trypanosomiasés) ou peuvent être dépassés par les résistances (paludisme), s'ajoutent les contraintes économiques de production à bas prix de produits à faible rayon de vente dont la promotion industrielle exige néanmoins un investissement considérable.

2.2. La représentation de la santé.

L'ensemble des connaissances acquises par la pratique scientifique sur le mal-être physiologique, sa nature, ses causes, son assise ambiante et les moyens d'y remédier s'ordonne en une représentation totalisante, ouverte et inachevée par essence, de la santé : sa représentation scientifique.

Le contenu bio-médical de la santé a été la base conceptuelle de la création des systèmes de soins et de lutte. Son rôle fondamental ne saurait être remis en question, mais une stratégie fondée sur le développement des soins primaires exige plus que jamais la prise en compte des aspects sociaux et économiques, jusqu'ici certes perçus, au moins comme facteurs limitants, mais non ou peu intégrés dans la conception des systèmes de santé. La représentation scientifique de la santé qui se projette dans les systèmes doit donc s'enrichir de tout l'apport des sciences sociologiques. L'évaluation bio-médicale et sociologique des résultats, ainsi que l'étude du fonctionnement des systèmes, ne doit en outre cesser d'alimenter en retour la représentation scientifique.

La représentation populaire de la santé n'offre pas, non plus, un caractère statique. Modifiée par la pénétration de l'information scientifique - qu'il importe d'accroître - elle influe sur la sensibilité des dirigeants en même temps qu'elle crée, au sein des collectivités, des conditions plus favorables au développement et à l'efficacité de système de santé. Les collectivités, en réclamant les soins et les mesures de lutte, revendiquent de nos jours le droit à la santé sur des bases sans cesse plus rationnelles.

2.3. Les systèmes de santé.

Ils constituent en eux-mêmes un objet de recherche très complexe.

L'économie de la santé est, pour chaque état, une source de préoccupations extrêmement sérieuse et le problème est encore plus aigu dans les pays en développement. La politique hospitalo-centriste qui s'est développée, surtout dans les années 60, du fait d'assistances bilatérales ayant utilisé la "corde sensible" de la santé pour une action de propagande à court terme, ont amené la prolifération de structures que les états n'ont pas toujours les moyens de faire fonctionner. La politique du soin de santé primaire et de participation des communautés devrait, quant à elle, tout en la promouvant, abaisser le coût de la santé, mais il serait naïf et probablement préjudiciable de croire qu'elle n'entraînera pas d'importantes contraintes financières.

S'il a bien été spécifié, dans la déclaration d'Alma Ata, que chaque état établira sa propre stratégie pour le développement des soins de santé primaires, les modifications de structure qu'ils impliqueront, ainsi que les limites de participation des communautés poseront de sérieux problèmes, dont les techniciens de santé ne mesurent pas toujours l'ampleur. Une récente enquête de l'OMS sur les possibilités de transfert de la lutte contre les vecteurs, a montré à quel point ils étaient peu conscients des problèmes culturels et sociologiques que soulève un tel transfert, ainsi que des problèmes purement techniques d'efficacité qu'il convient de résoudre pour soutenir l'action des collectivités.

L'OMS estime qu'il est plus difficile d'assurer la distribution rationnelle d'un produit thérapeutique ou préventif à ceux à qui il est nécessaire, que d'en assurer et d'en financer la production, de même qu'il est plus aisé de mettre au point une méthode de lutte que de la faire appliquer. La formation du personnel à tous les niveaux et son encadrement scientifique et technique d'une part, la participation de communautés motivées et animées par une éducation sanitaire continue d'autre part, apparaissent comme deux leviers opérationnels indispensables.

Le développement économique, en fournissant des moyens matériels, retentit directement sur la promotion sanitaire et celle-ci la favorise à son tour, dans un processus d'inter-actions réciproques. Mais il est bien évident que les actions de santé n'auront un retentissement positif que dans la mesure où elles reposeront sur une base technique qui devra être d'autant plus irréprochable que le relatif isolement des services périphériques produit fréquemment une érosion de la compétence et une dilution de la motivation. Il est bien évident que les communautés se lasseraient très vite de participer à des actions dont les retombées resteraient mythiques.

III. L'ACTION DE L'ORSTOM.

3.1. Les programmes.

Il faut rechercher dans une évolution historique l'origine des programmes de l'ORSTOM en matière de santé. A une époque où les Services de Santé des Armées et les Instituts Pasteur avaient, outremer, un quasi monopole de la santé, l'ORSTOM a bâti ses programmes en des espaces complémentaires des leurs et considérés comme "paramédicaux" : Entomologie médicale, Pharmacologie, Nutrition, Démographie.

Ce n'est que plus récemment, avec le développement des démarches épidémiologiques, que la dimension anthropo-sociologique de la santé fut pleinement perçue.

3.1.1. Recherches épidémiologiques sur les grandes endémies tropicales.

Les développements de la lutte antivectorielle comme moyen de prévention des grandes endémies a donné un très grand essor à la section d'entomologie et de parasitologie médicales qui s'est trouvée l'un des interlocuteurs privilégiés de l'OMS dans les pays francophones. Réciproquement, la politique de l'OMS définie par les Assemblées Mondiales de la santé, expression des préoccupations de l'ensemble des Etats, a marqué la politique scientifique du Comité MPEM qui, au cours de la dernière décennie, a étendu ses recherches à l'épidémiologie globale des grandes endémies, en même temps qu'il développait l'aspect pratique des méthodes de lutte en se donnant pour objectif la production de techniques appropriées aux besoins et aux ressources des pays-hôtes. Une large transdisciplinarité parcourt ses recherches (ou interfèrent de façon diverse prolozoologie, entomologie, mammalogie, immunologie, biochimie, démographie, géographie, etc...), tant à l'intérieur de l'ORSTOM que dans les relations avec des organismes extérieurs tels que les Instituts Pasteur, les services de santé nationaux, les organisations inter-états de lutte contre les grandes endémies (OCCGE, OCEAC), les universités et évidemment l'OMS.

Les actions en cours concernent l'étude épidémiologique intégrée des grandes endémies tropicales transmises par des vecteurs ou des hôtes intermédiaires : Arboviroses, Paludisme, Trypanosomiasés, Leishmaniosés, Filariosés (dont l'Onchocercose), Schistosomiasés. Ces affections sont les cibles du Programme de la Banque Mondiale, exécuté par l'OMS, pour le développement des recherches sur les maladies tropicales (TDR). La plupart des actions de l'ORSTOM en ces domaines bénéficient de subventions de la part de l'OMS ou du Ministère de la Recherche et de la Technologie. Elles se résument comme suit :

Arboviroses : , dont la fièvre jaune et la dengue. Recherches d'épidémiologie fondamentale, conduite sur l'étroite collaboration des Instituts Pasteur, en Afrique et en Guyane, avec l'Institut Chagas, au Brésil. Des études portent conjointement sur les virus des fièvres hémorragiques africains (Lassa, Marburg, Ebola), avec la collaboration du Center for Disease Control (USA). Au total 6 chercheurs et 4 techniciens.

Paludisme : Programme visant à approfondir nos connaissances sur la dynamique de transmission de cette parasitose et comportant notamment une réévaluation de son impact pathogénique. Action dont le caractère multi-organique et de large interdisciplinarité est très accusé puisqu'elle requiert la participation de démographes, le concours de nombreux organismes dont l'OCCGE et une intégration aux structures sanitaires de base permettant un contact étroit et permanent avec les populations. Deux bases : Brazzaville et Bobo-Dioulasso. Au total 8 chercheurs et 10 techniciens (dont 4 chercheurs et 6 techniciens africains).

Trypanosomiases

Trypanosomiase africaine : Programme d'épidémiologie qui offre une large ouverture sur les méthodes de lutte par piégeage de glossines, les seules actuellement intégrables au système de soins de santé primaire. Action qui partage avec la précédente le caractère d'une large transdisciplinarité. Recherches basées en Côte-d'Ivoire (Centre de Recherche sur la Trypanosomiase et l'Onchocercose - IRTO), au Cameroun et au Congo. Au total 6 chercheurs biomédicaux, 1 sociologue, 1 géographe, 1 historien congolais. Les recherches sur les glossines se déroulant au Kenya sous l'égide de l'International Center for Insect Physiology and Ecology (ICIPE) sont placés sous la direction d'un entomologiste de l'ORSTOM. 10 techniciens dont 7 sont africains.

Trypanosomiase sud-américaine : Taxonomie biochimique et génétique des trypanosomes sud-américains : 1 chercheur à La Paz (Institut Bolivien de Biologie d'Altitude).

Leishmaniose : Programme épidémiologique, en collaboration étroite avec l'Institut Pasteur de Cayenne. A conduit à la découverte du cycle selvatique de la leishmaniose guyanaise. 1 chercheur, 1 technicien.

Filariose de Bancroft : Programme épidémiologique ayant conduit, en Polynésie, à la mise au point de modèles mathématiques que des traitements chimio prophylactiques ont permis de tester. L'accent est actuellement mis sur la lutte biologique dans les écosystèmes insulaires (utilisation prometteuse du cyclops). Au Kenya, recherches sur l'écologie de l'un des vecteurs africains. 2 chercheurs et un technicien à Tahiti ; 1 chercheur à Mayotte ; 1 chercheur dirigeant les études conduites au Kenya (ICIPE).

Onchocercose : Les recherches épidémiologiques conduites par l'ORSTOM en Afrique de l'ouest ont été le point de départ de l'actuel programme de contrôle de l'Onchocercose (OCP) conduit par l'OMS dans 11 pays de cette région et placé sous la direction d'un entomologiste de l'Office. Il s'agit là du premier de nos programmes épidémiologiques qui ait fait appel au concours de géographes. Bases actuelles : IRTO (Côte-d'Ivoire) 4 chercheurs et 1 chercheur de l'OCCGE et 3 techniciens ; Cameroun, 2 chercheurs ; Brazzaville, 1 chercheur et 5 techniciens (congolais).

Schistosomiases : Programme écologique largement orienté vers les méthodes de lutte en collaboration avec le Centre de Recherches sur les Méninrites et les Schistosomiases et les Laboratoires de Rhône-Poulenc. 2 chercheurs et 1 technicien à Niamey ; 1 chercheur à Bobo-Dioulasso.

Insecticides : Les recherches en ce domaine sont principalement dévolues aux laboratoires centraux (Bondy) et sont conduites en étroite connexion avec l'OMS : 2 chercheurs, 4 techniciens. Etudes également conduites en Haute-Volta (1 chercheur à mi-temps) et à Tahiti (2 chercheurs à mi-temps).

3.1.2. Recherches sur les substances naturelles d'intérêt pharmacodynamique.

Les recherches ayant trait aux virtualités pharmacologiques des substances naturelles occupent une place importante au regard du projet d'indépendance sanitaire. Leurs visées procèdent en effet de l'espoir de pouvoir utiliser, à des fins préventives ou curatives et dans des conditions d'obtention adaptées aux contraintes économiques du tiers-monde, soit les molécules actives identifiées par l'analyse des produits naturels, soit leurs dérivés de synthèse.

Ce programme, rattaché au Comité Technique de Botanique et Biologie Végétale, occupe actuellement 2 chercheurs et 2 techniciens à Cayenne ; 3 chercheurs à Nouméa ; 1 chercheur au Vanuatu ; 1 chercheur à Paris, au Museum (relié à Nouméa). Il faut distinguer, à Nouméa, le programme "substances naturelles d'origine marine", occupant 1 chercheur à plein temps et chercheur à mi-temps. Tous les autres chercheurs sont affectés à l'étude des plantes médicinales.

La prospection se fait d'une part selon l'approche botanique sensus stricto (connaissance des familles botaniques contenant une famille chimique dont l'action est recherchée), d'autre part d'après des enquêtes réalisées auprès des tradipatriciens.

Quel que soit le mode de collecte, les plantes sont testées chimiquement pour déterminer leurs principes actifs. Les laboratoires de Pharmacologie de Cayenne et de Nouméa sont suffisamment bien équipés pour procéder eux-mêmes à l'extraction, au fractionnement et à la cristallisation de certains de ces produits.

L'analyse de la structure, la détermination des molécules, la recherche d'un éventuel dérivé de synthèse sont effectuées chez des partenaires universitaires ou industriels.

Les essais biologiques sont également effectués chez des partenaires, en général des laboratoires pharmaceutiques liés à l'ORSTOM par des accords A.N.V.A.R.

Le but principal de ces recherches est de créer de nouveaux médicaments. En ce sens, leur intérêt dans une optique médicale de la santé est évident. Il en va de même des recherches menées sur les plantes insecticides. Quant à celles qui sont d'un intérêt cosmétologique elles peuvent avoir un effet sur le développement, au niveau de l'économie locale.

Les recherches comportent en outre un volet ethnopharmacologique. Il s'agit ici non pas d'étudier la façon dont les individus perçoivent physiquement ou socialement leur corps (ethnomédecine), mais celle dont ils conçoivent le rapport de leur corps avec la nature par le truchement des médicaments, dont la définition empirique doit être analysée pour une meilleure "traduction" des prescriptions traditionnelles et donc une meilleure rentabilité des études pharmacodynamiques.

3.1.3. Recherches sur la nutrition.

La nutrition est un secteur d'activité scientifique à fort impact économique et social. La recherche y vise deux types d'objectifs: 1. Concourir à améliorer la production des aliments , 2. concourir à améliorer nos connaissances en biologie humaine et notamment celles relatives aux conséquences de niveaux de nutrition inadéquats.

Il convient de souligner d'entrée que l'on ne peut séparer nutrition et alimentation. On a en effet souvent tendance à rattacher la première à la santé, la seconde à l'agriculture. Une telle dissonance couperait la nutrition de son amont, la science des aliments. (et l'axe "indépendance alimentaire").

Bien qu'orientée vers des objectifs pratiques, la recherche en nutrition est sous-tendue par la nécessité de mieux comprendre les mécanismes fondamentaux des processus nutritionnels. Il s'agit d'une recherche interdisciplinaire, dans un domaine où les facteurs immunologiques et parasitologiques, par exemple, et ceux directement liés à l'état nutritionnel s'influencent réciproquement.

L'environnement socio-économique est d'autre part un facteur majeur. En fonction du niveau de vie, des pathologies de sous-consommation peuvent faire place à des pathologies de sur-consommation, ou à des consommations déviantes (alcool). Il s'agit en conséquence de situer la nutrition au sein d'un ensemble de facteurs dont l'approche déborde largement le champ biologique proprement dit.

L'effectif des nutritionnistes compte 15 chercheurs et 4 techniciens.

A l'origine, le seul laboratoire de nutrition de l'ORSTOM était implanté à Lomé ; il s'est déplacé ensuite vers Yaoundé. Seule l'étude des aliments locaux y a d'abord été entreprise ; le secteur de la Biologie humaine a été ouvert il y a peu d'années. A la demande de l'OCCGE, l'implantation d'une équipe de chercheurs en nutrition de l'ORSTOM au sein de l'ORANA (Organisation de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition en Afrique) a été décidée en 1975 (siège à Dakar), 6 chercheurs et 1 technicien.

Le laboratoire de Fort-de-France est de création toute récente. Il a pour vocation de couvrir les besoins de recherche de la zone Caraïbe, et de rayonner vers l'Amérique Latine.

Il n'existe pas, à ce jour, de l'aboratoire ORSTOM de nutrition implanté en France métropolitaine.

On peut dès à présent imaginer une coopération plus étroite avec notamment l'INSERM (biologie humaine), l'INRA (étude des aliments) le CNRS et les Universités (nutrition fondamentale)*.

Les programmes de recherche de l'ORSTOM sont largement inspirés des problèmes de santé publique locaux d'une part, de la nécessité de l'auto-suffisance alimentaire d'autre part. La plupart des thèmes présentent un caractère de généralité lié à l'écologie tropicale : malnutrition protéino-calorique ; anémies, développement de l'enfant ; plantes à amidon ou à protéines, etc ... Ces thèmes permettent d'aborder des aspects plus généraux et plus fondamentaux tels que les relations entre nutrition et défenses immunitaires.

La malnutrition protéino-calorique constitue un problème majeur de santé publique. La détection des stades précoces de malnutrition chez l'enfant est l'un des thèmes qui intéressent les trois sections : Yaoundé, Dakar et Fort-de-France.

* La nécessité de créer en France un laboratoire de base se pose en termes de plus en plus aigus : le Comité Technique dans sa dernière session y a insisté.

Les anémies nutritionnelles constituent une autre pathologie très répandue en climat tropical. Différents facteurs nutritionnels sont impliqués : fer, acide folique, protéines ... Une approche multifactorielle doit permettre de déterminer la part de chacun des nutriments en cause. Le métabolisme phosphocalcique lié à l'ossification et au rachitisme est également étudié.

Le développement de l'enfant est lié à l'état nutritionnel de la mère, mais non exclusivement. Une approche multifactorielle, incluant notamment des paramètres économiques est nécessaire.

Les enquêtes alimentaires et nutritionnelles sont à la base des études épidémiologiques. La méthodologie du traitement de l'information est, à cet égard, activement étudiée. L'analyse des aliments et l'élaboration de tables de composition indispensables aux enquêtes alimentaires, est une constante des activités de l'ORSTOM.

Des pathologies de surcharge peuvent coexister avec des pathologies de sous-nutrition. Des affections spécifiques liées à l'ingestion de sel ou d'alcool feront l'objet de recherches nouvelles.

Les maladies diarrhéiques sont la cause d'une mortalité infantile élevée. Les effets pathogènes de la flore bactérienne intestinale, les aspects métaboliques en relation avec ces désordres constituent un nouveau thème de recherche.

Les frontières de ce que nous avons appelé la base bio-médicale dans laquelle s'inscrivent des spécialités dotées de techniques spécifiques et d'équipements lourds ne sont pas fermées.

Les phénomènes de nutrition peuvent être appréhendés à plusieurs niveaux d'analyse : " Une recherche en nutrition humaine doit être suffisamment développée en France si l'on veut qu'elle puisse contribuer efficacement : à la connaissance de l'homme, à la prévention et au traitement des maladies, à un nouveau modèle de développement de l'agro-alimentaire français, à libérer les peuples de la faim". Telle est l'affirmation de chercheurs et médecins de l'INSERM et de l'INRA, publiquement approuvée par des nutritionnistes de l'ORSTOM (dans "Science et Technique" n° 84 - février 1982). La place modeste des nutritionnistes dans les effectifs de l'ORSTOM signale le besoin d'un développement important de cette discipline dans plusieurs programmes. L'urgence des problèmes rend nécessaire d'explorer d'autres rapports avec l'économie et l'anthropologie alimentaire.

L'aptitude particulière des démographes à embrasser la dimension des problèmes sanitaires et l'analyse des déterminants par des indicateurs de niveaux de santé est bien conforme aux besoins d'une communication transversale. L'étude de la mortalité et de la morbidité est un instrument d'évaluation des actions entreprises et une mesure de l'impact des politiques sanitaires nécessite la mise au point d'indicateurs fins. A un autre niveau, la maîtrise de la fécondité, partie du champ de la santé, se situe à la frontière du biologique et du social (représentations et comportements).

Les études menées par des géographes sur les projets d'aménagement hydro-agricole, comme celles menées sur l'espace des grandes endémies, cartographies d'un milieu naturel autant qu'examen d'un milieu socio-culturel, se situent en position charnière entre la base bio-médicale et des approches plus propres aux sciences sociales telles que l'étude des représentations sociales et l'analyse des systèmes de santé.

3.1.4. La santé est l'objet de représentations.

L'étude des représentations sociales n'a pas pour objet l'examen des représentations scientifiques qui se situe plutôt dans le cadre d'une réflexion de caractère épistémologique. Elle inclut par contre les représentations des scientifiques eux-mêmes, envisagés comme acteurs sociaux et non comme propriétaires d'une connaissance particulière.

En passant de l'observation de l'environnement à celui des comportements, le point de vue d'un géographe indique la nécessaire prise en compte de données qualifiées improprement de "facteurs humains" par certains planificateurs et médecins. Les échecs relatifs des politiques sanitaires exclusivement décidées à un niveau central ont amené les chercheurs à se pencher sur les perceptions et conceptions des malades insérés dans une société, c'est à dire sur les représentations dont la maladie et la santé publique sont l'objet.

L'anthropologie médicale porte particulièrement son regard sur les représentations du corps et de la maladie et les thérapeutiques traditionnelles. Depuis plusieurs années des recherches en nombre croissant analysent les représentations locales de la maladie dans tel village, telle ethnie, ainsi que les effets synchrétiques ou conflictuels des différents systèmes en contact. L'ethno-botanique, l'ethno-médecine ont connu un développement rendu nécessaire par la méconnaissance antérieure des fondements culturels de la maladie et des thérapeutiques associées. Ces études occupent aujourd'hui une place importante et le problème se pose désormais de transformer cette connaissance universitaire en bagage scientifique en partie utilisable par les médecins ou les planificateurs, afin d'élargir l'approche de ces derniers.

Cette anthropologie des malades et de la maladie doit être prise en compte ; elle doit garder la cohérence de sa démarche, condition de la qualité de son apport. L'anthropologue, dans ce contexte, n'apporte pas une information subsidiaire ou complémentaire. Sans avoir les moyens de changer une situation, la connaissance anthropologique se présente comme une condition de l'action entreprise par d'autres.

Les aspects dits "culturels" ne constituent pas des isolats de tradition, mais fonctionnent dans des sociétés contemporaines (l'opposition tradition / modernité n'est plus vraiment pertinente dans la plupart des cas). Des réalités conjoncturelles ou structurelles liées à l'existence de rapports sociaux globaux et à la présence d'appareils d'Etat, véhicules d'idéologies locales, nationales ou planétaires interviennent. La santé publique fait appel à des agents, des institutions, des discours qui eux-mêmes sont l'objet de représentations. Le travail anthropo-sociologique consiste à appréhender concrètement ces représentations d'individus et de petits groupes localisés et les pratiques qui les sous-tendent. C'est ainsi que peut apparaître, par exemple, le rôle du médicament non plus seulement lié à une chimiothérapie fonctionnelle, mais à l'efficacité de représentations de la santé publique gérée par l'Etat. Comportements, discours, relations structurées non plus seulement par la "culture" mais par des appareils interviennent. Censés être efficaces, les agents de santé le sont souvent moins que prévu pour des causes que l'analyse contribue à formuler. Ces acteurs sociaux : médecins, infirmiers, malades ayant été situés dans le paysage de leurs représentations souvent contradictoires, on peut envisager la nature des appareils de santé, des politiques qui les animent, des mutations ou des contradictions qu'elles véhiculent.

Quelles sont à l'ORSTOM les perspectives dans le domaine de l'étude des représentations ?

- Ces recherches se présentent comme un vaste champ de programme unifiés par un commun niveau d'analyse où peuvent s'intégrer aisément de nombreuses études anthropologiques sur la maladie longtemps livrées à l'exploration solitaire, ainsi que des travaux socio-anthropologiques sur les représentations de la santé publique guidés par une même méthode. L'analyse de toutes les représentations liées à la santé et à la maladie constitue ce projet qui vise à en dégager les articulations.

Le CNRS et l'Ecole des Hautes Etudes^{en} Sciences Sociales apparaissent comme des interlocuteurs nécessaires dans ce domaine, de par l'antériorité de leur démarche, tandis qu'à l'INSERM, les projets ne paraissent pas encore arrivés à maturité. Le pari qui nous est proposé dans ce secteur consiste à sortir d'une perspective exclusivement universitaire sans rien concéder sur la qualité scientifiques des travaux. Il s'agit d'entreprendre l'étude de nouveaux objets, plus actuels, susceptibles d'échapper à l'enfermement dans quelques bibliothèques.

- En termes de recrutements et de moyens de nombreux ethno-médecins se sont déjà manifestés pour entamer des recherches sur le terrain et s'intégrer à notre perspective. Ils sont pour une large part déjà formés à la médecine, à l'épidémiologie, à l'ethnologie et à la pratique du terrain.

Par rapport aux usages actuels, il semble souhaitable de mieux distinguer les programmes et les opérations, de raccourcir la durée de ces dernières, qui parfois s'enlisent dans des inventaires sans fin, souvent utiles mais parfois surévalués, afin d'investir plus de chercheurs, moins longtemps, c'est à dire provoquer l'échange et la réflexion interne et externe. On échappe aussi au risque d'une certaine dépendance qui peut résulter du questionnement parfois un peu brutal d'une partie de "l'establishment" bio-médical ; celui-ci a trop tendance à considérer que la maîtrise d'un capital de connaissances et d'un bagage technique suffit à résoudre tous les problèmes, sauf obstacles latéraux (les facteurs humains) que les socio-anthropologues auraient vocation à extirper, comme des jardiniers préposés à enlever la mauvaise herbe sur un terrain dont le dessin harmonieux aurait été conçu en leur absence.

3.1.5. L'analyse des systèmes de santé

Les systèmes de santé constituent la toile de fond de toute l'action sanitaire. Ils résultent de facteurs sociaux, économiques et techniques. L'état de la technique a un moment donné résulte des options antérieurement prises. Dans le domaine bio-médical en particulier, le développement de telle ou telle application résulte autant de la poursuite d'une logique de recherche que du poids de choix politiques internationaux sur tel ou tels objectifs.

L'économie de la santé est bien établie dans l'université et elle constitue probablement la plus ancienne science sociale de la santé. Son domaine traditionnel embrasse l'étude des coûts, des budgets, des investissements, les expertises de "faisabilité" ou de rentabilité. Mais l'économie de la santé n'est pas seulement une technique d'évaluation où l'on peut enfermer des économistes en leur posant une seule question. C'est aussi un instrument apte à saisir des objets à plusieurs faces, tels que les filières de médicaments. L'économie a vocation à envisager des questions globales en rapports étroits avec la sociologie, la démographie, l'anthropologie. C'est pour cette raison que peuvent être intégrés aux projets non plus des experts, de plus en plus réticents, mais des chercheurs autorisés à se poser des questions. Plusieurs universités dispensent une formation en économie de la santé et développement, à Aix, Clermont-Ferrand et Grenoble en particulier. Des recrutements sont d'autant plus urgents qu'à l'ORSTOM, l'économie de la santé est absente. Dans ce domaine, des perspectives scientifiques qui soient à la fois autonomes dans leurs méthodes et interdisciplinaires dans leur approche sont nécessaires.

Les démographes ont mieux pu échapper à ces problèmes particuliers aux disciplines dont l'activité peut paraître à tort réduite à des mesures, notamment celles de la mortalité et de la morbidité ; en effet la population amène à prendre en compte de très nombreuses variables telles que la structure de la population, la structure familiale, les migrations, la croissance démographique.

Le système de santé se fonde sur un dispositif sanitaire qui comprend des institutions et des personnels. Ces structures s'organisent en filières médico-sanitaires et investissent des stratégies de groupes sociaux ou professionnels. Les choix de telle structure hospitalière, de l'implantation de tel type de couverture médicale, de telles techniques, renvoie à un ministère où viennent converger des groupes de pression nationaux et internationaux, acteurs des décisions. C'est pourquoi on utilise le terme de politique sanitaire pour définir l'action à l'oeuvre dans le système de santé. Les facteurs de dépendance qui pèsent dans les politiques sanitaires sont multiples. La dépendance technologique se double d'une dépendance pharmaceutique que les recherches de nouvelles molécules ne sauraient enrayer si elles sont produites dans les mêmes conditions de rentabilité, quand bien même la production serait locale. Transférer les causes de la dépendance ne semble entretenir que de lointains rapports avec de vrais transferts de technologie. Les systèmes de santé se présentent aussi comme des appareils d'Etat qui réalisent un contrôle social croissant sur les populations avec une concentration du pouvoir de décision, de la même façon que les systèmes d'éducation.

Les systèmes sanitaires ne sont pas investis par l'histoire sans connaître des mutations et sans mettre en scène des contradictions liées à leurs différentes composantes sociales, économiques, politiques et technologiques. Les mutations historiques sont particulièrement importantes à évaluer et sur ce point un programme de recherche devrait être rapidement mis en place. Il paraît souhaitable d'entamer une vaste étude comparative des politiques sanitaires menées en Afrique en commençant par analyser l'histoire, le poids et les effets de la médecine coloniale à partir des riches archives disponibles et des personnels en place. Ainsi seraient mieux compris les choix et les alternatives d'aujourd'hui. Cela ne constitue qu'une base dans le champ de l'étude des systèmes mais elle semble fondamentale et des chercheurs de l'ORSTOM ont déjà manifesté leur intérêt pour cette perspective. Ces enjeux sanitaires traversent des décennies mais depuis la conférence de l'OMS à Alma Ata en 1978, ils ont pris forme autour de la question des politiques de soins de santé primaires. L'occasion est fournie là d'un grand programme qui couvre à la fois l'étude des systèmes sanitaires, celle des représentations, et le domaine bio-médical, puisque cette politique se présente comme un modèle planétaire pour la santé. Peut-on hésiter à le qualifier de prioritaire puisqu'au delà de différences d'interprétations il concerne tous les chercheurs qui à l'ORSTOM donnent un sens à la question de l'indépendance sanitaire.

Une demande explicite s'est déjà manifestée de la part d'équipes de soins de santé primaires. Plutôt que faire dans dix ans le bilan des échecs, il faut dès aujourd'hui étudier et comparer les opérations en cours. Des monographies portant sur les rapports de la société locale avec l'équipe de soins de santé primaires implantée permettraient dans un premier temps de mesurer le degré d'intégration ou de rejet par la communauté tandis que des enquêtes démographiques pourraient relever des indicateurs de changement dans la morbidité et la mortalité, avant et après l'opération.

La mise en place d'un tel projet peut permettre à l'ORSTOM de manifester l'actualité et l'originalité de notre approche dans le domaine sanitaire. Les opérations de soins de santé primaires, telles qu'elles se pratiquent, constituent un objet de recherche à la fois actuel et concret qui permet d'envisager derrière les mots et les pratiques, les rapports réels, les enjeux, qui parfois prennent la forme de la dépendance brutale.

Avec des effectifs peu importants, des opérations mal coordonnées, les sciences sociales, engagées sur les problèmes de santé exigent moins de dresser le catalogue de leurs réussites connues, que de présenter l'intérêt de leurs projets, l'apport de leurs méthodes, et l'enjeu collectif que recèlent certaines de leurs questions.

3.2. PROSPECTIVE

3.2.1. Recherche

Il est souhaitable de maintenir la plupart des programmes existants, qui répondent à la demande sociale prioritaire et dont beaucoup constituent des pôles d'excellence de la recherche française. Mais, compte tenu des nouvelles orientations, il est nécessaire de promouvoir de nouvelles options telles que, par exemple :

- Epidémiologie transversale : détermination des causes majeures de morbidité, base d'établissement des priorités d'action sanitaire.
- Epidémiologie urbaine : la nouvelle stratification sociale et les structures écologiques engendrées par l'urbanisation ; les modifications de la santé qui en résultent. Des actions sont programmées à Dakar, Maradi, Brazzaville.
- Santé et opérations de développement : les actions ponctuelles exécutées jusqu'ici devraient s'inscrire dans un programme plus général.
- Nutrition et développement : étude des complexes alimentation-agriculture-industrialisation.
- Economie de la santé : comportant notamment l'étude de contraintes économiques et sociologiques de la mise en oeuvre des soins de santé primaire.

Les projets d'expansion de la recherche doivent tenir compte de trois éléments importants :

- Les limites en hommes et en ressources budgétaires.
- La nécessité d'éviter les double-emplois, voire les concurrences dispendieuses avec d'autres organismes investissant sur les mêmes thèmes.
- Cette nécessité va de pair avec le souci de bâtir une collaboration harmonieuse avec l'ensemble de nos partenaires à l'extérieur de l'ORSTOM.

La mise en place, en France, de structures d'accueil scientifique satisfaisantes est indispensable au développement de certaines recherches réclamant un outillage et des connections logistiques qu'il est souvent difficile d'obtenir outre-mer.

Les recherches écologiques et épidémiologiques au long cours, nombreuses à l'ORSTOM, rendent souhaitable que soit préservée, dans toute la mesure du possible, son implantation actuelle outre-mer. Ceci ne devrait pas exclure la pratique de missions à court terme effectuées à partir de France dans les cas où elle s'avère préférable.

3.2.2. Formation en information

La formation de personnel, à tous les niveaux, est une des conditions de l'indépendance sanitaire effective. L'intervention actuelle de l'ORSTOM dans la formation de chercheurs n'est pas négligeable mais devrait pouvoir s'amplifier.

La participation à l'enseignement dans les pays hôtes, dans le cadre des universités ou d'organismes à vocation sanitaire, est vraisemblablement appelée à croître. Beaucoup d'entre eux manifestent désormais le souci d'assurer sur place, soit directement, soit par le canal d'organisme inter-états, la formation de leur personnel scientifique. Il pourrait y avoir là la perspective d'une demande d'assistance accrue. C'est ainsi que l'Université d'Abidjan, avec l'aide de l'OMS, a mis récemment sur pied un Centre de Formation en Entomologie Médicale et Vétérinaire dont la direction a été confiée à un chercheur de l'ORSTOM.

Des faits de complémentarité ou de développement inégal font qu'une telle évolution ne semble pas contredire la nécessité de développer en France les structures destinées à l'enseignement.

En 1975, l'ORSTOM a signé une convention avec l'Université de Paris-Sud (Orsay) pour la création d'un DEA d'entomologie médicale qui a été regroupé en 1979 avec le DEA d'entomologie de Paris VI, tout en gradant son option particulière.

La formation sur le terrain des techniciens se fait à la demande des Etats et de l'OMS. Elle a été jusqu'ici très efficace, mais pourrait être améliorée par l'organisation périodique de stages, en France ou Outre-Mer, en collaboration avec les pays-hôtes.

Le partage et la diffusion du savoir ont été considérés comme une des responsabilités du chercheur scientifique lors du Colloque National.

Au niveau de l'activité de recherche, la diffusion du savoir se fait assez bien grâce aux Cahiers et Mémoires de l'ORSTOM ainsi que diverses revues françaises et étrangères. Mais une lacune existe en matière d'ouvrages de synthèse, traités et manuels. Outre qu'elle semble préjudiciable au renom scientifique français en des domaines où nous sommes appelés à former des spécialistes étrangers, elle prive l'étudiant francophone d'une base aisée d'information dont le défaut est d'autant plus ressenti que sa carrière de chercheur le destine très souvent à travailler dans des conditions de relatif isolement. La rédaction de tels ouvrages doit se concevoir comme un programme de recherche et en tenir lieu pour le ou les personnels qui en sont chargés ; elle doit disposer d'un budget propre et de personnel technique, sous peine de se diluer dans le temps et de ne plus voir le jour.

Enfin, la documentation est à développer dans le sens d'un accès rapide aux banques de données. Une concertation est à maintenir en ce domaine qui permette aux producteurs d'information (les auteurs d'articles et d'ouvrages) et les usagers de s'exprimer tout autant que les techniciens de la documentation.

IV. CONDITIONS POUR UNE BONNE DYNAMIQUE DE L'AXE-PROGRAMME.

Variante 1.

De nombreux chercheurs relevant de disciplines différentes avaient déjà pris conscience, au cours des dernières années, de ce que leurs démarches respectives venaient à la rencontre en certains champs d'investigation communs, tels que celui de la santé. Des collaborations inter disciplinaires en résultèrent, par exemple, entre démographes, géographes et biologistes médicaux., qui furent fructueuses et rendirent progressivement évidente la nécessité de créer des dynamiques d'ensemble et de leur donner des structures concrètes permettant l'émergence d'une réelle transdisciplinarité.

L'axe-programme répond donc à une attente ; il s'impose en fait comme l'aboutissement d'un processus inhérent au développement de la recherche, à travers des disciplines devenues de plus en plus conscientes de la complexité de l'espace qu'elles explorent. Tant au

plan de l'esprit qui l'anime que de ses structures, l'axe-programme peut se concevoir comme une émanation des disciplines elles-mêmes se donnant le moyen de travailler ensemble, et non en juxtaposition, sur des thèmes qui traversent de bout en bout ou de façon partielle, leurs domaines respectifs de technicité. L'enjeu de la concertation qui s'ouvre est donc celui de toute une dialectique à établir entre deux niveaux d'élaboration de la recherche ; il ne peut qu'en découler le souci de rendre efficient, par des structures heureusement définies, le jeu d'interactions que cette dialectique suppose.

Il faut, pour réaliser les actions définies au niveau des axes-programmes, des disciplines très structurées, assurant chacun de la référence technique et, "au plus près", du soutien pratique et moral que sa situation de chercheur réclame. Il convient, à l'intérieur d'un organisme scientifique, de veiller à ce que la programmation ne puisse se penser trop exclusivement en termes de thèmes mobilisateurs comme il peut utilement en aller au sein de ministères, où la recherche définit ses priorités mais n'est pas appelée à se faire. Il paraît donc souhaitable que les axes-programmes dont nous sommes sans doute unanimes à reconnaître la nécessité, n'aliènent en rien l'identité des différentes disciplines et leur permettent, au travers de structures adaptées, de gérer la spécificité de leur approche. Une telle nécessité semble procéder de la nature même des axes-programmes, dont la transdisciplinarité pourrait se nimer d'un certain flou si les démarches conceptuelles et les technicités spécifiques cessaient d'y être concrètement perceptibles, c'est à dire organiquement représentées.

Ce sont les structures indispensables à la réalisation d'un tel équilibre dynamique qu'il convient de mettre en place.

Variante 2

Une interdisciplinarité réelle suppose une problématique commune.

Dresser un bilan suppose d'établir des perspectives à moins de sombrer dans une autosatisfaction sans projet. Il y a à l'ORSTOM des sciences heureuses et des sciences moins heureuses dont on mesurait naguère l'état de bonheur à l'autonomie dont elles jouissaient. Rêve pour certains, presque réalité pour d'autres, l'autosuffisance disciplinaire qui en résulte ne constitue pas une base favorable à des projets partagés.

Deux conceptions de l'interdisciplinarité sont possibles. La première, minimale, considère qu'il ne s'agit que de prévoir des lieux de rencontre et de coordination, tel qu'il a pu en exister quelques uns à l'ORSTOM, avec des succès inégaux. La seconde, maximale, tend à mettre en place une intégration progressive d'approches disciplinaires différentes dans des problématiques communes, qui se présentent comme des questions pertinentes pour plusieurs groupes de disciplines. Pour la qualité du débat, on doit mesurer ce qui sépare les deux conceptions et ne pas les confondre de manière factice. C'est un premier enjeu qui dépasse une question de vocabulaire.

Un discours humaniste n'est pas suffisant pour favoriser l'indépendance sanitaire.

La portée de l'intitulé de l'axe-programme sur les conditions de l'indépendance sanitaire constitue un second problème et une autre source d'ambiguïté. Dans une première hypothèse à portée minimale, l'intitulé est l'expression d'un humanisme vaguement généreux, slogan aisé à partager, comme la formule de l'O M S "la santé pour tous en l'an 2000". Cette révérence, courtoisie abstraite et légitime, adressée à la pauvreté et à l'organisation internationale ne semble pas déboucher sur des conséquences scientifiques bien identifiées. La question principale semble plutôt de savoir pourquoi il n'y aura pas la santé pour tous en l'an 2000. Cette question constitue une hypothèse plus dynamique car la connaissance scientifique ne détient pas une efficacité suffisante pour provoquer des progrès concrets, durables et à grande échelle. La responsabilité d'un savant atomiste implique l'évaluation des risques de ses découvertes et des détournements possibles. Dans le domaine de la santé, on est amené à concevoir la nécessité de produire des effets et des changements positifs dans l'état sanitaire. Les certitudes de la "Science" ou d'une science particulière sont au service des hommes autant qu'à celui de la connaissance.

A propos des conditions sanitaires, la responsabilité du scientifique ne consiste pas à imputer une certaine inefficacité aux Etats qui gèrent la santé, mais plutôt à évaluer le pourquoi et le pour qui des travaux engagés. Ces interrogations amènent à construire de nouveaux objets scientifiques. Le poids des "facteurs humains", au nom desquels sont, tout à coup, convoquées les sciences sociales n'explique pas, à lui seul, la modestie des progrès réalisés.

L'enjeu des systèmes sanitaires internationaux, régionaux, nationaux.

La tentation de ne pas changer les rapports sanitaires est d'autant plus facile que la santé se présente au niveau international comme un grand enjeu. Il a pris, ces dernières années, la forme d'une alternative vite devenue dialectique, entre les politiques de soins de santé primaires d'une part, et d'autre part, les politiques antérieures hospitalocentristes, ou les vastes opérations entreprises dans la lutte contre les grandes endémies. Opposer ces deux formes d'actions, toutes deux nécessaires serait absurde. Il faut néanmoins mesurer ce qui les sépare et leurs implications, car sous la même étiquette, parfois ambiguë, coexistent différentes stratégies. L'histoire de la médecine, coloniale, militaire et tropicale, pèse d'un poids très fort sur les structures sanitaires nationales, régionales, internationales, dans les pays africains. Le propos n'est pas de critiquer une forme d'action au profit de l'autre, mais de découvrir, de part et d'autre, les forces en jeu qui ne sauraient être confondues.

Un nouvel objet

Un projet sur les conditions de l'indépendance sanitaire invite d'abord à analyser les causes de la dépendance par une démarche scientifique. A proximité de nos bureaux et de nos laboratoires, dans nos centres, vivent des hommes malades dont les choix thérapeutiques et la liberté de vivre sont singulièrement oblitérés par la dépendance qu'ils subissent face à la nature, à la société, à l'Etat.

En 1982, des centaines de paysans promis à la santé pour tous en l'an 2000, sont aspergés d'insecticides par des aéronefs sans avoir été préalablement consultés, tandis que leurs Etats de plus en plus endettés sont arrosés de crédits internationaux et de matériels étrangers qui les engage dans une dépendance croissante qu'augmente l'emploi de techniques de plus en plus coûteuses, qu'ils ont de moins en moins les moyens de prendre en charge

Sous réserve d'affronter sans esquive la gestion de l'interdisciplinarité, d'éviter un humanisme inopérant et d'analyser l'enjeu sanitaire international, les scientifiques disposent d'outils qui peuvent être mis au service de ceux qu'ils étudient. En intégrant l'étude des causes de la dépendance sanitaire à toutes leurs démarches, sans ingérences et sans faux fuyants, les chercheurs contribuent à la formulation progressive des conditions de l'indépendance sanitaire dont la connaissance, plus que les crédits d'assistance, libère les hommes.

AXE-PROGRAMME N°6

L'INDEPENDANCE SANITAIRE

B/ RAPPORT DES DISCUSSIONS

par J. VAUGELADE, B. HOURS et M. GERMAIN

Participants :

Entomologie Médicale : MM. CARNEVALE, COZ, EOUZAN, FREZIL, GERMAIN,
MOUCHET, PHILIPPON

Nutrition : MM. CORNU, JAMBON, MAIRE

Sociologie : MM. DOZON, HOURS

Démographie : MM. CANTRELLE, VAUGELADE

Botanique : MM. DEBRAY, FOURNET

1. Dans cet axe-programme se sont retrouvés des représentants de tous ceux dont les études portent sur la santé : MPEM, Nutrition, Sciences Sociales, Pharmacologie.

La définition de l'indépendance sanitaire proposée par le rapport introductif à ce débat a été acceptée après discussion par tous les participants.

2. Les principaux programmes ont été présentés en complément du rapport introductif.

2.1. Programmes relativement spécialisés (mono ou pluridisciplinaires).

Pour les maladies transmissibles, les programmes touchent la fièvre jaune et les autres arboviroses, le paludisme, les trypanosomiases, les schistosomiases, les leishmanioses et les filarioses dont l'onchocercose, la bilharziose, ainsi que la lutte antivectorielle. Ces programmes en place depuis longtemps correspondent aux priorités de l'OMS en matière de maladies tropicales. Déjà riche de résultats, leur actualité reste entière et il convient d'en poursuivre le développement.

Ces programmes sont interdisciplinaires et interorganismes. Le programme paludisme dont l'objectif est la mise au point d'une stratégie de lutte applicable par les Etats, vise aussi à évaluer la morbidité et la mortalité avec les démographes. L'étude comparative de la mortalité

doit prendre en compte les essais thérapeutiques qui nécessitent des protocoles très stricts.

Le programme sur la trypanosomiase africaine est exécuté avec un fort apport de certaines sciences sociales au Congo et en Côte-d'Ivoire. Les différentes recherches entomo-épidémiologiques sur l'onchocercose menées depuis 25 ans se poursuivent en liaison avec le vaste programme international de lutte, à la naissance duquel elles ont largement contribué et à l'évaluation duquel participent plusieurs disciplines de l'ORSTOM par le canal de l'OMS. Les recherches sur les arboviroses se déroulent en étroite collaboration avec les Instituts Pasteur et au sein de leurs structures.

Les recherches sur les substances naturelles se situent à la jonction de plusieurs disciplines : pharmacologie, botanique, phytochimie et ethnomédecine, par exemple.

Les études sur la nutrition, jusqu'à présent interdisciplinaire à l'intérieur des sciences bio-médicales, sont orientées dans deux directions principales : la malnutrition protéino-énergétique et les anémies nutritionnelles. L'ouverture vers l'économie, l'anthropologie et la sociologie apparaît désormais indispensable. Les inter-relations entre malnutrition et immunités constituent un champ de recherches à développer.

L'étude démographique de la reproduction humaine a consisté à mesurer les niveaux de fécondité et d'infécondité et à étudier les comportements et représentations (allaitement, continence ...) qui influent sur l'intervalle entre les naissances. Le besoin d'un rapport étroit avec la socio-anthropologie et les sciences biologiques est ici évident. Le programme de recherche sur les substances naturelles pourrait y apporter sa contribution notamment à propos des plantes galactogènes, contraceptives ou abortives.

2.2. Programmes de caractère plus général.

L'étude des représentations de la maladie et de l'ethnomédecine qui occupe plusieurs anthropologues peut s'attacher aujourd'hui à des objets actuels aussi intéressants que ceux du passé. Par ailleurs, toute bonne anthropologie ou sociologie de la santé suppose en amont une anthropologie ou une sociologie générale. Cependant, les études anthropologiques générales ne suffisent pas et des études centrées sur la santé sont nécessaires. L'étude des représentations de la santé publique semble montrer que cet élargissement est fécond.

L'analyse des systèmes de santé donne une large partie de son sens à la notion d'indépendance sanitaire. L'étude comparée des politiques sanitaires se présente comme un objectif scientifique évident dont une approche historique de la médecine coloniale en Afrique constituerait un solide fondement. Ce travail pluridisciplinaire en sciences sociales est déjà entamé (Haute-Volta, Côte-d'Ivoire, Sénégal).

Un grand programme sur les soins de santé primaire est aujourd'hui une nécessité. Il peut débiter dans les plus brefs délais, à la suite des réflexions déjà avancées, pour mettre en place des opérations ponctuelles pluridisciplinaires d'études comparées des actions en cours. On peut penser que les Etats seront intéressés par les résultats des opérations de santé primaire, souvent exécutées sur leur territoire à l'initiative d'organisations étrangères (ONG, missions, pays). Les responsables de ces opérations en demandent souvent eux-mêmes l'évaluation.

3. Le problème des relations avec les autres organismes et instituts s'occupant de santé a été abordé (OMS, Institut Pasteur, OCCGE, INSERM, Industries chimiques et pharmaceutiques). Ce point est d'autant plus important qu'une grande partie des programmes inclus dans l'axe sont largement financés par les organismes.

4. Le contenu de l'axe-programme paraît bien identifié. La nécessité des relations avec les axes-programmes ayant trait aux écosystèmes terrestres, aux socio-systèmes urbains, aux écosystèmes aquatiques, à l'indépendance alimentaire et aux conditions nationales et internationales des pays est apparue clairement.

Au delà des différentes approches, la collaboration des différentes disciplines impliquées était un besoin ressenti et déjà mis en oeuvre dans certains programmes. Il est donc naturel de poursuivre la réflexion et les propositions, en tenant compte du fait que la maîtrise des maladies transmissibles ou des carences alimentaires suppose la connaissance d'objets scientifiques bien identifiés qui requièrent des techniques d'analyse particulière alors qu'au niveau de la dimension globale des phénomènes et de l'étude des dimensions sociales ou politiques de la dépendance sanitaire, c'est la totalité du champ de la santé qui est interrogée.

Compte-rendu
des journées d'études
de l'O.R.S.T.O.M.

Paris, 6-10 Juillet 1982

OFFICE DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
ET TECHNIQUE OUTRE MER

Compte-rendu
des journées d'études
de l'O.R.S.T.O.M.

Paris, 6-10 Juillet 1982

