

modifications structurelles qui émergeront à la fin du XX^e siècle. Comment définir la médecine : diversité dans l'unité d'aspirations communes depuis les confins de la mer Égée jusqu'à l'océan Pacifique, ou unité dans les

disparités de comportements et d'organisation socio-politique d'un art au service de l'homme ?

Jean-Pierre Poullier

• LES SYSTÈMES DE SANTÉ DANS LE TIERS MONDE

Ne pas opposer « modernité » et « tradition »

Un système de santé est un tout qui comprend de manière plus ou moins fonctionnelle des structures et des institutions sanitaires « modernes » aussi bien que « traditionnelles », des acteurs (patients, soignants, décideurs) et des logiques sociales (thérapeutiques, professionnelles, politiques, tant locales que nationales ou internationales).

En pratique, la plupart des ministères de la Santé gèrent des structures et tentent de définir une politique de la santé tout en subissant les pressions des acteurs concernés qui se conjuguent avec celles des logiques sociales. De manière simplificatrice, on qualifie fréquemment de système de santé la partie « émergée » et visible de la santé publique, c'est-à-dire les structures, leurs personnels et les malades.

L'une des raisons majeures de l'insuffisante maîtrise des systèmes de santé dans le tiers monde réside dans l'attention exclusive portée aux structures lourdes, distribuant une médecine allopathique, implantées en milieu urbain et mal adaptées aux logiques sociales et culturelles qui sont celles de la majorité des patients. Celles-ci sont le plus souvent ignorées ou mal interprétées, lorsqu'elles ne sont pas tout simplement considérées comme inadéquates ou folkloriques.

Le développement de la médecine allopathique est aujourd'hui confirmé par le choix de la quasi-totalité des États qui considèrent, à juste titre, que cette médecine offre les meilleurs

moyens pour combattre les maladies aussi bien que pour les prévenir. Ce choix d'une minorité de décideurs vis-à-vis de la majorité de leurs concitoyens rend d'autant plus nécessaire la prise en compte des multiples composantes des systèmes de santé. Cela explique aussi que système médical allopathique et système de santé soient fréquemment confondus.

Un manque de moyens criant

En Asie, en Afrique comme en Amérique latine, le manque de moyens est criant face à des besoins que l'insuffisance des enquêtes épidémiologiques ne permet pas d'identifier correctement. Dans ce contexte de pauvreté, la plupart des pathologies modestes dégénèrent en maladies graves. Les États du tiers monde ne sont pas en mesure de faire les investissements requis ou de les rendre opérationnels. Ainsi cet hôpital du Bangladesh qui est doté d'installations modernes, mais où l'on attend l'électricité depuis deux ans ; ou cet autre établissement au Cameroun où des locaux vides de tout mobilier et de tout équipement n'abritent que quelques infirmiers oisifs qui jouent aux cartes ou sont dépressifs.

Plus communément, un approvisionnement insuffisant en médicaments ou un matériel vétuste et hors

d'usage transforment de nombreux dispensaires en vestiges inopérants d'institutions sanitaires qui seraient performantes dans un autre contexte économique et social. Dans de telles structures, les acteurs sont facilement aigris ou frustrés. On constate alors des trafics et un marché noir de médicaments, l'automédication excessive ou des recours thérapeutiques en alternance entre diverses institutions publiques ou privées, « modernes » ou « traditionnelles ».

Ce manque de ressources amène les États à concentrer leurs investissements dans quelques réalisations prestigieuses destinées à satisfaire une clientèle urbaine et à servir de vitrine ou d'alibi. Le déséquilibre entre la couverture sanitaire des villes et celle des campagnes est ainsi accentué, malgré les discours sur les soins de santé primaires.

Dans ce contexte, les médecins refusent d'exercer hors des capitales et les infirmiers subissent leurs affectations à la campagne comme des déportations, dans certains cas avec la perspective de petits bénéfices tels que la revente de médicaments à la pharmacie locale, ou l'ouverture d'un deuxième emploi de pharmacien au marché, après la fermeture du dispensaire. Les médecins du secteur public font de même.

De tels détournements de biens, de compétences, de temps, ne sont pas imputables à une formation insuffisante ou à une déontologie à laquelle le tiers monde n'aurait pas accès. Ils permettent simplement de comprendre que les logiques sociales et économiques déterminent largement les logiques thérapeutiques qu'on réduit en Occident à une « rationalité médicale » qui supporte mal l'exportation. Non que le tiers monde soit le dernier refuge de l'irrationnel. Simplement, nos logiques sociales et culturelles ne peuvent pas être transplantées dans des contextes sociaux différents, sans de sérieuses remises en question. Sans cette nécessaire adaptation, on se trouve en présence de systèmes de santé anarchiques, en état de dysfonctionnement permanent, dans lesquels la demande de soins curatifs déferle et déborde en permanence la capacité de réponse des structures et des agents en

L'impossible défi du Bangladesh

Avec ses 105 millions d'habitants, pour moitié âgés de moins de quinze ans, sa mortalité infantile quinze fois plus élevée qu'en Europe occidentale et son indépendance toute récente (1971), le Bangladesh voudrait relever un formidable défi : offrir à tous ses citoyens l'accès au système de santé d'ici l'an 2000. Mais les contraintes socio-économiques semblent insurmontables : 85 % de la population est constituée de paysans pauvres et illettrés, sans accès aux services de santé ; le budget consacré à la santé ne dépasse pas 5 francs par an et par personne ; la croissance démographique annule tout progrès ; les communications sont lentes et le pays dépend largement de l'aide alimentaire internationale.

Pourtant, le troisième Plan affirme la volonté de développer le système de soins à travers le pays, de former des assistants sanitaires dans tous les villages, d'assurer l'éducation nutritionnelle, de vacciner tous les enfants avant 1990. La priorité est donnée au contrôle démographique au détriment des soins primaires.

Le bilan des premières années n'incite pas à l'optimisme : l'absence d'intégration de la Santé maternelle et infantile, la mauvaise circulation des informations et des approvisionnements, la lourdeur de la supervision le long de la hiérarchie ont un effet désastreux sur la motivation des agents de santé de village.

C'est donc vers le secteur privé que se tournent les 85 % de la population, tant rurale qu'urbaine, n'ayant pas accès aux services de santé publics. Enfin, il faut porter au crédit d'une certaine d'organisations non gouvernementales (ONG) des réalisations brillantes mais ponctuelles, telles que les projets intégrés de Savar ou de Matlab.

*André Briend
et Vincent Fauveau*

BIBLIOGRAPHIE

- BRISSET Cl., *La Santé dans le tiers monde*, La Découverte-Le Monde, Paris, 1984.
- FASSIN D., « Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite de médicaments au Sénégal », *Cahiers d'études africaines*, 1985, 98, XXV, 2, p. 161-177.
- HOURS B., *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, L'Harmattan, 1986. *Sciences sociales et santé*, vol. I à IV, 1982-1986, Éditions Erès.

place, lorsque ceux-ci sont à leur poste et qu'ils disposent de quelques moyens.

La dépendance sanitaire

La dépendance sanitaire est extrêmement forte dans les pays du Sud. Ayant souvent « recyclé » des structures sanitaires héritées de puissances coloniales, appuyé parfois par des experts et des professionnels étrangers — comme dans certains pays d'Afrique francophone —, le tiers monde dépend largement de modèles sanitaires testés en Occident. La dépendance tient aussi à l'aide financière et technique attribuée selon la politique étrangère des donateurs publiques ou l'idéologie

des organisations non gouvernementales.

De multiples pressions s'exercent donc sur les décideurs nationaux, surtout formés dans des écoles de médecine des grands pays du Nord.

La dépendance vis-à-vis des multinationales pharmaceutiques est fréquemment dénoncée. Mais, à l'exception du Bangladesh, elle a provoqué peu de réactions étatiques organisées et aucune politique régionale n'a été mise en œuvre de manière suivie.

Pour prendre appui sur les ressources locales et diminuer leur dépendance sanitaire et pharmaceutique, de nombreux États, particulièrement africains et asiatiques, suivant les recommandations de l'OMS, ont reconstruit leur attitude vis-à-vis des pharmaco-pées indigènes et des tradipraticiens.

Chine : préserver les acquis

Comment préserver les acquis tout en s'adaptant aux changements accélérés de la société chinoise? Aujourd'hui, la transition épidémiologique est achevée et les maladies chroniques prédominent. Malnutrition et endémies majeures sont enrayerées. Entre 1950 et 1982, l'espérance de vie est passée de 32 à 69 ans et la mortalité infantile de 250 à 35%. Ces succès sont dus à une couverture généralisée de la population et à une politique de prévention dynamique et volontariste.

Le réseau curatif s'articule autour des hôpitaux de district et de municipalité, et des postes de santé de brigade où officient les « médecins aux pieds nus ». Il est doublé par le réseau de santé maternelle et infantile et par celui des stations anti-épidémiques (responsables des vaccinations et de l'hygiène du milieu).

D'autres aspects originaux sont l'usage combiné des médecines occidentales et traditionnelles, le système coopératif d'assurance-maladie au sein de l'unité de travail et le mouvement national des campagnes patriotiques.

Mais, depuis 1981, le système chinois connaît des tensions accrues provoquées essentiellement par le recyclage technique du tiers du personnel formé succinctement pendant la révolution culturelle; par l'effondrement du système d'assurance coopérative rurale avec la réforme agricole; par l'hémorragie des médecins « aux pieds nus » attirés par des activités plus lucratives, et encore l'émergence de la pratique privée.

André Prost

Ces derniers sont l'objet de tentatives de recensement, d'organisation, de recyclage et parfois d'intégration en vue de leur donner un statut légal et de les institutionnaliser. Ce recours thérapeutique est important, non seulement lorsqu'il n'y a pas de médecin « moderne », mais aussi lorsque les traitements allopathiques échouent, ou encore lorsque les patients les considèrent comme moins appropriés.

Vulgairement appelés guérisseurs, sorciers ou médecins traditionnels, ces spécialistes indigènes constituent toujours le recours le plus accessible et le plus pratiqué dans le tiers monde. Au Bangladesh, plus de 60 % des patients les fréquentent, selon des études menées localement. Ce pourcentage est au moins égal en Afrique. De tels chiffres ne manifestent pas un choix univoque et définitif des malades. Ils traduisent la confiance dont ces praticiens sont l'objet moins à cause de leurs performances contre certaines affections que de leur pertinence culturelle et de leur insertion sociale complète.

Connaître les blocages

Habiles à exploiter cette évidence et à profiter de l'absence de contrôle et de règles concernant la vente des

médicaments, de nombreux individus sans aucune formation se livrent au commerce des médicaments qu'ils prescrivent sans examens. Dans les marchés du Bangladesh, comme dans ceux du Nigeria ou du Cameroun, se côtoient des vendeurs de drogues miracles, ou d'antibiotiques périmés. Bien qu'ils ne soient jamais comptabilisés dans les statistiques sanitaires, ces commerçants représentent une partie non négligeable des systèmes de santé dans le tiers monde.

L'étude des pays en développement montre que la vision d'une modernité bien chaotique ne s'oppose pas formellement à l'utilisation d'un capital de connaissances et de pratiques endogènes qui ne constituent pas une alternative mais une réalité dont doit tenir compte la médecine allopathique.

Mal maîtrisés parce que fondés sur des modèles hospitaliers exclusivement occidentaux, les systèmes de santé dans le tiers monde requièrent peut-être, pour être plus opérationnels, une meilleure analyse des blocages locaux de la part des médecins et des décideurs. La mise en place de soins de santé primaires mettrait fin à une dépendance sanitaire aussi bien économique qu'idéologique qui s'oppose à toute coordination authentique et qui rend impossible la prévention.

Bernard Hours

• LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Des technologies universellement accessibles

La déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978) constitue le fondement ambitieux et cohérent des soins de santé primaires. La santé se définit comme un état de bien-être global à la fois physique, mental et social.

Les soins de santé primaires sont « des soins essentiels fondés sur des

méthodes pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, et des technologies universellement accessibles aux individus et aux familles, dans les communautés, à travers leur complète participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent prendre en charge à chaque étape de

Hours Bernard (1988)

Tiers monde : ne pas opposer "modernité" et "tradition"

In : Brisset C. (ed.), Stoufflet J. (ed.) Santé et médecine : l'état des connaissances et des recherches

Paris : La Découverte ; INSERM ; ORSTOM, 444-447. (L'Etat du Monde)

ISBN 2-7071-1755-2