

LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES COMME OBJET DES SCIENCES SOCIALES

B. HOURS

Les sciences sociales qui se penchent sur la santé et la maladie ont connu un développement récent et rapide en France. Les multiples références aux soins de santé primaires et à la conférence d'Alma Ata manifestent que cette stratégie sanitaire mobilise beaucoup d'énergies de par le monde - sans commune mesure peut être avec des résultats relativement modestes qui amènent à considérer que l'abondance des discours cache mal des difficultés de mise en oeuvre, liées autant à une volonté politique insuffisante qu'à la résistance qu'offrent toutes les sociétés aux stratégies de développement économique, social ou sanitaire. Les sciences sociales peuvent elles transformer ces problèmes en problématiques scientifiques, et sont elles, au delà, en mesure de produire des matériaux et des analyses comparatives qui soient utiles pour les praticiens, les médecins ou les planificateurs.

Les soins de santé primaires présentent une triple dimension pour l'anthropologue. C'est d'abord un débat idéologique de politique sanitaire, c'est ensuite un système de santé avec des institutions et des acteurs, c'est enfin un ensemble de pratiques sociales susceptibles d'être évaluées par rapport aux objectifs qu'elles se donnent.

UN DEBAT IDEOLOGIQUE DE POLITIQUE SANITAIRE

Idéologie s'entend ici au sens le plus large de représentation de la société et des rapports sociaux. La déclaration d'Alma Ata a provoqué dans les publications de l'Organisation Mondiale de la Santé un débat d'une rare violence entre partisans et adversaires des soins de santé primaires.

Présentée parfois comme une religion nouvelle et salvatrice, la stratégie des SSP, tout comme la santé pour tous en l'an 2000, dont elle est un moyen, n'était pas sans évoquer un nouveau millénarisme qui semblait singulièrement agresser une partie du corps médical.

La violence des insultes adressées par exemple à David Werner montre l'importance des enjeux autour des années 80. Malgré cet affrontement, croyance contre croyance, l'OMS a maintenu le cap, permettant aujourd'hui de débattre des soins de santé primaires dans une ambiance plus sereine, et sans avoir à passer obligatoirement pour un révolutionnaire chimérique ou un conservateur réactionnaire. Le choix d'une nouvelle stratégie sanitaire constitue une réponse face à une situation devenue sérieuse du fait des succès modérés rencontrés par de nombreux Etats dans la mise en oeuvre de politiques sanitaires, souvent inspirées par leurs anciens colonisateurs en Afrique.

Emettre en 1980 des réserves sur la vision trop exclusivement médicale qui était celle des appareils sanitaires passait pour un crime de lèse majesté, dont on sourit désormais, tant le débat a évolué rapidement. De même que tout le monde s'accorde aujourd'hui pour limiter l'hospitalocentrisme, dans la mesure où la plupart des Etats sont de moins en moins capables d'en assurer le fonctionnement. C'est devenu un lieu commun que d'affirmer que la formation médicale doit être mieux adaptée au contexte social et économique du Tiers Monde et que les besoins des malades peuvent s'analyser à plusieurs voix. La notion de lobby pharmaceutique, et à l'occasion médical, est aujourd'hui communément acceptée. Beaucoup de médecins, surtout parmi les plus jeunes, ont pris conscience de l'environnement social dans lequel ils exercent et ils se donnent de plus en plus fréquemment les moyens de comprendre les enjeux des hommes de notre époque, qui ne sont pas tous inscrits au programme des facultés de médecine. En moins de dix ans, on peut donc affirmer que les soins de santé primaires ont provoqué un débat d'une médiocre qualité oblitéré par trop d'intérêts professionnels inavoués, mais aussi et surtout, une importante mutation des esprits concernant les politiques de santé et la santé publique en général. Le propos n'est pas ici d'affirmer qu'il n'existe plus d'adversaires convaincus des soins de santé primaires. Ceux-ci ont néanmoins été obligés de modifier leur langage, de le mesurer et ils n'osent plus comme hier parler d'un retour aux technologies de Moyen Age, d'une régression technologique, c'est-à-dire d'un retour en arrière; car les situations sanitaires se dégradent et les approches antérieures ne peuvent plus les maîtriser. De multiples réserves et questions sur les soins de santé primaires sont formulées mais seuls quelques idéologues conservateurs remettent systématiquement en question le concept.

Ainsi, si sur le terrain les réalisations de soins de santé primaires se révèlent fragiles, factices ou singulièrement peu développées, nous devons néanmoins constater une évolution rapide dans le domaine de la santé publique, y compris dans les pays développés dont on sait qu'ils connaissent quelques difficultés à financer leurs équipements sanitaires et leur couverture sociale. La stratégie des soins de santé primaires n'est elle pas mise en oeuvre, au moins verbalement, en Europe, et la santé communautaire, n'attire-t-elle pas les grands organismes publics des pays occidentaux affrontés à la gestion de populations immigrées.

La notion de soins de santé primaires a joué un rôle déterminant dans cette évolution, ou du moins elle en cristallise le sens et la portée, qui n'est pas de s'enfermer dans des alternatives entre des technologies différentes mais de rendre opérationnelles les technologies disponibles dans une population. Cela ne se fait ni au détriment des

recherches de pointe, ni au mépris des technologies les plus avancées. Cette réussite idéologique de la stratégie des soins de santé primaires est d'autant plus notable qu'elle s'oppose à une grande faiblesse des réalisations concrètes. Pour passer de l'idéologie au système de santé, les soins de santé primaires se heurtent à de nombreux obstacles.

LES SOINS DE SANTE PRIMAIRE DANS LES SYSTEMES DE SANTE

Par système de santé on entend «un dispositif finalisé qui comprend des institutions, des agents ou personnels, des patients, des pratiques et des discours»(1). Malgré une abondante littérature technique, émanant en particulier de l'OMS, peu d'études ont été produits sur des projets ou des réalisations. D'année en année, la bibliographie du mode d'installation des soins de santé primaires se développe, mais le guide de l'utilisateur demeure singulièrement abstrait comme une somme de recettes, de conseils, de recommandations destinées à servir d'alibi institutionnel. A force de vouloir «auto responsabiliser» unilatéralement les populations sans leur demander leur avis, on ne peut guère s'étonner qu'elles se sentent peu concernées. Les représentations de «la communauté» telles qu'elles apparaissent dans les textes des organisations nationales ou internationales entretiennent le mythe de communautés égalitaires ou homogènes que malheureusement on ne peut observer que dans les écrits en question -D. FASSIN, E. JEANNEE, G. SALEM, A. REVEILLON font une constatation analogue dans leur article «Les enjeux sociaux de la participation communautaire - Les comités de santé de Pikine (Sénégal) (2).

En présentant le mode d'emploi de la participation comme une campagne de vaccination obligatoire, les institutions nationales, s'exposent à apparaître comme les héritières de la médecine coloniale, efficace et brutale, dispensée en Afrique dans les années 30. On sait qu'elle pouvait faire état de certains résultats, ponctuels et temporaires, mais que la participation n'était pas son objectif. A t'on beaucoup évolué aujourd'hui, en ce qui concerne l'approche de la population, lorsqu'un véhicule tous terrains débarque dans un village un groupe d'animateurs sanitaires qui visiteront brièvement, et si la piste le permet, dix villages dans la journée pour les inviter à «participer» au système de santé décidé par le Ministre et relayé par le Préfet - Cette caricature est probablement excessive, mais elle invite à la réflexion -. Les pratiques des institutions sanitaires : experts internationaux, ministères, antennes régionales et locales apparaissent extrêmement inadéquates pour atteindre les objectifs des soins de santé primaires.

Indépendamment de l'hypothèse irréaliste d'un «recyclage» généralisé, les personnels de santé constituent certainement la cheville ouvrière de toute action de santé publique et c'est probablement eux qui ouvrent l'accès à la population, comme un élément incontournable à l'intérieur du système de santé. Mark A. NICTER a consacré un intéressant article à ce sujet. Il écrit «I will argue that the ideology of PHC needs to be considered from the vantage point of health center staff and in relation to issue involving professional status and personal motivation» (3). La formation de ces personnels, les représentations qu'ils véhiculent (4), les rendent le plus souvent inaptes à toute stratégie participative en direction de la population. Il ne s'agit en aucun cas d'une incapacité

radicale, mais ni leur statut, ni leurs motivations, dans leur état actuel, ne les rendent opérationnels dans une perspective de soins de santé primaires. Isolés et amers, les infirmiers de toute qualification ne sont pas opérationnels mais ils sont indispensables. Les insérer sans une formation appropriée dans un dispositif de soins de santé primaires équivaut probablement à du «sabotage» involontaire. Sur une telle formation, il existe, épars, de nombreux éléments et des expériences déjà capitalisées qui seraient d'une grande utilité pour qu'il existe, sans vouloir transformer les infirmiers en «médecins aux pieds nus», des femmes et des hommes susceptibles de créer un lien entre le discours durablement abstrait des institutions et les attentes autant que les besoins des populations. Celles-ci, mise à part la mythologie démocratique et spontanéiste dont elles sont l'objet, sont présentes dans des études de sociologie et d'anthropologie.

Malgré le goût de l'académisme propre à la communauté scientifique, il existe de nombreux travaux susceptibles d'apporter des informations utiles, voire des regards plus adaptés que ceux de bureaucraties urbaines inspirées de bons sentiments mais dépourvues de moyens d'action ou de volonté politique. Les populations sont divisées en factions politiques et religieuses qui se disputent la plupart des projets mis en place et les dénaturent parfois (2).

Dans la mesure où il n'est pas réaliste d'escompter qu'une armée d'anthropologues sera en mesure de produire des monographies sur les sociétés villageoises ou urbaines concernées par des projets de SSP, (d'ailleurs un tel éparpillement serait-il souhaitable ?), il importe, et cela est possible, de produire des matériaux comparatifs sur des expériences particulièrement symptomatiques. D'un continent à l'autre, et d'un projet à l'autre, les difficultés affrontées, les résistances rencontrées, sont fréquemment de même nature, même si la culture locale donne l'illusion d'une extrême diversité. Derrière les croyances et les représentations, se cachent des besoins communs, formulés différemment. Pour avoir été trop longtemps ignorées par les colonisateurs, les différences dites culturelles si elles sont réelles, n'interdisent pas aux sciences sociales des approches comparatives fécondes qui révèlent des aspirations communes de dignité, de santé et de sécurité.

L'approche comparative des systèmes de santé est extrêmement instructive. Elle permet de constater que le triangle -institution - personnels - population- structure le champ de toute analyse. C'est l'occasion de s'apercevoir que les soins de santé primaires nécessitent aussi une infrastructure institutionnelle qui serve de point d'appui aux agents de santé, aux discours, à la population. Or il est frappant de voir qu'entre les discours abstraits et la population (réduite à l'état de cible), le dispositif institutionnel est souvent absent ou presque inexistant, comme si un discours sur la place du village, au mieux accompagné d'un débat, constituait l'unique armature de la mise en oeuvre des SSP. Ceux-ci supposent des institutions appropriées, des financements qui font défaut, des personnels adéquats c'est-à-dire formés à leurs tâches. C'est alors qu'on pourra rencontrer les villageois escomptés, jusqu'à présent absents au rendez-vous.

LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES COMME PRATIQUES SOCIALES SUSCEPTIBLES D'EVALUATION

Les sciences sociales sont sollicitées dans le domaine de la santé et de la maladie, parfois au-delà de leurs réelles capacités ou sur des problèmes qu'elles n'ont pas la possibilité de résoudre. Dans le contexte des soins de santé primaires, des études comparées de projets et de réalisations peuvent constituer un capital de connaissance d'une grande utilité potentielle. Dans le cadre du programme intitulé «évaluation sociale des soins de santé primaires» de l'unité de recherche sur les «systèmes de santé et représentations de la maladie» mené à l'ORSTOM, une étude a été engagée au Bangladesh dans une organisation non gouvernementale qui consacre une part importante de ses activités aux SSP. Au-delà des caractères propres à cette organisation (5), deux indicateurs qualitatifs ont été retenus pour évaluer l'efficacité sociale de cette action de SSP, réalisée par des «médecins aux pieds nus» formés sur le tas en un an.

L'intégration des agents de santé et la participation de la population paraissent deux facteurs déterminants dans un projet de SSP. Il est possible de les évaluer dans le cadre d'une étude socio-anthropologique qui analyse les pratiques et les discours des agents de santé, d'une part, et les pratiques et discours des villageois d'autre part. Après avoir suivi les agents de santé dans leurs tournées, et réalisé des entretiens avec les villageois concernant leurs itinéraires thérapeutiques, leurs points de vue sur la qualité des soins et leur expression de leurs besoins telle qu'ils les formulent, on peut évaluer la réussite et les limites de ce projet.

Des objectifs analogues sont accessibles par la même méthode dans d'autres contextes. Le type de connaissance qui en résulte dépasse la zone considérée. On peut ainsi comparer les itinéraires thérapeutiques, les différents types de praticiens locaux ou de tradi-praticiens disponibles, les représentations de la maladie et de la santé publique. On peut enfin s'enquérir auprès des institutions de leur approche des SSP, de la formation des personnels aussi bien médicaux que paramédicaux. Ce type d'étude constitue un exemple et il ne prétend pas être un modèle de ce que peuvent produire les sciences sociales. D'autres problématiques pertinentes sont à mettre en oeuvre. Il reste que constatant l'immense décalage qui sépare les intentions des réalités sociales où elles prétendent s'inscrire, une meilleure connaissance des logiques sociales concernant la santé publique ne peut que constituer un apport positif dans un paysage fait de difficultés et d'incompréhension.

LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ENTRE LA CROYANCE ET LA PRATIQUE

SSP ou santé communautaire, on ne s'arrêtera pas ici sur les nuances qui séparent ces deux concepts, proches dans la réalité. C'est le thème d'un autre débat. En 1988, dix ans seront passés depuis Alma Ata et le premier bilan apparaît plus riche en termes d'évolution idéologique qu'en termes de résultats sur le terrain. Les politiques de santé ont changé de langage. Ont-elles changé les pratiques? Pas encore ou fort peu.

Néanmoins, comme la croyance dans une religion n'autorise pas à n'appliquer ses préceptes seulement les jours fériés, il sera probablement de plus en plus inconfortable de tenir un discours sans conséquences pratiques dans les institutions sanitaires, et à propos des SSP. Si ceux-ci apparaissent pour certains comme un gadget participationniste, on peut penser que les populations ne supporteront peut être plus très longtemps d'être écartées d'un certain nombre de services sous prétexte qu'elles sont pauvres ou isolées dans les zones rurales ou reléguées dans des espaces urbains insalubres - d'autant que lorsqu'elles se rendent en ville pour rompre cet isolement, elles reçoivent, quand cela est possible, des soins incomplets qui fréquemment les renvoient au village. L'insatisfaction qui en résulte doit inciter les institutions à se donner les moyens de leurs discours sur les SSP - car en santé publique, mieux vaudrait prévenir les citoyens contre les maladies que guérir les habitants les plus fortunés des grandes villes.

Le Professeur MONEKOSSO, Directeur Régional de l'OMS pour l'Afrique écrit : «Les nations d'Afrique doivent renforcer, adapter et, en certains cas, reconstruire leurs systèmes sociaux, récupérer leur dignité humaine et la place qui leur revient dans l'héritage culturel mondial» (6). L'anthropologue ne peut que souscrire à un tel programme et y apporter sa modeste contribution car les SSP sont un des outils de ce projet.

REFERENCES

1. HOURS Bernard

Pour une anthropologie des systèmes de santé contemporains : objets et méthodes. Dans *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. L'Harmattan, Paris 1987.

2. D.FASSIN, E. JEANNEE, G. SALEM, M. REVEILLON

Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal) (à paraître)

3. MARK A. NICTER

The primary health centers a social system : PHC, social status, and the issue of team work in south Asia. *Social Science and medicine* vol. 23 - n° 4, p. 347-355, 1986

4. HOURS Bernard

L'état sorcier. Santé publique et société au Cameroun. L'Harmattan. Paris 1986

5. HOURS Bernard

Idéologie et développement. Les médecins aux pieds nus portent-ils des chaussures ? Communication au colloque Terrains et perspectives, nov. 1986, ORSTOM

6. G.L. MONEKOSSO

Le défi. La santé pour tous les Africains d'ici l'an 2000. *Santé du monde* - septembre 1986