

SANTÉ PUBLIQUE

DOSSIER

Des maux et des remèdes

Les systèmes de santé dans le tiers-monde vont mal. Cloisonnement des disciplines, approche verticale des programmes sont quelques-unes des causes établies. L'efficacité de la santé publique passe par une révision des stratégies de l'action sanitaire.

LES IMAGES photographiques de ces dispensaires publics de brousse, sinistres à force d'être vides de tout, sont bien connues. Un aide-soignant solitaire y ouvre tous les jours une salle unique meublée d'un banc et d'un placard occupé par des instruments hors d'usage et des flacons vides. En ville, dans un certain nombre d'hôpitaux, les médecins sont parfois amenés à recevoir cinquante patients par jour qui se bousculent à la porte de leur consultation. Face à cette demande pléthorique d'actes médicaux, ils sont contraints de répondre avec les moyens disponibles qui sont largement insuffisants. Le manque de médicaments provoque un certain découragement chez les jeunes médecins qui n'ont pas été formés à de telles conditions d'exercice. Ce manque est à la source de profondes difficultés relationnelles entre infirmiers et malades, les premiers se voyant fréquemment imputer la responsabilité de la rareté des médicaments. Sous les yeux de la réprobation collective, (accusations de vols, souvent démesurées), les infirmiers deviennent agressifs à l'égard des patients, réduisant leur activité au strict minimum. L'insatisfaction est générale, chez le personnel comme chez les malades. Souvent compétents à l'origine, les infirmiers sont découragés par leurs mauvaises conditions de travail. Les salaires modestes qui leur sont versés se révèlent incapables de modifier les perspectives peu enthousiasmantes qui leur sont offertes.

DÉSORDRE, BLOCAGE, GASPILLAGE

Pauvreté généralisée, abandon ou irresponsabilité selon les vocables en usage dans les rapports administratifs, insatisfaction et mauvaises relations avec les usagers, les formations publiques jouissent d'une réputation fran-

chement négative dans beaucoup de villes du tiers monde. La promiscuité dans laquelle se déroulent tous ces rapports transforme le désordre humain en blocage institutionnel et en gaspillage économique. Un tel point de vue est celui qu'expriment les usagers, avec plus ou moins d'intensité selon le surpeuplement, la localisation ou la vétusté de la formation considérée. Mauvaise couverture rurale et médiocre fonctionnement de nombreux services urbains sont donc fréquents dans les formations publiques qui pourtant reçoivent des crédits sans que les usagers soient satisfaits, ou que l'état de santé soit toujours amélioré de manière décisive ou durable.

Il en résulte, particulièrement en ville, des itinéraires thérapeutiques extrêmement confus, avec des recours contradictoires explorés sur de courtes périodes, sans la continuité thérapeutique nécessaire ; car l'offre de soins urbains est elle-même importante puisqu'aux côtés de l'hôpital et du dispensaire public fonctionnent des cliniques privées, des cabinets privés et de nombreux médecins traditionnels qui tous offrent des services sanitaires. Indépendamment des données épidémiologiques locales, on peut simplement affirmer un dysfonctionnement fréquent des services, des personnels, et une large insatisfaction des usagers. Les crédits affectés pour le fonctionnement et les salaires dans ces structures ne semblent pas utilisés de manière optimale dans le contexte évoqué. Devant cette difficulté à faire bénéficier les populations des effets des progrès de la médecine dans des institutions opérationnelles, on est amené à évoquer des obstacles parfois qualifiés de socio-économiques, socio-culturels, ou comportementaux, manifestant le constat selon lequel les bénéfices de la technologie bio-médicale ne parviennent pas complètement à transformer durablement la condition sanitaire et l'état de santé. Ainsi, les connaissances

acquises ne permettent pas toujours de maîtriser les situations concrètes comme si la société, les hommes concernés, médecins, infirmiers, patients et leurs conduites diverses, s'opposaient à un progrès décisif, à une rentabilité indiscutable des investissements consentis.

Mais, comme le relèvent L. Monjour et F. Tourne : « On a beau jeu d'accuser le paysan africain polyparasité et malnutri, de paresse, de faiblesse et d'inaptitude au travail, quand le flux des ressources et des réformes sanitaires profitent en priorité à des groupes favorisés en milieu urbain » (1). C'est à partir de tels constats que s'est progressivement imposée la stratégie des soins de santé primaires dont on doit se demander si elle est un alibi, une panacée ou plus simplement une révision nécessaire.

UNE APPROCHE NON MÉDICALE

Les soins de santé primaire sont nés dans la perspective d'une alternative au mal développement sanitaire constaté — contre lequel les méthodes antérieurement pratiquées rencontraient des limites, moins fautes de moyens

techniques disponibles que de moyens de prendre en compte des obstacles spécifiques, situés en partie hors du champ bio-médical.

La découverte des antibiotiques, des pesticides a provoqué une baisse de la mortalité après la Deuxième Guerre mondiale. Mais, comme le note Claire Brisset : « Ces résultats joints à une confiance inaltérable dans le progrès scientifique et médical, ont fait escompter à tort une évolution linéaire dans la chute de la mortalité. Force fut bien de constater que le progrès, dans ce domaine, a stagné et que le déclin de la mortalité ne peut plus guère, aujourd'hui, être obtenu que par des méthodes plus difficiles et plus exigeantes, telles que l'organisation rationnelle des vaccinations, l'amélioration de l'environnement, en particulier de l'approvisionnement en eau et la mise en œuvre de stratégies nutritionnelles, jointes à une participation active de la population » (2). Objectif plus modeste, mais probablement plus réalisable, la notion d'éradication a été remplacée par celle de contrôle des grandes endémies face à des phénomènes de résistance à la chloroquine ou à certains insecticides. Les moyens mis

œuvre après identification des objectifs ne permettant pas toujours de les atteindre, force est d'entamer une réflexion sur l'action médicale et une analyse plus fine des obstacles rencontrés, qui suppose l'intervention d'approches non médicales (socio-économiques, socio-anthropologiques). La fragilité temporelle des succès enregistrés a amené à un réajustement des stratégies sanitaires qui s'appuie de plus en plus aujourd'hui sur le contrôle des naissances et l'éducation des femmes, la surveillance nutritionnelle et l'alimentation au sein, les programmes élargis de vaccination, la réhydratation par voie orale, sans que ces méthodes puissent être présentées comme alternatives face à l'arsenal antérieurement constitué.

Ces techniques simples à utiliser, fondées parfois sur des technologies peu coûteuses à mettre en œuvre localement, sont une large part de la réalité des soins de santé primaires, qui par ailleurs ont prêté à des débats d'une inégale qualité. Panacée pour les uns,

(1) L. Monjour et F. Tourne : Problèmes de santé en milieu sahélien. Puf, Paris 1981.
(2) La Santé dans le tiers monde. Le Monde : dossiers et documents n° 108, fév. 1984.

200 MEDICAMENTS ESSENTIELS

Avec le concours de l'Unicef dans la mise en place de la théorie des soins de santé primaire, l'Ons a amorcé un mouvement irréversible de priorité à une politique de prévention pour le plus grand nombre. Dans cette « révolution sanitaire imposée », l'Ons travaille actuellement sur un projet consistant à mettre à la disposition des pays du tiers monde les « 200 médicaments essentiels ». Ce programme déterminé par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 1984 est difficile à mettre en place car il n'est pas possible de lutter contre les structures de l'industrie pharmaceutique, sa collaboration est nécessaire. Le directeur général de l'Ons va réunir cette année les experts des parties concernées pour débattre de la promotion d'une utilisation rationnelle des médicaments et du rôle des pratiques de commercialisation. Certains pays ont déjà mis en œuvre avec succès des programmes nationaux d'action pour les médicaments essentiels : au Bangladesh (pays de 95 millions d'habitants à forte morbidité), une partie des ressources financières du pays était gaspillée par les dépenses pharmaceutiques incontrôlées. En 1982 pour réduire ces pertes, les pouvoirs publics ont retiré du marché les médicaments déclarés « nuisibles, inutiles, inefficaces et non essentiels ». Ainsi 1700 médicaments ont été retirés soit immédiatement soit progressivement et une nouvelle liste de 150 médicaments essentiels a été dressée. Ces mesures ont eu des répercussions positives sur le marché pharmaceutique lui-même : avant, huit multinationales fabriquaient 75% des médicaments, aujourd'hui ce sont les sociétés nationales qui détiennent les trois-quarts du marché.



Dans un hôpital de brousse au Tchad
Les soins de santé primaire sont nés dans la perspective d'une alternative au mal développement sanitaire

ORSTOM Fonds Documentaire

N° : 24 585

M 30

41

Cote : B

JUL. 1985

au risque de tomber dans une incantation discrètement démagogique, alibi institutionnel éventuel mettant en place une simple décentralisation des services pour d'autres, la notion de soins de santé primaire est désormais en partie dépeçonnée et l'on peut affirmer sa complémentarité avec les structures en place, sous réserve de quelques remarques que fournit l'observation.

Considérer les soins de santé primaires comme la périphérie de l'hôpital se présente comme une vision inadéquate de leur profonde complémentarité. De même, l'installation des soins de santé primaires par des décisions autoritaires risque toujours d'être un échec. La prise en charge ou la participation de la population ne se décrètent pas mais elles s'installent en prenant appui sur les structures locales encore peu connues et mal maîtrisées faute d'enquêtes spécifiques.

Ainsi une approche pragmatique des soins de santé primaires est-elle plus apte à leur donner une réalité positive que des débats à caractère idéologique. Comme le souligne A. Capron : « Il ne manque pas d'esprits, parmi les plus distingués, pour penser et affirmer que la solution de nombreux problèmes sanitaires posés par le tiers monde doit être trouvée sur le terrain. A cet égard, l'adduction d'eau potable pourrait apparaître à certains comme un investissement plus sûr que celui d'un programme de biologie moléculaire concernant les parasites et visant à mettre au point un vaccin. Cela apparaît comme un faux débat dans sa complémentarité » (3).

C'est dans ce contexte que la pluridisciplinarité devient une nécessité pratique. Un nombre croissant de médecins donne à cette notion un contenu concret, ponctué d'interpellations réciproques fécondes.

« Il y a lieu dorénavant de formuler des politiques plus pragmatiques qui favorisent un équilibre entre progrès sanitaire et progrès économique. Trop souvent, et en raison de l'approche

verticale adoptée pendant bien longtemps dans les programmes de développement, les actions de recherche étaient indépendantes les unes des autres, avec peu ou pas d'apports réciproques entre les équipes trop spécialisées. Depuis quelques années, les recherches dans le domaine de la santé tendent à inclure un ensemble d'activités intégrées et coordonnées associant la médecine, les sciences sociales, économiques, écologiques et politiques » écrivent L. Monjour et F. Tourne.

RÉAJUSTER L'EMPLOI SANITAIRE

Révision des stratégies de l'action sanitaire, approches pluridisciplinaires, toutes ces nouvelles données incitent à repenser la formation. L'évolution des stratégies sanitaires suppose un effort particulier en direction des personnels médicaux et paramédicaux. La formation médicale commence à prendre en compte un certain nombre de phénomènes extra-médicaux. Des enseignements d'économie, de sociologie et d'ethnologie sont dispensés dans certaines facultés de médecine. De tels développements sont un gage d'appréhension nouvelle des problèmes. La formation des personnels infirmiers n'apparaît pas moins importante à ajuster, car dans le tiers monde ils sont appelés à exercer des fonctions multiples sans être suffisamment formés aux responsabilités à exercer, souvent en étant isolés. Une meilleure connaissance du fonctionnement réel des structures sanitaires est nécessaire à cet égard. Adapter, ajuster, apparaissent les maître-mots si l'on veut satisfaire des besoins difficiles à contourner. Ceux-ci sont sanitaires mais ils proviennent de conditions socio-économiques pathogènes permettant d'affirmer que les inégalités socio-économiques nord-sud et sud-sud sont d'une certaine façon la plus grande des endémies.

PRINCIPAL OBSTACLE : LA PAUVRETÉ

Comme le note B. Dufo : « (...) Il est illusoire de tenter d'améliorer la santé sans faire progresser simultanément l'éducation et l'économie » (4). Les maladies sont traditionnellement conçues comme provoquant des effets néfastes sur la vie socio-économique des populations ou des individus atteints. On peut affirmer de la même façon que la pauvreté et les inégalités sociales constituent l'une des principales causes de maladies : les affections les plus bénignes telles que la rougeole déciment des populations qui vivent dans le dénuement et dans un environnement hostile dépourvu de couverture

sanitaire. La pauvreté se présente aujourd'hui comme le principal obstacle à l'action sanitaire. Au-delà de l'affirmation de principe, la mise en pratique d'une approche intégrée est une nécessité plus évidente lorsque les moyens financiers sont plus limités et qu'il faut les utiliser autrement. L'heure est venue d'articuler sans exclusive ni confusion les apports des enquêtes épidémiologiques, nutritionnelles, socio-économiques et socio-anthropologiques, afin de mieux relier entre elles les unités sociales où doivent s'insérer les actions et structures sanitaires. C'est probablement l'un des moyens pour obtenir une meilleure couverture de soins et pour donner un peu de réalité à la santé pour tous. Au-delà de la nécessité des aides multilatérales et bilatérales, il est souhaitable de mieux exploiter les capacités des per-

sonnels et dispositifs en place. A cet égard, la formation est un élément fondamental de progrès. L. Monjour et F. Tourne notent à ce propos : « L'apprentissage d'une médecine hospitalière très complexe, coûteuse et sophistiquée, ne doit pas être l'objectif privilégié de la formation. Tout étudiant doit être persuadé que le dépistage, la prévention et le traitement de masse sont les formes d'action les plus adaptées aux réalités locales ; dès la première année d'étude il devrait suivre des cycles d'enseignement pratique pour s'initier aux problèmes de la santé communautaire, dispenser des soins et participer au travail des équipes sanitaires dans les collectivités. Il faut absolument que sa formation soit pluridisciplinaire pour qu'il puisse être opérationnel dès son affectation dans les centres ruraux » (5).

C'est par de telles méthodes qu'on peut penser parvenir à aborder les populations moins comme des cibles, mais comme des acteurs concernés. Pour être plus efficiente, la santé publique est amenée à être plus proche du public, c'est-à-dire à moins méconnaître les aspirations, les moyens pratiques dont dispose une population. C'est ainsi que l'on peut établir un meilleur équilibre et un partage plus équitable des responsabilités entre décideurs et usagers. La question n'est pas de confier la responsabilité des choix technologiques et des décisions techniques à des usagers, mais de se donner les moyens d'analyser et de maîtriser la portée sociale des choix opérés. Comme l'affirme A. Capron : « Cela pose bien sûr les limites de la recherche médicale, qui ne peut dans le contexte socio-économique très complexe qui régit le tiers monde, prétendre, quelles que soient ses avancées technologiques, apporter seule les solutions à la lutte contre les maladies dont les racines socio-culturelles profondes sont insérées parfois depuis des millénaires dans le patrimoine des pays

où elles sévissent. Limiter la vision de la santé au seul regard médical, comme cela fut fait trop souvent, réduite dans son contenu et sa réalité opérationnelle l'impact de toute action de recherche » (6)

Il n'y a pas de santé publique sans recherche biomédicale en amont. Pas plus qu'il n'est possible d'appliquer les connaissances biomédicales sans une relative maîtrise de la santé publique comme organisation sociale (institutions, chercheurs, personnels, populations organisées). Cette interdépendance entre problèmes et spécialistes maintes fois affirmée se transforme progressivement aujourd'hui en une approche pragmatique dont les avancées potentielles sont encore largement à explorer. Dans ce contexte, la formation se présente comme un élément déterminant de toute évolution de la coopération sanitaire. Bernard HOURS

(3) Un moteur de profondes transformations dans le tiers-monde. Le Monde diplomatique, déc. 1984.

(4) Le Monde, dossiers et documents n° cité.

(5) Monjour et Tourne : opus cité.

(6) Le Monde diplomatique n° cité.

PLAIDOYER

L'université et "la santé pour tous"

Longtemps boudées par les organisations internationales, les universités, qu'elles soient du Nord ou du Sud, sont aujourd'hui "reconnues".

Il est vrai qu'elles sont à même de mobiliser, sous certaines conditions, un riche potentiel humain au service de la santé.

LE RÔLE DES UNIVERSITÉS dans la démarche en vue de maîtriser la santé et de la rendre accessible à tous est maintenant mis en valeur par l'Organisation mondiale de la santé (Oms). Celle-ci, soucieuse d'atteindre son objectif en l'an 2000, ou plus tard, mais en tout cas de trouver une résonance, des porte-paroles, et même des hauts-parleurs, pour diffuser le message "la santé pour tous", s'est avisée que l'université avait un public. Un public obligatoire ; que tous ceux qui, peu ou prou, dans notre société, avaient une responsabilité, étaient pas-

sés à un moment de leur existence par l'université.

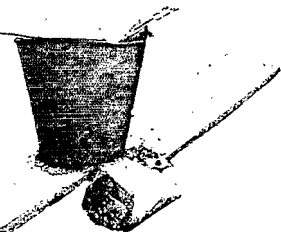
Tous les gouvernements, et leurs ministères spécifiques, se méfient de l'université, vivier de contestation impossible à juguler, dans les pays démocratiques aux moins. Pourtant, le potentiel qu'elle représente, souvent mal utilisé, pourrait être rentabilisé si les décideurs politiques voyaient au-delà de sa sclérose apparente.

La contribution au développement humain et à la justice sociale est non seulement un objectif qui peut être rappelé aux universités dans le monde, mais constitue une politique socio-sanitaire ; l'inter-disciplinarité (ou la transdisciplinarité), dans le monde uni-



Hôpital d'Agou el Atrouss (Mauritanie)

Il n'y a pas de santé publique sans recherche biomédicale en amont.



Stérilisation des aiguilles jetables. Des besoins difficiles à contourner