

**Comportement des ménages et des acteurs sociaux  
face à une sévère régression de leurs revenus**

## **ATELIER MENAGES ET CRISE**

Marseille 24-25-26 mars 1997

**" Crise et santé "**

**Jean-Pierre OLIVIER DE SARDANT**  
*EHESS-ORSTOM*

## Crise et santé <sup>1</sup>

### 1. La situation générale

"Les systèmes de santé en Afrique sont profondément inadaptés aux tâches qui leur incombent. Cela résulte en partie de facteurs externes, dont le contexte de crise économique et de crise des Etats n'est pas le moindre. Cela résulte aussi, en partie, de facteurs internes : l'incapacité de ces systèmes à s'adapter et à innover. Aussi l'inégalité des soins offerts ne cesse de croître, certains ressortissants des pays pauvres continuant à accéder aux technologies les plus performantes du Nord, alors que la grande majorité n'a pas accès aux soins élémentaires d'une simple médecine de campagne ou de quartier, et que la qualité de l'offre de soins des structures publiques de santé s'est considérablement dégradée" <sup>2</sup>.

Tous les indicateurs quantitatifs, quels qu'ils soient et quels que soient leurs approximations, montrent que la santé en Afrique, et peut-être plus généralement dans les pays du Sud, est sans doute de tous les domaines celui où les plus grandes inégalités sociales s'expriment, et ceci de la façon la plus dramatique (elles se traduisent directement en termes d'une injustice extrême face à la souffrance et la mort).

Les diverses stratégies impulsées tant par l'OMS que par les Coopérations bilatérales ou les Etats nationaux ont massivement échouées, que ce soit la construction d'hopitaux lourds à l'occidentale dans les capitales (aujourd'hui délabrés et bien souvent incapables de fonctionner normalement et de délivrer des services d'un minimum acceptable de qualité, sauf exceptions rares), ou les "soins de santé primaire" (incompétence, démission ou inapprovisionnement généralisés des "secouristes" et "matrones" hâtivement bien que coûteusement "formés").

---

<sup>1</sup> Cette note fort hâtivement rédigée n'a d'autre but que de rappeler l'importance cruciale de la santé dans tout débat sur la crise, la pauvreté ou l'inégalité. Elle ne prétend en rien à l'exhaustivité, et ne reflète que la perspective d'un anthropologue de la santé. Il manque en particulier des analyses faites à partir des acquis et des points de vue de l'épidémiologie, de l'économie de la santé, de la démographie ou de la géographie de la santé, toutes disciplines présentes à l'ORSTOM. Il manque aussi un aperçu sur la situation et les effets des principales pathologies qui affectent les ménages: le SIDA, bien sûr (cf. les travaux de chercheurs de l'ORSTOM), la tuberculose en pleine recrudescence, le paludisme et les affections respiratoires aiguës toujours, la rougeole, la déshydratation et la malnutrition encore...

<sup>2</sup> Extrait du projet de "Grand Programme" sur les "Systèmes de santé"

La situation-type est aujourd'hui à peu près la suivante en Afrique (sans tenir compte bien sûr des "cas limites", de plus en plus fréquents, liés aux guerres et aux réfugiés):

### 1. Dans les campagnes

- Près de la moitié (il s'agit de simples ordres de grandeur) des populations rurales n'a accès à aucun système de soins modernes

- L'autre moitié a pour seul recours des dispensaires, où officient de simples infirmiers (2 à 4 ans d'études), dépourvus de tous moyens modernes de diagnostics, et se trouvant en position de seuls prescripteurs.

Il n'y a aucune forme de sécurité sociale ou de mutuelle <sup>3</sup>. Jusqu'à ces dernières années, les consultations étaient gratuites, mais la délivrance des médicaments de base (autrefois eux aussi gratuits, dans un lointain passé) n'était plus assurée du tout, et les infirmiers délivraient donc des ordonnances de produits qu'il fallait - si on en avait les moyens - acheter au plus haut prix dans une pharmacie, parfois située dans un bourg éloigné. L'initiative de Bamako (principe de recouvrements des coûts, constitution de dépôts-ventes de médicaments essentiels dans les dispensaires) veut être actuellement la solution mise en place un peu partout (avec diverses variantes locales): les villageois payent par exemple un forfait modéré (mettons 500 CFA) couvrant, pour un épisode morbide, tant les consultations que les médicaments. Mais lorsque les actuels appuis et subventions qui servent à implanter de tels systèmes auront disparu, comment la gestion et le renouvellement des médicaments fonctionneront-ils, dans des contraintes d'auto-financement local strict ?

- rares sont les solutions en ce qui concerne les évacuations vers des structures de référence (absence de moyens de communication et d'ambulances). Seuls les villages au bord des routes peuvent en bénéficier rapidement

- les médicaments de colportage, vendus à l'unité ("pharmacies par terre"), ayant pour provenance la contrebande, les détournements dans les hopitaux, les usines plus ou moins clandestines du Nigéria, les reventes par les particuliers de prescriptions non entièrement utilisées, etc., sont actuellement largement distribués sur tous les marchés ruraux, et constituent une source d'auto-médication importante, fonctionnant au

---

<sup>3</sup> Une solution actuellement préconisée, mise en place et soutenue par la Coopération française est la mise sur pied de "Centres de santé communautaire", autrement de structures locales de soins de type plus ou moins mutualistes, gérées par des comités de quartiers, et recrutant elles-même leurs personnels médicaux

bon vouloir des consommateurs (analgésiques, antibiotiques, anti-paludéens, anti-diarrhéiques, et amphétamines, pour l'essentiel, actifs ou frelatés)

## 2. Dans les villes

Elles concentrent (surtout les capitales) l'essentiel des structures de soins modernes au-dessus du dispensaire, et sans doute 90% des médecins et sages-femmes. Seuls les fonctionnaires et une partie des salariés du secteur privé formel bénéficient de prises en charge (sécurité sociale, mutuelle). Les cabinets, centres de soins, laboratoires d'analyse et cliniques privés se sont multipliés depuis une dizaine d'années, à l'intention de la bourgeoisie et petite bourgeoisie urbaine, qui a massivement délaissé les dispensaires, PMI et hopitaux (sauf en cas de pathologies nécessitant des soins intensifs dans des unités spécialisées) en raison de la qualité généralement déplorable de l'accueil et des services fournis.

Dispensaires, PMI et hopitaux urbains sont donc uniquement fréquentés par les couches populaires (dépourvues, elles, de toute prise en charge), malgré l'insatisfaction générale des usagers. Les perceptions populaires de la médecine moderne (qui ont d'ailleurs changé au fil des années, au même titre que cette dernière, depuis l'époque des "grandes endémies") sont le plus souvent ambivalentes: d'un côté reconnaissance assez générale de l'efficacité de la bio-médecine, pour un certain nombre de maladies et de symptômes en tout cas, et d'un autre côté indignation toute aussi générale pour le mépris dont les patients sont souvent victimes.

L'auto-médication auprès des "pharmacies par terre" est quant à elle de plus en plus massive. La crise économique accentue évidemment le succès de ce type de recours, commode, instantané, de proximité, peu coûteux, malgré ses aléas et ses dangers (perçus par les usagers), alors que l'achat de médicaments dans les pharmacies, qui reste la filière normale sur laquelle débouchent en ville les consultations en dispensaire et en hopital, est vite ruineux et inabordable. Les consultations dans le secteur public (dispensaires et hopitaux) sont de toute façon très standardisées, avec un dialogue réduit à sa plus simple expression.

## 3. Les systèmes de soins "alternatifs" à la bio-médecine

Il s'agit là tant des soins "traditionnels" (souvent d'ailleurs ayant évolué depuis l'époque pré-coloniale) que d'autres "médecines venues d'ailleurs"

Les soins "traditionnels" relèvent soit de l'auto-médication (en général à base de plantes) - très importante, en ce domaine aussi - soit de "guérisseurs" spécialisés (parfois, mais pas toujours, acteurs de la scène magico-religieuse). Les soins

"traditionnels" sont largement répandus, parallèlement et souvent simultanément au recours à des médicaments modernes, dans toutes les couches de la société, rurale et urbaine. Parfois aussi chers ou même plus chers que les médicaments modernes, rien n'indique que la crise renforce particulièrement le recours à ces soins "traditionnels", de toute façon bien implantés pour des motifs "culturels".

Dans les "médecines venues d'ailleurs" on peut ranger aussi bien les pratiques thérapeutiques liées à la prolifération de sectes religieuses (du pentecôtisme aux multiples mouvements syncrétiques) que celles qui renvoient à des spécialistes "exotiques" (succès de la médecine "chinoise" dans les villes cotières). La petite bourgeoisie urbaine semble plus spécialement concernée dans un premier temps.

## **Quelques thèmes particuliers**

### *Santé de la mère et de l'enfant*

I- Il y a un certain nombre de secteurs, et plus que tout autre celui de la santé de la mère et de l'enfant (qui est une des principales priorités de santé publique), où la fréquentation des structures de santé bio-médicales est massive, dès lors qu'elle est possible, et ceci à la campagne comme à la ville. Autrement dit, à cet égard, la seule différence entre ville et campagne est due au tissu sanitaire: partout en ville les PMI sont accessibles, et il y a hopitaux et maternités, alors que rares restent encore les villages dotés d'un simple dispensaire. Là est sans doute l'essentiel, en matière de santé, du considérable "privilège urbain". Car, là où il y a des dispensaires à la campagne, on observe les mêmes phénomènes qu'en ville, à savoir en particulier la fréquentation massive des consultations maternelles et infantiles, ainsi qu'une assez forte proportion d'accouchements en maternité.

Il est difficile de savoir ce qui, dans cette fréquentation par les femmes des consultations, renvoie à la recherche pragmatique de médicaments européens considérés comme efficaces, en particulier pour les maladies infantiles visibles (fièvres et diarrhées), à des formes de conformisme social dûes aux campagnes officielles et au caractère administratif-bureaucratique des consultations pré-natales (du carnet de maternité au certificat de naissance), ou à la mise en place de nouvelles formes de sociabilité féminine (analogues au "puit") <sup>4</sup>. En première approche, les représentations populaires

---

<sup>4</sup> Il n'est en tout cas pas évident que le service fourni justifie toujours objectivement le déplacement. Il est intéressant de noter que les rares études épidémiologiques menées sur ce thème font plutôt ressortir que les consultations pré-natales dans beaucoup de dispensaires et PMI en Afrique sont à peu près dépourvues d'efficacité, et que, en ville, les accouchements en maternité de quartier ne semblent pas avoir des taux de mortalité bien inférieurs à ceux des accouchements à la maison...

"traditionnelles" de la prime enfance, de ses stades, risques, préventions et maladies, ne sont pourtant pas (pour le moment du moins, et dans ces milieux) significativement altérées, et co-existent donc avec des comportements "modernes" (se rendre au dispensaire quand l'enfant est perçu comme "malade", même si la perception de cette "maladie" est très différente de celle du soignant) <sup>5</sup>.

Quant à l'accouchement en dispensaire au village (quand il y en a, et qu'il y a une salle d'accouchement) et à l'accouchement en maternité en ville, s'il est important (au moins les 2/3 semble-t-il), il correspond lui aussi pour une part à une intériorisation de contraintes administratives bureaucratiques ou au sentiment d'une nouvelle fatalité historique, mais en tout cas pas à un choix pris véritablement au nom de la qualité du service offert, puisque celui-ci est très unanimement critiqué. On pourrait donc dire que c'est par "tradition" (une tradition récente, mais les traditions naissent aussi) que l'accouchement médicalisé est si répandu (là où il est accessible).

L'opposition ville/campagne, du moins en ce qui concerne les représentations et pratiques de santé propres aux milieux populaires, doit donc être largement relativisée, soit que les modèles "traditionnels" se prolongent en ville, soit que, inversement, les modèles "urbains" se diffusent très rapidement à la campagne (médicaments modernes de colportage ou fréquentation des consultations maternelles et infantiles). De plus elle ne saurait être globale, et varie selon les problèmes considérés. On pourrait parler d'une "porosité" importante dans les relations ville/campagne, favorisée depuis déjà longtemps par l'existence de migrations anciennes ou par la présence dans tous les villages d'anciens combattants, et accentuée de nos jours par l'importance considérable des "visites en ville" de courte ou moyenne durée des villageois <sup>6</sup>, la diffusion nationale de la radio et de l'école, le développement des réseaux marchands en brousse, et, depuis peu, le retour au village des anciens scolarisés sans emploi.

II - En ce qui concerne la malnutrition infantile, inversement, la non-fréquentation des structures sanitaires modernes est importante et semblable en ville et à la campagne (là où il y a des dispensaires) et relève d'une conjonction complexe de représentations populaires. Ce n'est en tout cas pas principalement un problème de revenus monétaires.

---

<sup>5</sup> Le lien entre représentations et comportements en matière de santé est lui-même loin d'être simple et univoque. S'il est clair qu'en certains domaines, il y a corrélation entre représentations et comportements, il peut y avoir aussi, et il y a souvent, discordance. Ainsi la consultation des services modernes de santé ne signifie pas, loin de là, un "ralliement" aux représentations occidentales correspondantes (bien qu'elle ne soit pas sans effet à long terme sur les configurations de représentations en place).

<sup>6</sup> Les visites à caractère sanitaire ne sauraient être sous-estimées: la plupart des familles rurales ont ainsi eu un ou plusieurs membres venus consulter soit à l'hôpital départemental, soit, plus souvent même, à Niamey.

Au Niger et au Mali, et en ville comme à la campagne, la malnutrition infantile n'est souvent pas perçue comme une "maladie" (non sans raisons, puisqu'en un sens ce n'en est pas une), et si ses symptômes sont parfois perçus comme "pathologiques" ils sont le plus souvent renvoyés à des "entités nosologiques populaires" pour lesquelles la médecine occidentale n'est pas pertinente.

Autrement dit la nomination populaire de la maladie (le diagnostic familial ou de voisinage), tant en fonction des symptômes directement observés que de l'évolution de la pathologie, influe largement tant sur l'accès aux services pédiatriques que sur l'acceptation des traitements biomédicaux prescrits (observance des traitements). Elle peut dans certains cas être considérée comme un véritable facteur de risque (cas de l'affaissement de la fontanelle, par exemple).

### Ville , santé et capital social

En ville, la complexité et la difficulté d'accès aux services sanitaires et la déplorable qualité de l'accueil donne une "prime" à la connaissance personnelle d'agents de santé. C'est là un facteur typiquement urbain. A la campagne, là où il existe un dispensaire, l'infirmier est intégré dans une société d'interconnaissance (avec ses jalousies et ses conflits comme avec ses solidarités), et reste accessible en principe pour tout un chacun (même si le favoritisme et parfois la corruption ne sont pas toujours absents des campagnes).

Le tableau est tout autre en ville. Les queues dans les PMI, le mépris avec lequel les patients sont bien souvent traités, l'absence de toute explication fournie sur ce qui se passe, sur le mode d'emploi des services, ou sur l'état du patient, le parcours du combattant que représente une consultation à l'hôpital, tout cela crée une opacité du système sanitaire, et en rend l'usage particulièrement difficile ou périlleux (et coûteux en temps et en énergie) pour les couches populaires. La connaissance (par vicinalité ou par parenté) d'infirmiers ou de sages-femmes, parfois même de plantons, susceptibles d'aider à se repérer, et de faciliter l'accès aux structures sanitaires, devient alors un facteur de différenciation et d'inégalité. Avoir dans son "capital social", c'est-à-dire son réseau de connaissances, des "gens du métier" est un atout considérable en ville. Ne pas en avoir est un handicap sérieux.

Mais cet atout comporte un risque : les personnels sanitaires subalternes connus par X ou Y jouent souvent non pas le rôle de médiateurs, mais celui d'interlocuteurs uniques, autrement dit de "docteurs-prescripteurs", sans évidemment la qualification correspondante...