

Revue internationale des sciences sociales

Septembre 1999

161

Politiques de santé et valeurs sociales



Revue trimestrielle publiée par
l'Organisation des Nations Unies pour
l'Éducation, la Science et la Culture
avec le concours des Éditions Érès
Vol. LI, n° 3, 1999.

Conditions d'abonnement
en page 3 de couverture.

Directeur : Ali Kazancigil
Rédacteur en chef : **David Makinson**
Assistante de rédaction :
Glynis Thomas
Maquettiste : Jacques Carrasco
Illustrations : Florence Bonjean
Réalisation : Ginette Carmona

Les correspondants

Beijing : Liu Ruixiang
Berlin : Oscar Vogel
Budapest : György Enyedi
Buenos Aires : Elizabeth Jelin
Canberra : Geoffrey Caldwell
Cologne : Alphons Silbermann
Delhi : André Béteille
États-Unis d'Amérique : Gene M. Lyons
Florence : Francesco Margiotta Broglio
Harare : Chen Chimutengwende
Londres : Chris Caswill
Mexico : Pablo Gonzalez Casanova
Moscou : A. O. Tchoubarian
Nigéria : Akinsola Akiwowo
Ottawa : Paul Lamy
Séoul : Chang Dal-joong
Tokyo : Hiroshi Ohta
Tunis : A. Bouhdiba

Les sujets des prochains numéros

Le développement social : des pistes pour
l'action

Nouveaux rôles de l'État

Illustrations

Couverture : Illustration de Aldebrande de Florence, *Traité de médecine du cœur*, 1356.

Bibliothèque Da Ajuda, Lisbonne/Girardon.

A droite : Une toile du désert australien représentant deux serpents qui s'enroulent, qui rappelle le symbole occidental des médecins.



Revue internationale des sciences sociales

Septembre 1999 **161**

Politiques de santé et valeurs sociales

Conseiller de la rédaction : Joseph Brunet-Jailly

	Résumés	307
Joseph Brunet-Jailly	Introduction	311
Catherine Michaud	La charge mondiale des maladies et blessures en 1990	327
Alan Williams	L'économie, l'éthique et le public dans la politique des services de santé	339
Joseph Brunet-Jailly	La Banque mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé ?	355
John C. Caldwell	Peut-on modifier les comportements pour préserver la santé ?	371
Harris Memel-Foté	La modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire	379
Harrié Van Balen, Monique Van Dormael	Professionnels et usagers des services de santé	393
Anne Scott, Monica Rosko	À la recherche de l'action communautaire contre le VIH et le sida en Asie	409
	<i>Encadré</i> : Le projet de l'UNESCO sur le VIH/sida et la jeunesse	421
Agathe Latré-Gato Lawson	Femmes et sida en Afrique : dimensions socioculturelles de l'infection à VIH/sida	423
Laurent Aventin, Pierre Huard	Les enjeux de la lutte contre le VIH/sida dans les entreprises en Afrique	435

Dossiers ouverts

Matthias König	Diversité culturelle et politique linguistique	449
Saskia Sassen	Le rôle des États et des acteurs privés dans le fonctionnement de l'économie mondiale	459
	Les numéros parus	469

Résumés

La charge mondiale des maladies et blessures en 1990

Catherine Michaud

Cet article présente les principaux résultats de l'Étude sur la charge mondiale des maladies (*Global Burden of Disease – GBD*). Les auteurs de cette étude ont estimé les besoins mondiaux en matière de santé en 1990, et projeté les tendances observées jusqu'en l'an 2020. Leur méthode pour évaluer la situation sanitaire diffère des méthodes employées précédemment, dans la mesure où elle prend en considération non seulement la charge liée aux décès prématurés, mais aussi celle résultant d'atteintes à la santé non mortelles. La charge mondiale des maladies est ainsi exprimée par un indicateur unique – les AVCI (années de vie corrigées en fonction des incapacités) – dont le nombre correspond à la somme des années perdues par décès prématuré et des années d'incapacité. L'étude a conduit à des découvertes tout à fait surprenantes qui remettent en question l'importance que les politiques de la santé publique accordent traditionnellement aux maladies infectieuses. Elle a montré, premièrement, que l'évolution épidémiologique est déjà fort avancée dans les régions en développement. Deuxièmement, elle a montré que la charge des maladies psychiques, telles que la dépression, l'alcoolisme ou la schizophrénie, a été largement sous-estimée dans les études traditionnelles, qui ne tiennent compte que des décès et non des incapacités. Troisièmement, elle a mis en évidence l'importance, à l'échelle mondiale, de la charge liée aux blessures, notamment parmi les jeunes adultes de sexe masculin.

L'économie, l'éthique et le public dans la politique des services de santé

Alan Williams

S'il est nécessaire d'établir des priorités, c'est parce que nos ambitions dépassent les ressources disponibles pour les satisfaire. C'est le problème économique classique qu'il faut résoudre en comparant les coûts et les avantages de chaque option envisageable. Comme les coûts se rapportent à des ressources réelles, qui auraient pu être employées ailleurs, le coût de toute action représente en réalité les avantages auxquels il faut renoncer. L'efficacité exige à la fois qu'il n'en soit sacrifié que le minimum et qu'ils ne soient pas plus précieux que les avantages escomptés. Les avantages, en l'occurrence, sont les améliorations de la santé des gens, mesurées par leur espérance de vie corrigée en fonction du bien-être. Normalement, la politique de la santé vise aussi bien l'état de santé général que sa distribution dans la population. Pour mesurer la qualité de la vie d'une population sous l'angle de la santé, il faut un instrument générique reposant sur les préférences qui tiennent compte des valeurs de cette population tout entière, car l'éthique veut que quiconque est touché par l'établissement de priorités en matière de soins de santé ait le droit de faire entendre ses vues. Pour la transparence, plus la formulation et les résultats de cette politique peuvent être chiffrés, mieux c'est.

La Banque mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé ?

Joseph Brunet-Jailly

Il n'est pas possible d'être le premier bailleur de fonds au monde dans le domaine de la santé, de la nutrition et de la politique familiale sans avoir une stratégie, même si l'on prétend qu'on ne finance que les programmes présentés par les États. Cet article examine donc les documents par lesquels la Banque mondiale a progressivement défini sa doctrine en matière de santé. Cette doctrine s'avère beaucoup plus intéressante qu'on ne pourrait le penser. Mais, pour cette raison même, sa mise en œuvre pratique – la stratégie – pose de redoutables problèmes, que la Banque mondiale reconnaît franchement dans ses travaux d'évaluation interne de l'efficacité de ses interventions et lorsqu'elle tente de définir les moyens d'améliorer cette efficacité. Cependant il faut aussi tenir compte, dans une perspective d'évaluation externe, du contexte dans lequel la négociation des prêts a eu lieu au cours des deux dernières décennies. Il apparaît alors que, compte tenu des besoins de financement liés à l'ajustement structurel, les programmes de santé ont été une excellente occasion pour placer de grands montants d'aide ; et comme, par ailleurs, l'accord de chaque pays emprunteur devait être obtenu, les programmes effectivement financés n'ont guère d'intérêt pour la résolution des problèmes de santé publique, car, malgré leurs objectifs, ils ont eu surtout l'effet de renforcer des services publics inefficaces et de protéger les revenus des professionnels de la santé.

Peut-on modifier les comportements pour préserver la santé ?

John C. Caldwell

Il est certain que des comportements différents agissent différemment sur la santé des gens et de leurs enfants. C'est ce que prouvent le changement sur la très longue durée, les différences intercommunautaires dans les sociétés plurielles et la survie variable des enfants selon le niveau d'instruction des parents. Les comportements

sont eux-mêmes le produit de philosophies de la vie et de priorités collectives qui diffèrent, par exemple, selon l'âge et le sexe. Les comportements qui nuisent à la santé peuvent certainement être modifiés avec le temps par l'éducation ou d'autres méthodes. Sur la courte durée, un changement de comportement est plus difficile à obtenir, mais il apparaît que quelques populations y sont parvenues pour les soins puerpéraux, les comportements sexuels visant à éviter le sida, l'allaitement maternel et la thérapie par réhydratation orale. Ces séquences d'événements sont difficiles à établir et à mesurer. Bien souvent, il arrive que le changement effectif soit beaucoup plus important que ce qu'attestent les données dont nous disposons. Les changements de comportement suggérés se heurtent dans certains cas à des résistances, soit par scepticisme, soit parce que le comportement existant est perçu comme la source d'autres avantages.

La modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire

Harris Memel-Foté

Dans les sociétés où le pluralisme des systèmes médicaux est attesté, et tel est le cas en Afrique noire post-coloniale, la richesse des héritages en présence, et la confiance dont chacun bénéficie pour des raisons variées de la part des malades, créent une situation de grande complexité thérapeutique, par son originalité et par les difficultés qu'elle provoque en matière de politique de santé. Pour comprendre cette situation et ses enjeux, il est d'abord nécessaire de décrire les divers systèmes médicaux auxquels recourent les malades, et de montrer dans quelles conditions ils ont été mis en place, dans l'espace et le temps. Il faut aussi montrer comment ces systèmes fonctionnent de nos jours : complexité des itinéraires thérapeutiques qu'empruntent les malades, rapports entre les personnels des divers systèmes en présence, initiatives des uns et des autres, interactions multiples, etc. On sera alors en mesure d'interpréter ces faits, et en particulier de discuter de la légitimité du concept de syncrétisme médical, en le distinguant des concepts d'adaptation et d'appropriation. L'exemple de la Côte d'Ivoire permet d'aborder ces trois questions et fournit des illustrations convaincantes

des processus sociaux qui font les systèmes de santé.

Professionnels et usagers des services de santé

Harrié Van Balen et Monique Van Dormael

La planification des activités sanitaires est généralement fondée sur des considérations techniques, prenant peu en compte les préoccupations des bénéficiaires. Or la pratique menée dans les pays du tiers-monde depuis les années soixante montre les limites de cette approche. Que ce soit individuellement ou collectivement, les gens ne se conforment pas spontanément aux attentes des professionnels, et beaucoup de tentatives d'éducation pour la santé ont échoué, faute de reconnaissance des savoirs populaires et des capacités propres des individus et groupes. Les professionnels de santé peuvent promouvoir la participation de la population, à condition de concevoir la santé comme un élément parmi d'autres contribuant au développement global et de créer des conditions structurelles favorables à un dialogue, tant avec les usagers individuels qu'avec la communauté. Ce dialogue se noue plus facilement au niveau de services polyvalents et décentralisés, capables de répondre aux besoins ressentis par les gens. L'enjeu est d'établir et de maintenir un équilibre dynamique entre l'autonomie des gens et l'efficacité technique du service. Cet article tente de tirer les leçons de trente ans d'expérience de terrain et d'identifier des facteurs favorables à un partenariat entre service de santé et population.

A la recherche de l'action communautaire contre le VIH et le sida en Asie

Anne Scott et Monica Rosko

Les auteurs de cet article examinent différentes façons de concevoir la notion de communauté par rapport à l'épidémie de sida en Asie. Anne Scott et Monica Rosko analysent par exemple l'idée que les épidémiologistes, les militants, les spécialistes du développement et ceux de la santé

publique se font de la communauté. Les conceptions varient selon que l'action contre le VIH et le sida est envisagée à partir des communautés ou des populations mais, dans les deux cas, elles tracent des frontières abstraites autour de certains groupes d'individus. Ces conceptions et les attentes qu'elles suscitent sur le plan de l'action communautaire ne conviennent pas aux sociétés asiatiques et donnent la fausse impression qu'il n'y a pas en Asie d'action communautaire contre le VIH et le sida. Les auteurs proposent donc de concevoir autrement la communauté. Cette conception, fondée sur la description de la vie communale et sociale, pourrait révéler que les communautés asiatiques prennent davantage de mesures pour lutter contre le VIH et le sida et résoudre les problèmes liés à l'épidémie, que ne le disent généralement les journaux et les publications spécialisées. Elle pourrait aussi fonder le soutien apporté à l'action communautaire sur une base plus solide.

Femmes et sida en Afrique : dimensions socioculturelles de l'infection à VIH/SIDA

Agathe Latré-Gato Lawson

Les attitudes de la société ont changé depuis le début de l'épidémie du sida. De la frayeur des populations qui a stigmatisé certains groupes dits à risque on est arrivé à la reconnaissance que la maladie peut toucher tout le monde. La majorité des enfants infectés sont surtout contaminés par leur mère. Quatre femmes séropositives sur cinq dans le monde vivent en Afrique et le nombre de femmes en âge de procréer qui sont infectées par le VIH y est plus élevé qu'ailleurs. On ne peut comprendre la répartition du VIH/sida en zones géographiques que si elle est reliée au contexte socioculturel des croyances et pratiques dans lesquelles l'épidémie se propage. Pourtant, très rares sont les études qui ont analysé la séro-prévalence dans les pays du tiers-monde en intégrant des fondements socioculturels. C'est la réalité de la vie quotidienne des femmes africaines qui est un frein à la prévention et à une prise en charge correcte de l'épidémie : tant que l'on n'aura pas réduit le poids d'un certain nombre de traditions que sont en particulier le lévirat et la dépendance culturelle, sociale, éco-

nomique et sexuelle de la femme par rapport à l'homme et à sa famille, et tant que des décisions législatives fortes n'auront pas changé le statut de la femme, il sera extrêmement difficile d'aboutir à un résultat marquant dans ce domaine.

Les enjeux de la lutte contre le VIH/sida dans les entreprises en Afrique

Laurent Aventin et Pierre Huard

L'impact de l'épidémie de VIH sur le fonctionnement des entreprises est devenu un objet de préoccupation pour l'Afrique, dans la mesure où le continent présente les prévalences les plus élevées du monde. Ainsi peut-on s'attendre à ce que l'activité économique en soit affectée, d'autant que la maladie et les décès touchent prioritairement les tranches d'âges les plus productives. Ces perturbations prennent d'abord la forme visible de l'augmentation des coûts de production, mais aussi une forme plus discrète liée à l'accroissement du turnover du personnel. En effet, la hausse de l'absentéisme et du turnover du personnel affecte la transmission des savoir-faire, perturbe les routines et la socialisation du personnel au détriment de la cohésion du travail. Face à ces contraintes, les entreprises ont adopté plusieurs mesures stratégiques, comme l'exclusion du personnel ou des postulants à l'emploi infectés par le VIH et la prévention contre le VIH/sida sur le lieu de travail. D'autres actions telles que la réduction des avantages sociaux, notamment l'accès aux soins pour les employés, ont été constatées. Cependant, ces stratégies d'exclusion ou de réduction des coûts sont incompatibles avec la protection des savoirs spécifiques et de la mémoire de l'entreprise qui requièrent des mesures destinées à maintenir les employés qualifiés au travail le plus longtemps possible et donc de leur faciliter l'accès aux soins.

Diversité culturelle et politique linguistique

Matthias König

La diversité culturelle est devenue une source majeure de conflits sociaux et de débats politiques. Contrairement à ce que laissaient prévoir les théories classiques de la modernisation, nous voyons toute une série de mouvements socio-politiques qui réaffirment, redécouvrent ou reconstruisent des identités ethniques, linguistiques et religieuses. L'article s'efforce de définir le lien unissant la formulation de politiques multiculturelles avec les modalités de l'intégration sociale dans l'État-nation et avec le droit international concernant les droits de l'homme. Il défend l'idée selon laquelle les politiques linguistiques, qui sont « multiculturelles » en ce qu'elles favorisent une participation des langues minoritaires à la sphère publique, sont celles qui ont le plus de chances de remédier aux dilemmes structurels des États-nations contemporains tout en respectant les normes internationales relatives aux droits de l'homme.

Le rôle des États et des acteurs privés dans le fonctionnement de l'économie mondiale

Saskia Sassen

La viabilité du système économique mondial exige l'application de toute une série de normes. L'auteur du présent article étudie le rôle des États et des acteurs privés, en particulier des établissements financiers, dans l'élaboration et l'administration de ces normes et montre notamment que les États sont beaucoup plus impliqués que ne pourrait le laisser supposer l'image de victimes qu'ils donnent d'eux-mêmes.

Introduction

Joseph Brunet-Jailly

Cette livraison de la *RISS* est inspirée par les nouveaux problèmes auxquels sont confrontés ceux qui doivent concevoir ou évaluer, et peut-être aussi ceux qui doivent mettre en œuvre, les politiques de santé. Ces nouveaux problèmes sont exceptionnellement difficiles, et personne n'a été préparé à les affronter. Ils sont nés de l'écart, devenu énorme en quelques deux ou trois décennies, entre ce que la science médicale pourrait proposer et ce que les sociétés peuvent supporter dans le domaine de la santé.

En effet, il est apparu sous nos yeux, subrepticement d'abord, de façon manifeste ensuite, qu'il n'est plus possible de « mettre à la disposition de tout malade qui se présente toutes les ressources de l'art médical » : désormais les professionnels de santé, par des décisions prises en leur for intérieur – et plus ou moins habilement justifiées au cours du colloque singulier avec le malade ou sa famille, ou bien la société – par des procédures discrètes et éventuellement honteuses, choisissent quels malades seront soignés et quels malades ne recevront qu'une prescription simple et peu coûteuse, assortie de quelques bonnes paroles, pour alléger s'il se peut leur douleur sans attaquer le mal.

Qu'on s'en désole ou qu'on s'en scandalise ne change rien à l'affaire : le coût de cette ambition qui serait de mettre à la disposition de tous les malades tout ce que la médecine peut leur proposer pour soigner leurs maux, ce coût est inaccessible, même dans les sociétés riches, même dans celles qui consacrent une part importante de leurs ressources à la santé ; ce coût est évidemment encore plus inaccessible pour les pays plus pauvres ! Dans ces conditions, la solution fréquemment pratiquée, qui consiste pour ces derniers à essayer de faire ce que font les premiers, par quelques réalisations de prestige,

apparaît non seulement comme absurde, mais encore comme intrinsèquement malhonnête ; de fait, on le verra, elle ne fait que favoriser les intérêts privés de ceux qui profitent de cette situation pour s'enrichir aux dépens des malades.

Une vue d'ensemble des nouvelles questions de santé publique

Cette situation nouvelle n'est pas toute récente, elle a été expérimentée depuis des années dans les services hospitaliers les plus sophistiqués (réanimation pédiatrique par exemple, Martinot *et al.*, 1995), mais elle apparaît aujourd'hui comme générale, aveuglante et scandaleuse. Il ne s'agissait pas pour nous d'ajouter des nouvelles illustrations sensationnelles à ce dossier, trop souvent traité sur un ton exagérément sentimental, mais d'éclairer le plus objectivement possible les problèmes nouveaux que cette situation désormais inévitable pose lorsqu'il est aujourd'hui question de santé publique, et plus précisément de décision ou de politique dans ce domaine.

La rareté des ressources par rapport au coût de la prise en charge, à hauteur des meilleures connaissances médicales actuelles des besoins de santé appelle naturellement une réflexion sur les priorités et sur les choix effectifs. Cette dernière suppose le recueil et l'analyse de données nombreuses sur ces besoins, comme sur les interventions proposées par les médecins, comme aussi sur le coût et sur l'efficacité de ces interventions (voir par exemple Tengs *et al.*, 1995). Voilà où le bât blesse immédiatement ! Dans cette situation qui est la nôtre aujourd'hui, il n'est pas question de faire confiance aveuglément

ment aux professionnels de santé pour définir les politiques de santé qu'ils exécuteront : il y a là, on s'en rend compte aujourd'hui, un cercle vicieux ! Mais il ne suffit pas, non plus, de porter un regard profane sur la médecine pour résoudre tous les problèmes que nous affrontons ! Ces problèmes sont extrêmement difficiles, on va le voir.

Il faut d'abord se donner une idée claire du phénomène de la maladie. Qui est malade ? De quoi ? Quelle est la durée de la maladie ? Quelle incapacité peut en résulter ? Avec quelle fréquence et quelle gravité ? Quel est le risque de décès prématuré qui s'y attache ? Quelle est l'ampleur de ces phénomènes sur la planète entière, sur chacune de ses régions, et pour chacun des âges de la vie, etc. ?

Pour résumer les connaissances acquises ces dernières années sur ces sujets, Catherine Michaud présente les travaux de l'équipe à laquelle elle appartient, équipe qui travaille sur « la charge globale de la maladie », et se propose de mesurer, de façon de plus en plus précise et détaillée, quel est l'impact des différentes affections, selon leur prévalence ou leur incidence, sur la durée et la qualité de la vie. La répartition de cette charge par type d'affection, par continent, par tranche d'âge des victimes, etc., donne une idée du poids supporté par chacun, sur cette planète, selon le lieu qu'il occupe et la chance qu'il a, en matière de maladie.

La connaissance de la charge globale de la maladie fournit le premier élément d'une stratégie sanitaire soumise à la raison, puisqu'aussi bien elle nous indique de combien le poids de la maladie pourrait être allégé si nous entreprenions telle ou telle intervention proposée par la faculté de médecine. Si l'on connaît le coût de chacune de ces interventions, alors il est possible de savoir quelles ressources la société doit dépenser pour sauver une année de vie de bonne santé, selon qu'elle emploie telle ou telle intervention dans ce but. Autrement dit, nous disposons d'une procédure permettant de classer les interventions proposées par les professions médicales, c'est-à-dire d'une procédure sur laquelle bâtir une politique de santé rationnelle. Des progrès considérables ont été faits dans cette voie au début des années quatre-vingt-dix, dont il est rendu compte dans un ouvrage décisif (Jamison *et al.*, 1993) et la Banque mondiale qui a commandé le travail s'est inspirée de ses résultats pour définir les propositions contenues dans son célèbre « Rap-

port sur le développement dans le monde. 1993 : Investir dans la santé ». Ces documents étant parfaitement explicites et largement diffusés, on suppose que le lecteur les connaît ou bien s'y reportera, et l'on n'approfondit donc dans cette livraison que quelques thèmes particulièrement importants en liaison avec cette problématique.

Or précisément, la démarche qui vient d'être esquissée a soulevé des tempêtes ! Elle a en particulier rencontré l'opposition de tous ceux qui abhorrent l'approche économique des problèmes de santé, et de tous ceux qui croyaient trouver dans l'éthique – généralement dans une éthique réduite à quelques maximes vidées de contenu – un rempart inébranlable contre les changements d'attitude qu'imposent les faits nouveaux créés, malgré qu'on en ait, par le progrès médical. Voilà pourquoi le second article de cette livraison a été demandé à Alan Williams, qui traite précisément des relations entre « L'économie, l'éthique et le public dans la politique des services de santé. »

Le respect de l'éthique n'est pas forcément dans la satisfaction, par son médecin de famille et les spécialistes en qui il met sa confiance, des desiderata de chaque malade ou de ses proches, apprendra-t-on. Certes, mais alors comment respecter chaque malade, chaque personne, comme nous y invite expressément l'éthique ? Il aurait fallu de longs développements spécialisés pour traiter complètement cette question, et là encore, nous ne pouvons que renvoyer à des travaux déjà publiés (par exemple Roviello, 1997). Mais la réflexion peut être introduite par la discussion de la question suivante : quel rôle peut incomber au malade dans la prise en charge de sa maladie, et quel rôle corrélatif revient au médecin, dès qu'on sort du paternalisme médical hérité des origines de la médecine ? Telle est la question qu'abordent Harrié van Balen et Monique van Dormael sous le titre « Professionnels et usagers des services de santé ».

Il fallait ensuite, évidemment, tenir compte de ce que la maladie et l'activité sanitaire ont des résonances psychologiques et culturelles très particulières : partout dans le monde, pour chaque population, à sa façon, les attitudes individuelles et collectives en matière de santé sont fortement influencées par des conceptions et représentations profondément ancrées dans la culture héritée des générations passées, et même des générations anciennes qui nous ont précédés. La difficulté à faire prévaloir la raison, une rai-



Stèle funéraire trouvée à Athènes : le médecin Jason palpe le foie d'un malade. À côté du patient, une ventouse géante. British Museum/Roger Viollet

son vraiment éclairée, contre les interprétations incontrôlables qui masquent d'ailleurs généralement des intérêts matériels, toujours présents même s'il est fait appel à des ordres bien différents d'explication, tient à ce que tout ce qui concerne la santé est immergé dans la peur de la souffrance et de la mort, et dans ces constructions culturelles qui visent justement à les conjurer plutôt qu'à les combattre. Pourtant, l'observation de l'évolution de la médecine, d'après les comportements des professionnels et des malades, comme d'après les actes des administrations, montre qu'une modernisation se produit sous nos yeux : la modernité ayant des caractéristiques uniques d'efficacité expérimentale en même temps que d'autonomie et de liberté des sujets, la modernisation est un « processus global, inégal, contradictoire, de réalisation négociée de la modernité dans les représentations, dans les pratiques et dans l'institution ». Voilà ce qui est mis en perspectives par Harris Mémel-Fôté, à qui nous empruntons cette définition, lorsqu'il traite d'« une médecine en voie de modernisation en Afrique : l'exemple de la Côte d'Ivoire ».

On devrait d'ailleurs se demander, dans cette même ligne de pensée, s'il est réellement possible de modifier les comportements en matière de santé. Certains prétendent en effet que les efforts d'éducation, d'information, de sensibilisation, de communication ne servent à rien, car il y a loin du message émis au message reçu, et plus loin encore du message reçu à sa traduction éventuelle en une attitude pratique nouvelle à l'égard de la prévention ou des soins médicaux. Les enseignements de l'expérience récente sont résumés par J. Caldwell dans son article : « Les attitudes peuvent-elles être modifiées pour protéger la santé ? »

Bien sûr, ces différents éléments sont plus ou moins pris en compte, dans une alchimie certainement très subtile, mais dont, hélas ! nous ne savons presque rien, par les grands de ce monde, lorsqu'ils choisissent des politiques de santé pour leur bon peuple. Cependant, il est clair qu'ils tiennent aussi grand compte des financements que peuvent leur offrir les institutions spécialisées, et des modes que ces dernières imposent en matière de conception des programmes, en matière de priorités, et même en matière de vocabulaire. C'est pourquoi un article est consacré à la question : « La Banque mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé ? »

Et puis, comme pour vérifier la pertinence de cette approche qui met l'accent délibérément sur les aspects non techniques de la médecine pour comprendre les choix effectifs de la politique sanitaire, de façon à préparer la réflexion à l'éventualité d'autres choix – directement inspirés, quant à eux, de notions de santé publique, de respect du consentement du malade, et de démocratie dans la société – il nous est apparu nécessaire de voir ce que cette approche apporterait si on l'appliquait à la dramatique question du sida. Nous avons pu obtenir trois articles originaux sur ce sujet, et nous nous en félicitons.

Le premier a été rédigé par Laurent Aventin et Pierre Huard, sous le titre : « Les enjeux de la lutte contre le VIH/sida dans les entreprises en Afrique ». Il montre l'ampleur du problème dans les économies dans lesquelles la main-d'œuvre qualifiée est rare, dans lesquelles aussi les attitudes propres au travail industriel doivent être acquises et ne le sont que difficilement, et il dévoile aussi les pratiques qui se développent dans un capitalisme volontiers brutal, volontiers « sauvage », où les rapports de force sont la seule loi : des comportements inouïs se font jour, chacun faisant semblant de ne pas voir qu'il pourrait y avoir un conflit avec les valeurs auxquelles tout un chacun, bien sûr, adhère individuellement pour un usage entièrement privé !

Le second article, qu'ont écrit Anne Scott et Monica Rosko, montre comment la notion de communauté a été construite par les bailleurs, en combinant à la hâte quelques données épidémiologiques et quelques informations sur les comportements : on a ainsi supposé que les prostituées constituaient une « communauté », et qu'on obtiendrait des résultats rapides en travaillant avec cette prétendue communauté. Les déboires et les erreurs graves se sont vite manifestées. Pour se débarrasser de ce mythe dangereux, mais qui plaît aux bailleurs parce qu'il en découle des actions rapides et éventuellement quelques résultats de courte durée, les auteurs plaident pour une étude beaucoup plus soignée, délivrée de sa détermination épidémiologique et de quelques autres hypothèques (comme les idées a priori de marginalisation et d'exclusion), notamment dans le contexte asiatique où les ressorts des attitudes individuelles sont très différents de ce qu'ils paraissent être en Afrique.

Le troisième article, rédigé par le Dr Agathe Lawson, porte sur la situation particulière faite aux femmes, en temps de sida, par les caractéris-

tiques des sociétés africaines contemporaines. L'accent est mis d'abord sur la violence armée qui sévit dans certaines régions, et favorise une activité sexuelle brutale et particulièrement risquée, puis sur le type de développement engendré par l'aide extérieure et l'investissement privé, développement lui aussi marqué de violence, d'inégalités économiques considérables, de lucre et de stupre, notamment autour des grands ports de l'Ouest. Mais, à côté de ces facteurs en partie liés à l'influence extérieure, jouent aussi leur rôle des traditions encore fortes, liées pour partie au contrôle de la sexualité des femmes par ceux qui ont le pouvoir (les hommes, et notamment les vieux), et pour partie à une profonde adhésion, forgée par toute la socialisation imposée aux jeunes filles et femmes, à un modèle dans lequel la femme est absolument soumise à son partenaire et n'accomplit son destin que dans et par la maternité. La dépendance économique n'est pas niée, mais elle n'est pas aussi profonde que cette dépendance inscrite dans les esprits et les normes.

Une vue d'ensemble des acquis et des questions ouvertes

Les auteurs qui ont bien voulu contribuer à ce numéro de la *RISS* livrent des enseignements qui me paraissent très importants, et dont je voudrais maintenant dire ce que, pour ma part, j'ai retenu : ce sera un moyen d'introduire les questions qui me paraissent rester ouvertes à la réflexion de chacun et/ou à l'investigation.

Une obligation morale d'utiliser les meilleures connaissances du moment ?

Nous avons aujourd'hui une idée assez précise de la charge globale de la maladie. D'abord, elle pèse d'une façon disproportionnée sur les pauvres de la planète (pour mille personnes, 140 années de vie corrigées de l'invalidité sont perdues dans les pays développés, et 295 dans les pays en développement : le double !). Or, à s'en tenir à la situation des pays développés, on pourrait dire que des besoins considérables ne sont pas pris en charge : que dirait-on alors si on connaissait mieux la situation des plus pauvres ? En second lieu, la charge globale de la maladie est essentiellement faite, aujourd'hui encore, de

maladies transmissibles, ou maternelles ou périnatales ou nutritionnelles, pour lesquelles la médecine offre en général (car ce n'est pas le cas pour la dépression, ce n'est pas parfaitement le cas pour le paludisme ou pour les anomalies congénitales) des solutions bien définies et depuis longtemps : pourquoi ces solutions éprouvées ne sont-elles pas appliquées ? Voici des données de base pour une politique qui se préoccuperait d'équité à l'échelle internationale.

Mais on évitera peut-être de se préoccuper de faits si dérangeants, au motif que la mesure elle-même pose quelques problèmes éthiques ! Comment admettre qu'une vie sauvée demain compte moins qu'une vie sauvée aujourd'hui ? Comment admettre que la vie d'un adulte puisse compter plus que celle d'un vieillard ? Se rangera-t-on à l'idée qu'il est urgent d'attendre que tout soit parfait dans le domaine de la mesure ? Pendant que nous réglerions des délicats problèmes de compatibilité entre principes éthiques, les pauvres devraient souffrir en silence ? Mais si nous décidions de les soulager, à quoi serions-nous entraînés ? Et ne tomberions-nous pas dans ces travers de l'aide envahissante qui corrompt la dignité des bénéficiaires et crée la dépendance ?

Ces problèmes sont les nôtres, et, je le crains, pour longtemps encore. Car il ne me paraît pas évident que la structure de la charge globale de la maladie puisse se modifier très rapidement, et alléger le poids qui pèse sur nos consciences. Tout au moins, je me sens incrédule devant les évolutions annoncées pour les trois décennies qui viennent.

Une obligation morale d'obtenir le consentement des victimes ?

Si ces problèmes restent les nôtres, alors comment les affronter ? En considérant d'abord et avant tout qu'il n'y a pas de vrai conflit entre l'approche économique et ce principe de l'éthique selon lequel les malades doivent être traités de façon équitable ! Voilà qui surprendra peut-être, tant sont répandues des présentations dégénérées de la réflexion éthique. Mais Alan Williams traite ce problème avec précision, rigueur et clarté. Il montre en particulier qu'il faut distinguer entre l'éthique médicale traduite en code de déontologie, qui a pour but de protéger chaque personne, au niveau individuel, surtout si elle est faible, vulnérable, ignorante, contre le

risque d'une exploitation par des praticiens forts, autoritaires et imbus de connaissances, d'une part ; et l'éthique de la justice distributive qui se préoccupe de savoir si les individus, et notamment les malades, sont traités de façon équitable ou juste, question qui exige des comparaisons entre individus et même entre populations. Les progrès récents de l'analyse économique des priorités dans le domaine de la santé, auxquels il a été fait allusion plus haut, permettent précisément d'aborder ces comparaisons de façon sérieuse ! Peut-être est-ce ce qu'on veut leur reprocher !

Il reste que la discussion devrait être reprise avec les tenants de certaines conceptions de l'éthique, selon lesquelles par exemple le respect et la préservation de la vie sont des principes absolus. De grands efforts ont été faits, depuis quelques décennies, pour affronter le problème sous-jacent, qui est celui des conflits entre principes éthiques. On sait par exemple que John Rawls a tenté de résoudre ce problème en proposant un ordre lexicographique entre les principes qu'il retient comme essentiels (Rawls, 1971). Mais cette solution n'est pas à l'abri de la critique. Et pourtant, la réflexion éthique ne nous est utile que si elle nous aide à résoudre ce problème qui est devant nous : comment prenons-nous les décisions qui nous sont imposées par le fait que les ressources ne sont pas suffisantes pour soigner tous les malades selon les meilleures connaissances médicales du moment ?

Puisque telle est la situation, puisque tous les malades ne seront pas soignés, n'est-il pas au moins nécessaire d'obtenir le consentement des victimes ? Qui s'investirait du droit de décider que tel malade sera soigné et que tel autre ne le sera pas ? Nous savons bien quelle est la solution dont nous avons hérité, et qui s'est considérablement renforcée au cours de ce siècle, qui a été celui de la toute-puissance de la médecine clinique : le médecin, dans le secret de son cabinet, où se prennent des décisions individuelles très peu partagées, mais protégées par la confiance que le malade fait au praticien qu'il a choisi ; et les institutions médicales, dans les secrets des cabinets ministériels, où se fait la politique de santé ! Mais cette solution, le paternalisme médical, est de moins en moins bien acceptée, et d'autant moins aujourd'hui qu'on commence à comprendre qu'elle sert beaucoup trop les intérêts des professionnels et pas assez ceux des malades.

Alan Williams n'élude pas la question du rôle du public dans ces décisions en matière de priorités. Comme il le dit lui-même, son argumentation découle du principe que toute personne qui peut être affectée par une décision relative aux priorités a droit à ce que son opinion soit prise en considération ; or, comme presque tout le monde peut être concerné, directement ou indirectement, ce sont les opinions de toute la population qui nous intéressent, et non celles des seules personnes qui se trouveront être des patients à un moment donné. Mais comme, dans la société, il n'y a pas de moyen commode de prendre en considération les opinions de chacun, on devra recourir, estime-t-il, aux avis émis par des élus ou des experts.

C'est peut-être ce dernier point qui mériterait encore d'être discuté : chacun connaît les inconvénients des systèmes dans lesquels trop de responsabilités sont confiées à ses représentants par une population qui refuse de prendre elle-même ses responsabilités. Personne ne peut ignorer les difficultés de l'information, de la compréhension, de la décision, personne ne peut ignorer ce que les économistes appellent l'asymétrie d'information entre malade et médecin, mais tout autant plus généralement entre ceux qui ont des moyens et ceux qui n'en ont pas ; mais quel type de développement peut-il y avoir dans le contexte du clientélisme, du paternalisme, auxquels conduit inégalement cette idée selon laquelle l'avenir de la société est une question trop complexe pour être abandonnée à la décision des citoyens ?

Une obligation morale de débat démocratique au sein du système de santé ?

Nous ne prétendons pas connaître les modalités qui permettraient, au niveau national (*a fortiori* au niveau international où les mêmes problèmes se posent, on l'a signalé plus haut en s'interrogeant sur les limites géographiques de la solidarité), cette consultation effective des citoyens, dans le respect plein et entier de leur responsabilité, et après qu'aient été surmontées de façon convenable les difficultés de l'information, de la compréhension et de la décision en matière de politique de santé. Nous ne prétendons pas que des expériences remarquables puissent servir

d'exemples : ni les procédures de planification vantées un temps par l'Organisation mondiale de la santé, ni les procédures de consultation pratiquées par les missions de la Banque mondiale, ni les avis d'institutions telles que les conseils économiques et sociaux, aucune de ces procédures ne respecte la responsabilité pleine et entière du citoyen. Cependant, nous savons comment l'apprentissage pourrait en être fait au niveau où il est possible et nécessaire : au niveau de ce que l'on appelle « district » dans le vocabulaire de l'Organisation mondiale de la santé.

En effet, Harrié van Balen et Monique van Dormael décrivent, à partir de leur expérience personnelle et en se fondant aussi sur beaucoup d'autres exemples, « les processus de réhabilitation de la parole des citoyens en matière de santé et leur concrétisation dans des formes plus ou moins structurées de dialogue ». C'est que les citoyens sont capables, si on leur donne la parole et si on les écoute, de présenter les savoirs populaires en lesquels ils gardent confiance – et que le thérapeute, s'il veut communiquer avec son patient ou s'il souhaite être efficace alors même qu'il n'est pas le seul à intervenir sur son patient, ne devrait pas ignorer ! –, mais aussi d'exprimer leurs aspirations subjectives, qu'elles soient individuelles ou collectives.

Les auteurs décrivent d'abord un contexte de lente maturation d'une innovation. Tout un mouvement s'est en effet produit, à partir des années soixante, pour renverser le principe selon lequel la première tâche de la médecine moderne était de surmonter les obstacles culturels qui s'opposent à l'adoption de comportements favorables à la santé – principe en quelque sorte inné pour le médecin imbu de son savoir, et surtout si ce savoir a été difficilement acquis auprès d'étrangers insensibles aux cultures différentes de la leur –, et pour le remplacer par le principe selon lequel il faut partir du potentiel contenu dans les savoirs populaires, les traditions et représentations, les pratiques spontanées. Par ailleurs, des expériences nombreuses, mais dispersées, désordonnées, parfois mal évaluées, ont eu lieu dans la même période, qui se fondaient sur un minimum d'organisation collective des villageois, et donnaient aux groupements ainsi constitués, plus ou moins représentatifs de la population, de réelles responsabilités dans la conception et la gestion de projets dans divers domaines, y compris éventuellement celui de la santé.

Dans ce dernier cas, il faut tenir compte d'une façon particulièrement attentive de la différence d'information entre les professionnels et les malades ou leurs familles. Cependant, pour répondre aux besoins ressentis des malades et de leurs familles, les professionnels doivent d'abord adopter une attitude d'écoute, fondée sur un réel intérêt pour les préoccupations des gens. Ensuite interviennent les compétences techniques, mais elles le feront différemment selon que l'organisation des soins sera fondée sur un principe de sélection ou sur un principe de polyvalence. Les auteurs défendent ce dernier :

« Ce n'est qu'au niveau d'un service polyvalent que pourra s'établir un dialogue entre l'usager et l'agent de santé pour mener à la recherche de solutions aux problèmes rencontrés, soit moins chères, soit plus fondamentales, tentant de déjouer les pièges de la surmédicalisation et des dépenses inutiles ».

Plus facile à dire qu'à faire, pensera-t-on ! Et bien non, l'un des auteurs a mis en pratique ce qu'il propose ici, et l'article rapporte l'expérience de Kasongo, en montrant ce qu'est une organisation polyvalente dans la pratique, comment sont agencées les relations techniques et financières entre le premier échelon et celui de la référence, comment sont résolus les problèmes de tarification – autant d'aspects qui déterminent la capacité du système à répondre de façon personnalisée aux demandes individuelles, compte tenu des contraintes collectives, celles des ressources disponibles en particulier –, comment est organisée la participation des bénéficiaires aux décisions générales et quels problèmes elle a rencontrés.

Cette expérience méritait d'être longuement citée, parce qu'elle a été durable, soigneusement documentée et évaluée sous de nombreux aspects. Elle présente d'autant plus d'intérêt que, dans de nombreux pays, la participation communautaire est devenue, dans les années 1980 et 1990 une « tarte à la crème », une formule obligée des négociations entre bailleurs et emprunteurs, comme un leitmotiv des discours officiels. Or, cette trop rapide extension, cette mode, s'accompagnait de la diffusion d'un produit frelaté : les centres de santé communautaires sont désormais mis en place par l'administration, toujours aussi autoritaire, toujours aussi peu soucieuse de s'appuyer sur des pratiques réellement démocratiques, et sont aux mains de pro-

fessionnels de santé qui veulent conserver tous les privilèges que les ministères de la Santé – qu'ils contrôlent ! – leur ont donnés.

La discussion doit donc se poursuivre par une question du genre : la participation communautaire peut-elle être une politique nationale mise en place par l'administration et financée par les bailleurs de fonds ? Les auteurs répondent par la négative à propos d'un exemple. Dans leur conclusion, ils exposent les conditions à remplir pour réussir au niveau local. Me fondant sur l'analyse de ce qui a été fait en Afrique de l'Ouest sous le nom de « Initiative de Bamako » et grâce aux financements de la Banque mondiale, j'ai donné une réponse entièrement négative à cette même question (Brunet-Jailly, 1997). Pourrait-on encore étendre ces jugements à des contextes plus larges ? Nous allons y revenir à propos d'un prochain article de cette livraison. Mais il est clair que c'est tout le rôle de l'État dans le développement qui est ici mis en cause : à la fois le rôle que la réflexion accepterait de donner à l'État comme institution, et l'attitude qu'adoptent en pratique les agents de cet État. Sur le premier de ces rôles, la contribution de Harris Memel-Fotê, en insistant sur le caractère « négocié » de la modernisation, nous donnera ample matière à réflexion, on va en reparler bientôt.

Avant d'en revenir à ces questions, il faut d'ailleurs se demander si les actions entreprises, d'une façon ou d'une autre, par une administration d'État ou par des formations « communautaires » sont effectivement capables de modifier les attitudes de la population. Car, à vrai dire, si la réponse était négative, une conception et une gestion purement professionnelles ou technocratiques de la santé pourraient probablement suffire. Le modèle en serait la chirurgie, ou le « traitement contrôlé », qu'on vient d'inventer, sous le regard du professionnel (traitement directement observé, récemment instauré et hautement vanté dans le cas de la lutte contre la tuberculose), voire sous celui de la collectivité (exemple : la lutte contre l'onchocercose par la distribution d'ivermectine sous contrôle communautaire).

Une obligation morale d'éduquer et de s'éduquer ?

Si une certaine gêne se manifeste devant ces évolutions, c'est parce que chacun sait bien, en son

for intérieur, que ces disciplines, si justifiées qu'elles puissent paraître aux yeux des professionnels, ignorent tout de l'anxiété du malade en quête de soins, et de l'activité des professionnels de tous bords. Ce sont ces faits, universels nous dit-il, qu'illustre de façon passionnante Harris Memel-Fotê. La quête des soins n'est pas simplement l'affaire des malades, elle mobilise ses proches, et aucun conseil présenté de façon enthousiaste ne saurait être négligé : certains se mettront simultanément dans les mains de quatre « systèmes médicaux », d'autres iront frénétiquement de l'un à l'autre. Les itinéraires thérapeutiques sont donc d'une complexité qui défie l'imagination, et les malades se fient à qui leur promet guérison ou amélioration, accumulant ainsi des expériences qui défient l'analyse. Mais les professionnels, eux aussi, s'informent, et se forment, et s'imitent, et se respectent (se disant complémentaires, ou s'interdisant de s'attaquer en justice), expérimentent, réussissent ou échouent, évaluent ou non, etc. Harris Memel-Fotê se refuse à parler de syncrétisme, il voit apparaître une médecine nationale intégrant médecine moderne et médecines traditionnelles, il donne une grande importance aux initiatives que prend en ce sens l'administration.

La description de ce qu'il désigne comme une « modernisation par le bas » est passionnante : imitations, échanges de malades, échanges d'expériences, échanges de médicaments, et en même temps constitution de groupes de pression, défense des intérêts corporatifs, gesticulations des administrations prétendant une fois de plus tout régenter, etc., sans oublier les vaccinations de l'OMS, toujours prompt à s'emparer des thèmes en vogue chez les politiciens. L'interprétation qu'il propose consiste à refuser l'idée de syncrétisme ou même celle de « construction baroque », car dit-il, rien de tel n'existe dans l'histoire contemporaine de la Côte d'Ivoire ; à refuser aussi l'idée d'adaptation, dont il donne cependant quelques exemples saisissants : soumission de la population à la médecine coloniale lorsque c'est là une condition de survie (mais il ne cite pourtant pas la bonne collaboration entre les médecins militaires et les gendarmes pour le succès des campagnes de santé publique), investissement de la formation médicale par les aînés sociaux, et même cette intégration de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne, que, sous le nom de système national, propose l'administration aujourd'hui. Il

veut interpréter ce qu'il nous a si bien décrit comme un mouvement d'appropriation créatrice, mouvement dans lequel, dit-il sans aucun doute avec un brin d'ironie, « plane le grand nombre des chercheurs en matière de santé des pays industrialisés ».

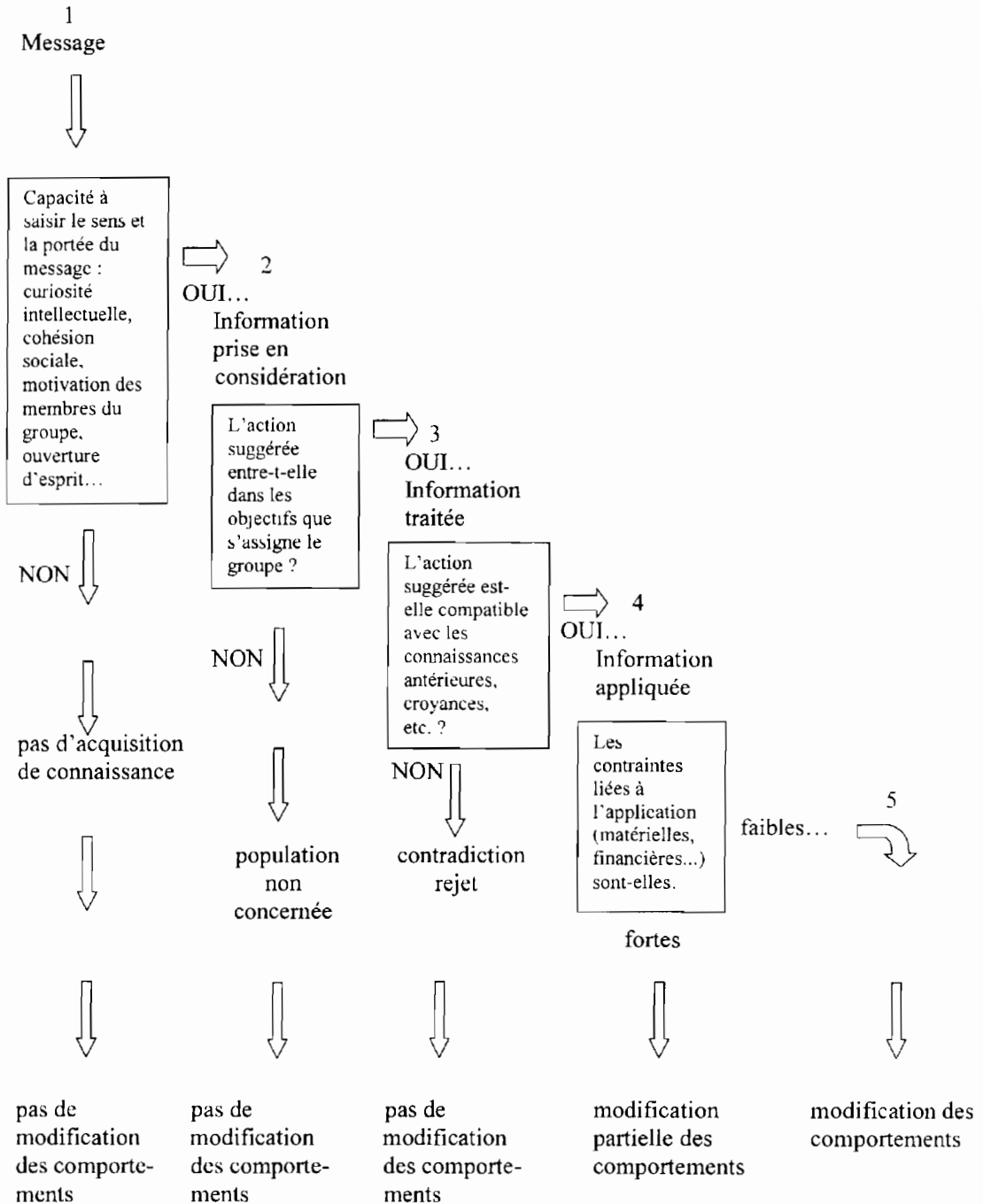
Pour ma part, je me souviens ici de la longue lutte des premiers médecins grecs contre les guérisseurs et charlatans de leur époque. Dès le VI^e siècle avant notre ère, la critique des conceptions religieuses et magiques a ouvert la voie à des progrès des méthodes d'argumentation et de vérification (Lloyd, 1979) dont est née la démarche scientifique qui peu à peu (n'oublions pas les colères de Claude Bernard il n'y a pas si longtemps, au siècle dernier) s'est imposée à la médecine elle-même. Je ne peux donc pas manquer de poser la question : n'y a-t-il pas, désormais, dans l'héritage que reçoit chaque humain lorsqu'il naît sur cette planète, des règles éprouvées et incontournables de méthode scientifique ? Progressera-t-on en les oubliant au profit d'une pratique d'essais et d'erreurs ? Autrement dit, je crains, je l'avoue, que les médecines, la moderne et la (ou les) traditionnelle(s) ne commencent à s'interpénétrer jusqu'à en perdre leurs fondements mêmes, et que de leur métissage ne résulte par exemple la disparition de la distinction entre la bonne pratique et la faute professionnelle, entre le vrai et le faux, entre le démontré et l'indémontrable, etc. Évidemment, nous sommes aussi les héritiers des alchimistes et de tant de générations qui ont pratiqué « l'œuvre au noir ». Mais s'agit-il d'y revenir ? Évidemment, entre la réalité quotidienne telle que la vivent les professionnels de santé et les malades d'un côté, et le mouvement d'ensemble de l'histoire des sciences médicales, au cours de laquelle se dégagent progressivement des règles en matière de méthode et en matière de pratique, il y a un fossé qui n'est comblé que par ces « négociations » dont Harris Memel-Foté nous a rappelé à juste titre et de façon convaincante qu'elles sont essentielles au processus de modernisation. Mais, dans ces négociations, il ne faudrait pas en venir à perdre l'une des caractéristiques essentielles de la modernité, son « efficacité expérimentale accrue ». N'est-il pas risqué de laisser penser que tout est négociable ?

Bref, s'il y a une obligation morale d'utiliser les meilleures connaissances du moment, n'y a-t-il pas aussi une obligation morale de diffuser ces connaissances, et par exemple éventuelle-

ment de rappeler, à temps et à contre-temps, que tout n'est pas vrai, que tout n'est pas acceptable, que nos vérités, pour être temporaires, ne s'opposent pas moins à des erreurs, que nos bonnes pratiques, pour être perfectibles, ne s'en distinguent pas moins des pratiques inefficaces et des pratiques dangereuses ? N'apprend-on pas à lire et à écrire à nos enfants pour leur permettre de recueillir le meilleur de notre héritage intellectuel, d'accéder aux meilleures de nos connaissances ?

John Caldwell revient sur cette question, en traitant de l'efficacité que peut avoir la diffusion de messages destinés à modifier les comportements défavorables à la santé et à promouvoir ceux qui la protègent. Il résume en peu de pages les enseignements de ses travaux, et d'une bibliographie complémentaire abondante. Si l'évolution de longue période montre indubitablement que l'état de santé s'améliore au cours du temps – comme fait de son côté le niveau d'éducation, variable qu'on suppose liée aux attitudes, et comme le fait aussi la pénétration de la culture scientifique – il reconnaît sans difficulté qu'il dispose de peu de preuves d'effets à court terme sur les attitudes d'une intervention quelconque. Il cite un certain nombre d'exemples dans lesquels l'intervention du programme considéré a pu modifier les attitudes.

Cependant, quelques exemples ne font pas une démonstration. Il est très probable que la question ne pourra être correctement abordée (et que les programmes qui prétendent provoquer une modification des attitudes ne pourront atteindre une efficacité réelle) que lorsqu'on aura tenu compte de tous les obstacles à franchir dans la chaîne de causalités qui irait d'un message supposé bien choisi et bien conçu à la modification attendue des attitudes. Une présentation assez convaincante de cette chaîne a été proposée par M. Audibert, qui travaillait alors sur le cas de la prévention de la dracunculose par cette modification des attitudes qui consistait à adopter la filtration systématique de l'eau de boisson. Voici le schéma (figure 1) qui résume cette analyse, dans laquelle on voit intervenir, et cela me paraît heureux, à la fois des déterminants individuels et des déterminants collectifs (ici par exemple, dans cette société rurale, l'organisation sociale du village, en pratique l'autorité du chef, capable ou non d'obtenir que les villageois fassent ce qu'il leur demande, et autorité qui représente peut-être



Source : adapté de Audibert 1993, p. 472.

FIG. 1. Un schéma des étapes que doit franchir une information pour aboutir à une modification d'attitude dans la population.

le sens concret qu'on peut donner, dans le contexte considéré, à la notion de communauté).

En un mot, ces contributions qui insistent sur les aspects socio-anthropologiques de la santé me passionnent et m'inquiètent à la fois. Oui, il faut ouvrir les yeux sur ce qui se passe dans notre monde, sur ces comportements que façonnent l'éducation (familiale, scolaire, celle de la rue, celle des milieux professionnels...), l'information, la pression de l'entourage, les modes, bref nos sociétés. Mais les faits observés ne peuvent nous fournir la réponse aux questions que nous nous posons : qu'il s'agisse de savoir ce qui est vrai ou ce qui est juste, l'humanité dispose d'un héritage, qu'il lui revient d'inventorier à chaque génération, afin d'en tirer ce qui peut lui être utile à la résolution des problèmes qu'elle affronte. La transmission et l'inventaire de cet héritage, voilà la mission de l'éducation. N'y a-t-il donc pas une obligation morale d'éduquer et de s'éduquer ?

Une obligation morale de démocratie dans les arbitrages politiques ?

Se pourrait-il qu'il en aille des grands systèmes comme des attitudes individuelles, en ce que les uns comme les autres ne se modifieraient que rarement sous l'effet de changements structurels décidés par les pouvoirs publics – quoi qu'ils en disent si souvent, et si haut et si fort –, mais bien plus fréquemment sous l'effet des opportunités offertes par les règles de fonctionnement quotidien ? On lira dans l'article de Anne Scott et Monika Rosko quel intérêt il y aurait, pour agir sur les attitudes qui peuvent avoir un impact en matière de prévention du sida, à analyser de très près les raisons pour lesquelles les gens se regroupent dans des associations ou organisations, leurs motivations, la façon dont les processus de décision sont organisés, la manière dont les actions sont rationalisées, etc.

De même, dans l'article que j'ai signé, « La Banque mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé ? », partant des documents officiels et des rapports des experts pour montrer combien généreuses sont les intentions, et combien critiques les jugements, pour en venir à considérer de plus en plus près le contexte de l'action (ici des prêts de la Banque mondiale aux pays emprunteurs), il apparaît que la situation d'ajuste-

ment structurel a été déterminante. Si l'on se rapproche donc du niveau de la décision, on s'aperçoit que la Banque devait prêter et que les pays devaient emprunter : les décisions effectivement prises reflètent ces contraintes plus que les considérations générales sur les structures du système de santé, et leur inefficacité, et la nécessité de transformations structurelles. Ensuite, pour éviter des débats difficiles, la Banque elle-même a suggéré que l'on pourrait obtenir une évolution des structures (notamment de la répartition des activités entre le secteur public et le secteur privé) par une simple politique des prix. Ce sont donc bien les conditions de fonctionnement quotidien des unités composant le système de santé qui sont ici concernées. Mais en attendant, que faire des prêts, puisqu'il faut prêter et que la Banque ne prête qu'aux États ? Avant tout, éviter qu'ils ne provoquent des bouleversements des structures : on renforcera donc le secteur public, parfaitement sous le contrôle de l'État, et on veillera, par exemple en intervenant le moins possible sur les conditions de formation et d'installation des médecins ou sur l'approvisionnement pharmaceutique, à ce que les revenus professionnels soient préservés.

Ce sont, ne l'oublions pas, des États souverains qui signent des accords de prêt avec la Banque mondiale. Quelle est donc leur politique de santé ? Il est clair que l'analyse de la stratégie de l'un des partenaires aurait dû être complétée ici par celle de l'autre, et des contraintes qui pèsent sur cette dernière. Nous n'avons levé le voile que sur le résultat des négociations, pas sur tous leurs tenants et aboutissants dans chacun des pays concernés. Inévitablement, toutefois, resurgira la question abordée plus haut, notamment à propos des articles d'Alan Williams, de Harrie van Balen et Monique van Dormael, d'Anne Scott et Monika Rosko : comment faire participer les intéressés aux décisions et aux actions qui les concernent ? Dans ce contexte national, cette question se nomme démocratie ! Mais voilà, on nous vante depuis quelques décennies, en Asie d'abord, en Afrique maintenant, les vertus d'une démocratie où les citoyens sont tenus pour des incapables. Au motif indubitable que la démocratie suppose des citoyens formés et informés, responsables et confiants envers l'État de droit ; au motif indubitable que cette éducation s'acquiert patiemment dans la durée, on proposera de faire cohabiter le suffrage universel et les chefferies traditionnelles, assurément gage de

stabilité et peut-être d'harmonie (Konan Bédié, 1998), et en outre subitement devenues, mais on ne sait comment, modèles de démocratie ! Bref, le prolongement naturel de cette réflexion porterait sur les relations entre démocratie et développement : avis aux navigateurs !

Une obligation morale de respecter les droits de la personne lorsqu'elle est malade

Tournons-nous vers la série des articles qui traitent d'un domaine particulier de l'action sanitaire aujourd'hui. Cette maladie terrible qu'est le sida a eu le mérite de prouver, une nouvelle fois mais tout près de nous cette fois-ci, que les connaissances médicales ont elles aussi de graves limites, et que la santé dépend de bien d'autres choses que du dévouement des praticiens : les malades, avec leurs comportements et leurs priorités, y sont pour beaucoup, les politiciens avec leur besoin irrépressible de faire du tapage y sont pour beaucoup, les intérêts économiques sont toujours présents, l'éthique médicale n'est souvent évoquée que pour masquer d'épouvantables turpitudes.

C'est ainsi que, dans le silence des conciliabules entre les médecins du travail et leurs employeurs, on organisera à la sauvette un dépistage systématique du VIH chez les salariés, à la suite de quoi il sera facile d'éliminer les malades sous un prétexte quelconque ; de même, on testera à leur insu les candidats à un emploi, et on se débarrassera de tous les séropositifs. Mais dans le même temps on fera grand bruit autour d'un code de bonne conduite en matière de sida, code prétendument élaboré et appliqué par la même entreprise ! Voilà ce que nous apprend, entre autres faits inouïs, l'article de L. Aventin et P. Huard. Dans le même temps, les ministres de la santé se préoccuperont d'annoncer que leur pays est le premier à rendre les antirétroviraux disponibles pour les malades habitant la capitale et disposant d'un niveau de vie suffisant, sans se soucier de la justification éthique, ni de la justification économique d'une telle stratégie, serait-elle soutenue par un organisme international et par les contributions publicitaires des fabricants des médicaments concernés, tant que, dans le même pays, certains soins essentiels et peu coûteux ne sont pas accessibles à la grande masse de la population (Brunet-Jailly, 1998).

À notre grande honte, la politique de santé reste du domaine de la démagogie, des effets de manche, du tapage médiatique, alors que les informations les plus élémentaires font défaut pour éclairer les décisions. Ainsi, lorsqu'on voudrait savoir s'il y a un lien entre la prévalence et le statut social dans les entreprises, nous en restons à des informations contradictoires, comme s'il n'était pas nécessaire et possible d'éliminer les travaux qui présentent des vices manifestes. Ou encore, on plaide que telle ou telle disposition est de nature à prolonger la vie active des malades : suffit-il d'en rester à cette assertion, si plausible qu'elle soit ? Ne serait-il pas plutôt absolument nécessaire d'aller jusqu'à vérifier, par des observations soignées, que certains soins peuvent effectivement produire ce résultat, et jusqu'à mesurer la prolongation et le coût qu'elle implique. Ou encore, lorsqu'on veut plaider en faveur de la prévention, on exhibera des évaluations hétéroclites dont certaines paraissent vraiment douteuses, au lieu de faire le point d'une façon impitoyable pour éliminer les travaux, qui, pour être éventuellement bien intentionnés, et pour incliner peut-être à conclure dans le sens du « politiquement correct », n'en sont pas moins médiocres. Car, en l'absence de ces preuves, la discussion restera approximative, les arguments entièrement qualitatifs, et par suite la décision appartiendra à celui qui sera le plus éloquent, ou le plus puissant.

Mais l'essentiel de l'article n'est pas là ! Il est dans cette démonstration que la maladie, en tous cas cette maladie-là, est capable de modifier le fonctionnement et surtout l'organisation et l'efficacité de l'entreprise, si grande soit-elle. Elle crée des problèmes que nous connaissions déjà, comme l'absentéisme, le départ prématuré d'un salarié, mais elle le fait ici à un degré tel que l'entreprise est obligée d'inventer des solutions nouvelles. C'est évidemment parce que cette maladie reste incurable, malgré les progrès considérables de la thérapeutique, qui allonge aujourd'hui beaucoup les durées de survie. Mais c'est aussi parce que beaucoup de compétences, de savoir-faire, de comportements adaptés à un environnement spécifique sont attachés à la personne du salarié. Cette approche du malade dans le contexte dans lequel il vit et travaille est précisément ce qu'une certaine conception de la médecine veut ignorer et même méprise ostensiblement. Comment bâtir une politique de santé sur une vision si clairement tronquée de la réalité ?

Comment laisser la politique de santé à la décision de professionnels si clairement incapables d'envisager dans toutes leurs dimensions significatives les problèmes qu'ils ont à traiter ? Certains mandarins se sont créé la spécialité de faire rire sur le compte des économistes et des sociologues : le temps est venu de dire qu'ils avaient bien tort, qu'ils étaient bien mal inspirés !

Une obligation morale de favoriser les initiatives capables de mobiliser les énergies à la base ?

Les actions entreprises en matière de lutte contre le sida nous fournissent aussi une excellente occasion de réfléchir à ce que les experts appellent communauté, et au rôle que certaines communautés peuvent jouer dans la gestion des institutions sanitaires, voire dans la distribution de prestations préventives ou curatives. La question est d'autant plus passionnante qu'elle a pu être posée, ici, dans une perspective comparative, grâce au décalage temporel entre le développement de l'épidémie en Occident, en Afrique et en Asie.

Ainsi, Anne Scott et Monika Rosko commencent par nous rappeler que c'est pour bâtir des programmes spécifiques de lutte contre le sida qu'on a hâtivement combiné des données épidémiologiques et quelques autres données sur les comportements pour constituer des « groupes à risque » qui ont été immédiatement rebaptisés « communautés » lorsqu'on voulait désigner les cibles à atteindre ! Le raccourci proposé par les épidémiologistes était saisissant, paraissait bien informé et se présentait comme parfaitement opérationnel ! Les prostituées étaient devenues des communautés de prostituées, et c'est avec ces communautés qu'on allait travailler vite et bien ! Évidemment, cette façon de résoudre les problèmes en un tournemain plaît beaucoup aux bailleurs, mais les mauvaises surprises ne tardent pas à se manifester. Ainsi, la distinction initiale, qu'on ne cherche ensuite qu'à habiller, entre groupes à haut risque (il paraissait évident de considérer comme tels les utilisateurs de drogues injectables, les prostituées, etc.) et groupes à faible risque (on classait ici en particulier les femmes mariées) s'est révélée fautive et même dangereuse dès qu'on eut pris le temps d'observer

les comportements sexuels dans la population générale, et la dynamique de l'épidémie : certains groupes à risque ont été négligés (par exemple celui des jeunes déscolarisés, en Thaïlande ; mais qu'en est-il ailleurs ?).

C'est apparemment une version un peu moins caricaturale de l'approche précédente qui a été mise en œuvre en Asie, mais elle restait marquée par une conception très particulière – celle qu'a l'*establishment* de l'aide – des « relations entre la volonté personnelle, les processus communautaires et l'organisation sociale » ; cette conception, qui fait moderne ou plutôt « branché », a nourri toute la rhétorique dont avaient besoin les responsables politiques, les médias et les activistes, mais elle manquait totalement de pertinence dans le contexte asiatique, dans lequel les motivations réelles sont les obligations personnelles et les rapports de force. Les auteurs montrent alors comment les communautés pourraient intervenir, en Asie, dans la lutte contre le sida, à condition qu'elles soient définies sans partir des données épidémiologiques, qu'elles soient décrites avec précision, et sans hypothèses préalables sur la marginalisation et la vulnérabilité.

L'un des intérêts de cet article est de rappeler qu'il n'y a de sens à parler de communauté que si une organisation est née de l'initiative de la population considérée, et se préoccupe de la structurer, de la représenter, tout en bénéficiant d'une confiance qui lui permet d'intervenir dans les affaires communes ; que si les relations restent personnelles, humaines, inventives ; que si la population se trouve mobilisée pour l'action par son organisation, etc. Ces caractéristiques permettent de distinguer les communautés des organisations créées par l'administration pour exécuter les tâches que cette dernière a conçues et prétend régenter, et aussi des grandes organisations privées, non gouvernementales, dont la taille et la lourdeur affectent les capacités d'inventer, de s'adapter, d'innover, de contribuer au développement.

Je retrouve donc là, pour ma part, une sorte de fil rouge, dont un brin sortait d'une analyse des innovations dans les systèmes de santé d'Afrique de l'Ouest (Brunet-Jailly, 1997), et dont un autre sortait de l'article de Harrie van Balen et Monique van Dormael, et dont un troisième est dans cet article de Anne Scott et Monika Rosko : pour développer, il faut d'abord parvenir à mobiliser des compétences indivi-

duelles, locales, privées, au service d'intérêts collectifs perçus d'abord au niveau local, et pris en charge par les intéressés eux-mêmes.

Car les intéressés, nous devrions en tenir compte, vivent à la fois dans le même « village planétaire » que nous, et « sur une autre planète » si l'on ose dire. Le premier mérite de l'article d'Agatha Lawson, qui vit « sur le terrain », consiste à le rappeler. Le mariage, la vie de couple, l'activité sexuelle ne sont pas vécus dans beaucoup de cultures africaines de la même façon qu'au Nord, et tant que les programmes de santé seront conçus par une expertise du Nord ils seront grossièrement mal adaptés. Il est probablement vrai que ces sociétés restent marquées par une sensibilité très émotive, un vrai talent pour la convivialité, une grande insouciance à l'égard de l'avenir, et que ces qualités les ont aidées à supporter les terribles traumatismes dont elles ont été victimes, de l'esclavage à la colonisation. Par exemple, on ne peut pas ne pas être frappé par la violence des rapports entre Blancs et Noirs, comme entre Noirs, qui règne dès le début de la colonisation française en Côte d'Ivoire (Dadié, 1966). Dans ce contexte, la création et la conservation des liens sociaux est absolument essentielle, ce qu'on reuera évidemment à beaucoup de pratiques individuelles (la façon de rechercher de quel village, de quelle famille, éventuellement de quelle école, de quel collège... vient une personne qu'on rencontre pour la première fois) et collectives (les funérailles dans tout le sud de la Côte d'Ivoire par exemple). Mais, bien entendu, la sexualité joue son rôle dans cette affaire : l'activité sexuelle se situe dans un environnement dans lequel reconnaissance mutuelle et échange de prestations sont indissociables, et d'ailleurs on sait bien que les unions ne sont pas toujours fondées sur des liens affectifs, qui peuvent être remplacés par des liens entre familles notamment (Caldwell *et al.*, 1993).

Mais, précisément, puisqu'elle parle du lieu qui est le sien, un autre intérêt de l'article d'Agatha Lawson est dans les propositions qu'il contient concernant l'éducation sanitaire. La mise en œuvre de ces propositions pourrait changer considérablement les rapports entre générations. Certes, les sociétés africaines évoluent très vite. Dans les villes en particulier, mais y compris dans les petites villes, les filles encore très jeunes ont sous les yeux le spectacle de leurs pères incapables de faire face à leurs charges économiques, mais assez habiles pour trouver le

moyen d'entretenir un « second bureau » ou plusieurs épouses. Elles ont sous les yeux ces parents incapables de parler de sexe avec leurs enfants, et incapables d'avouer comment ils vivent en vérité. Elles ont sous les yeux les avantages que peut leur offrir le choix d'être une « fille facile ». Elles ont sous les yeux la responsabilité qu'on leur confie sans gêne de « se débrouiller » pour apporter aux funérailles les pagnes et autres objets qui doivent y être présentés et utilisés lors des sacrifices. Si l'on commençait à leur parler franchement de sexe, et de tout ce qui s'ensuit, ne risquerait-on pas de faire éclater le carcan du mensonge – dans la vie familiale, dans les relations sociales, dans la vie politique, dans les affaires, etc. – qui empêche les sociétés africaines de regarder leur réalité en face, d'en tirer toutes les conclusions qui s'imposent, et d'entrer ainsi dans un processus de développement ?

Conclusions

Voici donc notre conclusion personnelle, notre conviction : les nouvelles questions de santé publique que nous avons examinées aboutissent toutes à mettre en évidence la nécessité morale de ne pas considérer les malades et leurs familles comme des *minus habens*, secourus non seulement dans leur douleur et leur maladie, mais surtout dans les choix individuels et collectifs concernant notamment leur santé, par la seule conscience des praticiens, puisque seul le jugement de ces derniers est éclairé par la science. Les connaissances scientifiques qu'utilise aujourd'hui la santé publique, si cette dernière ne se réduit pas à des fonctions administratives protégeant les intérêts matériels des professionnels de la santé – ce qu'elle a été longtemps et reste largement au moins dans les pays francophones – nous ont appris que le bénéfice des connaissances utilisées au lit du malade ne peut qu'être réservé à un petit nombre de patients, parce que l'écart est devenu gigantesque entre ce que la science pourrait faire, et ce que la société est disposée à lui laisser faire.

Mais, précisément, le fait qu'il s'agisse ici de malades, qui seront soignés ou qui seront privés de soins, force la réflexion à une attitude plus claire que dans beaucoup d'autres domaines où les enjeux sont moins évidemment essentiels. Ici, nous devons désormais dire dans quelles conditions il est acceptable que les décisions soient

prises. Nous comprenons bien vite que la pression des bailleurs de fonds pour placer l'aide dont ils disposent, et pour la placer dans des pays qui en ont un grand besoin urgent, ne peut conduire qu'à la sélection de dossiers faciles à monter, coûteux, aux réalisations visibles sinon prestigieuses : dans les discussions de ce genre, à vrai dire, personne ne défend réellement l'intérêt des malades. Nous comprenons bien vite que l'avis des seuls professionnels, qui prévaut encore souvent, est l'avis d'un groupe qui, certes, est bien informé, mais qui a aussi un intérêt économique beaucoup trop évident au développement inconsideré de l'offre de services pour que ses décisions soient prises dans l'intérêt des malades. Nous comprenons bien vite que c'est se faire une bien piètre idée de la personne humaine que de ne pas la consulter sur ces décisions qui la concernent au premier chef. Bien sûr, le malade ne dispose pas toujours de toutes ses facultés au moment où certaines décisions doivent être prises ; mais alors il faut préparer ces décisions en temps voulu, ou désigner en temps voulu un mandataire parmi les proches ; la maladie n'autorise personne à s'approprier la décision qui revient au malade.

En outre, comme l'enseigne la philosophie morale libérale, héritière de J.S. Mill,

« la seule occasion dans laquelle la force peut être exercée à bon droit, sur un membre d'une communauté civilisée, contre sa volonté, est celle où il s'agit de prévenir un dommage aux autres : son propre bien, qu'il soit physique ou moral, n'est pas un motif suffisant ; il ne peut pas être contraint ou empêché de faire ceci ou cela parce que ce serait mieux pour lui, parce que cela le rendrait plus heureux, parce que, selon l'opinion des autres, faire ainsi serait sage ou même juste » (Schuklenk et Hogan, 1996, p 404, citant J.S. Mill).

Il est donc admis depuis longtemps que le consentement éclairé du patient est requis pour les soins : nous avons simplement constaté, en lisant les contributions qui forment cette livraison de la *Revue internationale des sciences sociales*, que, désormais, pour respecter la dignité du patient et celle de ses proches, il faut manifestement obtenir son consentement lorsqu'il sera privé de soins.

On voit pourquoi, et à quel point, il faut rompre avec le mensonge, avec l'hypocrisie, avec le paternalisme : les citoyens doivent être traités comme des personnes caractérisées par une dimension intangible, la dignité (Roviello, 1997), qui interdit que la décision les concernant soit prise par d'autres, si généreux et si savants qu'ils soient, ou qu'ils se prétendent !

Tout ce qui développe cette capacité à prendre sa décision soi-même devient donc obligation morale : bien sûr, c'est une obligation morale que de respecter les droits de la personne lorsqu'elle est malade (et pourtant il reste beaucoup à faire dans ce domaine, on en a vu au moins un exemple affligeant), et bien sûr c'est une obligation morale d'utiliser les meilleures connaissances du moment. Mais, pour que soit respectée cette obligation morale nouvelle et inéluctable qui est d'obtenir le consentement des victimes, il apparaît que doivent l'être aussi une obligation morale de débat démocratique au sein du système de santé, qui elle-même implique une obligation morale d'éduquer et de s'éduquer, en même temps qu'une obligation morale de favoriser les initiatives capables de mobiliser les énergies à la base ! Utopie ? Oui, assurément, par rapport à l'état du monde sous nos yeux, l'éthique est utopique, mais c'est pour cela même qu'elle peut et doit nous inspirer.

Références

AUDIBERT, M. 1993. « Social and epidemiological aspects of guinea worm control ». *Social Science and Medicine*, 36, 4, p. 463-474.

BRUNET-JAILLY, J. 1997. « Innover pour développer ». *Dans* : Brunet-Jailly, J. (dir. publ.) *Innover dans*

les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, p. 399-424.

– 1998. « Le sida et les choix de stratégie sanitaire, l'exemple de la Côte d'Ivoire, résumé C.003 ». X^e conférence internationale sur le sida et

les MST en Afrique, Abidjan, 7-11 décembre 1997, texte complet publié en anglais sur le site de discussion Aids Economics Forum (aids-econ@forumone.com).

CALDWELL, J. *et al.* 1994. « African families and AIDS :

- context, reactions and potential interventions ». *Dans : Onubuly et al. Sexual Networking and AIDS in Sub-Saharan Africa : Behavioral Research and the Social context*. Camberra, Australian National University.
- DADIE, B.B. 1966. *Clumbié*. Paris, Seghers.
- JAMISON, D. et al. 1993. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Oxford Medical Publications for The World Bank, 746 p.
- KONAN BÉDIÉ, H. 1998. « Quelle démocratie pour l'Afrique ? » *Libération*. 24 février 1998.
- LLOYD, G.E.R. 1979. *Magic, Reason and Experience. Studies in the origin and development of Greek Science*. Cambridge University Press [traduction française : *Magie, raison et expérience, origine et développement de la science grecque*. Paris, Flammarion, 1990].
- MARTINOT, A. et al. 1995. « Modalités et causes de 259 décès dans un service de réanimation pédiatrique ». *Archives pédiatriques*. 2, p. 735-741.
- RAWLS, J. 1971. *A Theory of Justice*. Harvard University Press [traduction française : *Théorie de la justice*. Paris, Le Seuil, 1987].
- ROVIELLO, A.M. 1997. « Fonder l'éthique ? » *Esprit*. 233, p. 179-197.
- SCHUKLENK, U. ; HOGAN, C. 1996. « Patient access to experimental drugs and AIDS clinical trial design, ethical issues ». *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 5, p. 400-409.
- TENGs, T.O et al. 1995. « Five-hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness ». *Risk Analysis*. 15, 3, p. 369-390.

La charge mondiale des maladies et blessures en 1990

Catherine Michaud

Il est tout à fait remarquable que, malgré tous les progrès scientifiques et technologiques accomplis depuis quelques décennies dans le domaine de la santé, des données statistiques aussi fondamentales que le nombre annuel de décès selon la cause fassent toujours défaut dans beaucoup de pays en développement. L'incidence d'atteintes à la santé non mortelles, comme la cécité ou la démence, est encore moins bien connue. D'autre part, les statistiques dont on dispose sur l'état de santé des populations à l'échelle mondiale présentent plusieurs défauts. Premièrement, elles sont incomplètes et fragmentaires. Deuxièmement, les estimations épidémiologiques du nombre des personnes qui décèdent ou sont atteintes de différentes affections ou maladies tendent à dépasser les limites de la vraisemblance démographique. Elles émanent souvent d'épidémiologistes bien intentionnés, qui sont amenés par ailleurs à défendre les intérêts des populations concernées pour les aider à obtenir leur part des maigres ressources disponibles. Troisièmement, les statistiques traditionnelles de la santé ne permettent pas d'évaluer et de comparer le rapport coût-efficacité des différentes interventions préventives, curatives ou palliatives et des différents programmes de rééducation. En conséquence, les responsables politiques ne disposent pas des données objectives qui pourraient éclairer les décisions nationales et internationales en matière de santé.

Catherine Michaud est maître de recherche à la Harvard Burden of Disease Unit du Harvard Center for Population Studies de l'Université Harvard, à Cambridge, MA 02138 (Etats-Unis), (adresse électronique : cmichaud@hsph.harvard.edu). Elle a collaboré à l'Étude sur la charge mondiale des maladies (Global Burden of Disease Study). Ses recherches actuelles portent principalement sur la charge des maladies et blessures aux Etats-Unis. Elle a aussi fourni une assistance technique aux responsables d'études nationales sur la charge des maladies en plusieurs pays.

L'Étude de la charge mondiale des maladies (GBD)

Entreprise en 1992 à la demande de la Banque mondiale pour combler cet énorme déficit de connaissance, l'Étude de la charge mondiale des maladies (GBD) a largement bénéficié de la collaboration et de la participation de l'Organisation mondiale de la santé (Murray et Lopez, 1996a et 1996b). Plus de cent collaborateurs répartis dans vingt pays du monde y ont travaillé pendant cinq ans, de 1992 à 1996. Les auteurs de cette étude poursuivaient trois objectifs généraux. Premièrement, ils voulaient contribuer aux débats sur les politiques nationales et internationales de la santé en apportant de nouvelles informations sur les atteintes à la santé non mortelles. Deuxièmement, ils voulaient produire une évaluation épidémiologique objective, indépendante et démographiquement plausible des différentes situations sanitaires, afin de dissocier l'épidémiologie et la défense des populations touchées par les épidémies. Troisièmement, ils se proposaient de fournir un instrument de mesure des résultats obtenus qui permît d'analyser le rapport coût-efficacité des interventions propres à réduire la charge liée, soit directement à des causes biologiques, soit plus indirectement à des facteurs de risque et des facteurs socio-économiques. Les objectifs spécifiques de l'étude étaient les suivants :

Produire des estimations cohérentes, décomposées selon l'âge et le sexe, des décès dus à 107 causes différentes, pour l'ensemble du monde et huit régions : les « économies de marché établies » (EME), les « anciennes économies socialistes d'Europe » (AESE), l'Inde (IND), la Chine (CHN), les autres pays d'Asie et l'Océanie (AAO), l'Afrique subsaharienne (ASS), l'Amérique latine et les Caraïbes (ALC), le « Croissant moyen-oriental » (Afrique du Nord, Moyen-Orient, Pakistan et républiques d'Asie centrale de l'ex-Union soviétique) (CMO). Ces régions ont été définies sur la base des critères suivants : le niveau de développement socio-économique, l'homogénéité épidémiologique et la contiguïté géographique. Les EME et les AESE ont été considérées comme constituant le groupe des régions développées, et les six autres régions comme formant celui des régions en développement ;

Produire des estimations cohérentes, décomposées selon l'âge, le sexe et la région, relatives à l'incidence, à la fréquence, à la durée et au taux de létalité de 483 formes d'incapacité résultant des causes mentionnées plus haut ;

Estimer, selon l'âge, le sexe et la région, la part des décès et des incapacités attribuable à dix grands facteurs de risque ;

Établir des projections, selon l'âge, le sexe et la région, des scénarios futurs de la mortalité et des incapacités.

L'unité de mesure choisie pour quantifier la charge des maladies et blessures supportée par les populations humaines est un indicateur composite : l'« année de vie corrigée de l'incapacité » (AVCI, ou DALY). Cet indicateur permet d'établir des comparaisons valables pour l'ensemble des pathologies et des facteurs de risque. C'est une unité temporelle qui prend en compte à la fois les décès prématurés et les effets non mortels des maladies et blessures. Pour une maladie ou une lésion déterminée, les AVCI correspondent à la somme des années perdues par décès prématuré et des années vécues en étant atteint d'une incapacité (le nombre de ces dernières étant « corrigé » en fonction de la gravité de l'incapacité).

S'il est facile de définir la mort, il est malaisé de définir les incapacités parce que les atteintes à la santé non mortelles diffèrent les unes des autres par leur cause, leur nature et leur

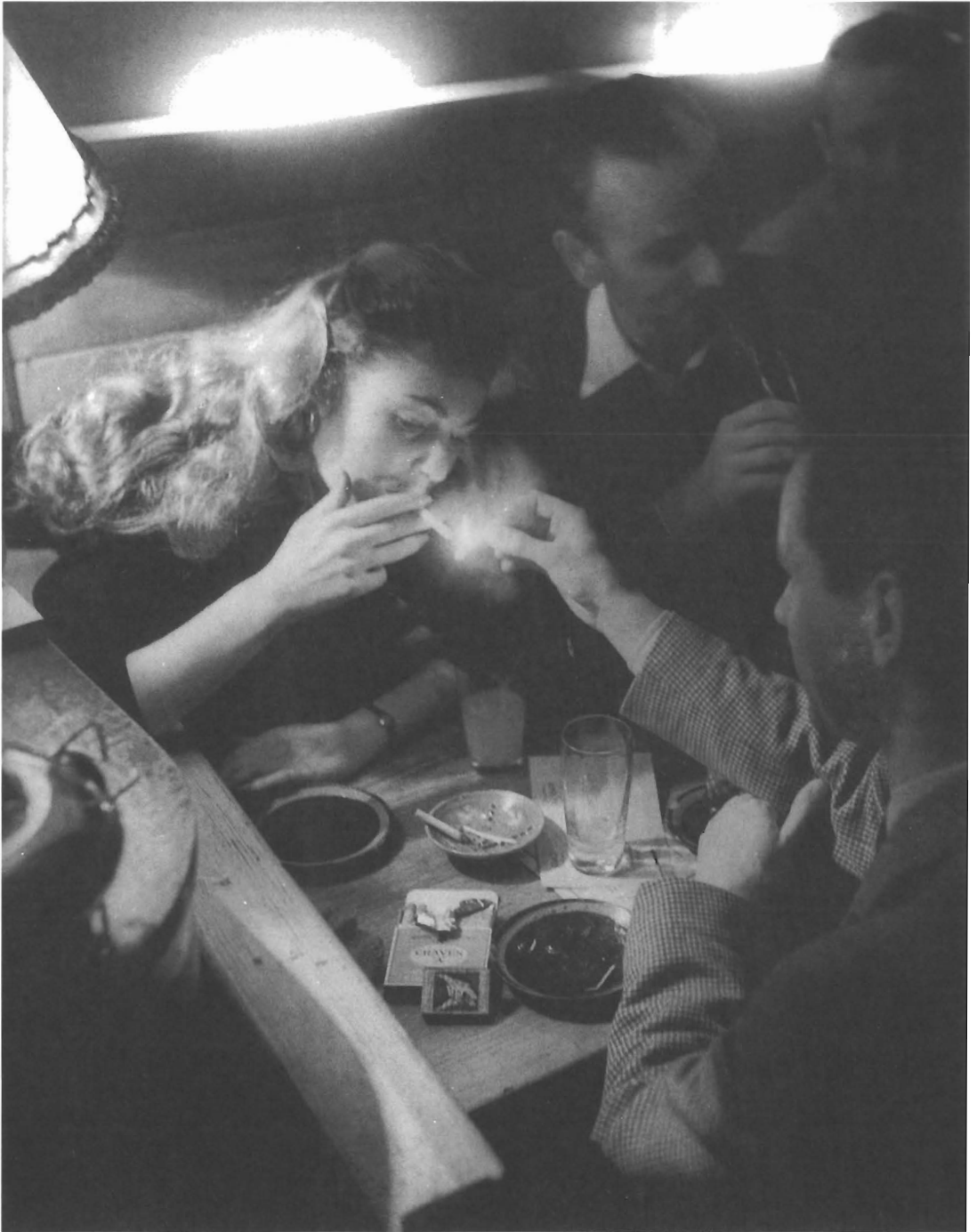
effet sur les individus. Cet effet dépend d'ailleurs en partie de la réaction de l'entourage. Malgré ces différences, il faut trouver un moyen de quantifier le temps vécu en présence d'une atteinte à la santé non mortelle. Pour diverses incapacités de plus ou moins longue durée, le temps vécu est ainsi pondéré par un « coefficient de gravité » fondé sur l'évaluation des préférences sociales pour tel ou tel état de santé. Deux méthodes ont servi à déterminer ces préférences. Dans les deux cas, il est demandé aux personnes interrogées d'arbitrer entre quantité de vie et qualité de la vie. Les réponses font apparaître un accord étonnant entre les différentes cultures sur ce qui constitue une incapacité sévère ou légère. Par exemple, la plupart des personnes interrogées pensent qu'être aveugle pendant un an est plus grave que de souffrir pendant un an d'une très forte diarrhée, mais moins grave qu'être tétraplégique pendant un an. Les coefficients de gravité varient entre zéro (santé parfaite) et 1 (état de santé équivalant à la mort).

FIG. 1. Valeur relative pour le calcul des AVCI, d'une année vécue à différents âges.



Source : *The Global Burden of Disease* (Murray et Lopez, 1996b).

Le temps d'incapacité, ou le temps perdu par décès prématuré, est aussi pondéré en fonction de l'âge pour tenir compte du rôle social plus important des adultes, qui pourvoient à la subsistance des jeunes et des personnes âgées (figure 1). Diverses études, dont quelques enquêtes par sondage, ont permis de constater que la plupart des gens, s'il leur fallait choisir, jugeraient préférable de sauver la vie de jeunes adultes plutôt que celle de très jeunes enfants ou d'adultes plus âgés. Par exemple, s'ils dispo-



Café parisien en 1952. Willy Ronis/Rapho.

TABLEAU I. Répartition des AVCI par grande catégorie de causes et par région en 1990.

Régions	Population (en millions d'habitants)	AVCI totales (en milliers)	Groupe I (%)	Groupe II (%)	Groupe III (%)
Monde	5 267	1 379 238	44	41	15
Régions développées	1 144	160 994	8	78	15
Régions en développement	4 124	1 218 245	49	36	15
EME	798	98 794	7	81	12
AESE	346	62 200	9	73	19
Inde	850	287 739	56	29	15
Chine	1 134	208 407	24	58	18
AAO	683	177 671	45	41	14
ASS	510	295 294	66	19	15
ALC	444	98 285	35	48	16
CMO	503	150 849	48	39	13

Source : *Global Health Statistics* (Murray et Lopez, 1996b).

saient d'une seule dose d'antibiotique pour sauver la vie de deux individus âgés l'un de vingt-deux ans et l'autre de deux ans, et considérés sous le seul rapport de l'âge, la plupart des gens choisiraient de sauver la vie de l'individu de vingt-deux ans. Cela montre que les adultes sont perçus par une large fraction du public comme jouant un rôle décisif au sein de la famille, de la communauté et de la société (Institute of Medicine, 1986 ; Johannesson et Johansson, 1996 ; Lewis et Charney, 1989, Nord *et al.*, 1995).

Enfin, on a aussi appliqué au temps un taux d'actualisation de 3 %, de telle sorte qu'une année perdue dans l'avenir vaut moins qu'une année perdue maintenant.

Les auteurs de l'Étude sur la charge mondiale des maladies ont divisé les maladies et blessures en trois grandes catégories. Le groupe I comprend les maladies transmissibles, les maladies liées à la maternité, les pathologies de la période périnatale et les carences nutritionnelles ; le groupe II comprend les maladies non transmissibles ; le groupe III comprend toutes les blessures, qu'elles aient été causées volontairement ou non. Chacun de ces groupes se subdivise en sous-catégories : ainsi les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les troubles psychiques forment trois sous-catégories du groupe II. Au-dessous de ce niveau, on a procédé encore à deux autres subdivisions, pour obtenir à la fin un total de 107 causes particulières de décès ou d'incapacité, telles que le VIH, le cancer du poumon ou les accidents de la circulation automobile.

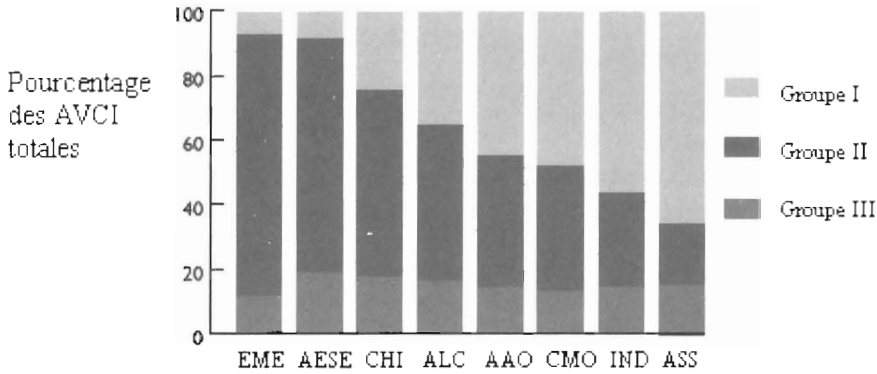
Les maladies du groupe I sont fréquentes dans les populations les plus pauvres. L'importance relative des groupes I et II nous renseigne sur les progrès réalisés par les différentes régions, sur les plans démographique et épidémiologique, dans la voie d'un abaissement des taux de fécondité et de mortalité. La fréquence des causes de décès du groupe I diminuant plus rapidement que la mortalité générale, ces causes sont responsables d'une proportion des décès plus élevée dans les populations à forte mortalité que dans les populations à faible mortalité. À mesure que l'évolution démographique et épidémiologique progresse, la proportion de décès dus à des maladies non transmissibles croît.

Résumé des principaux résultats

La charge mondiale

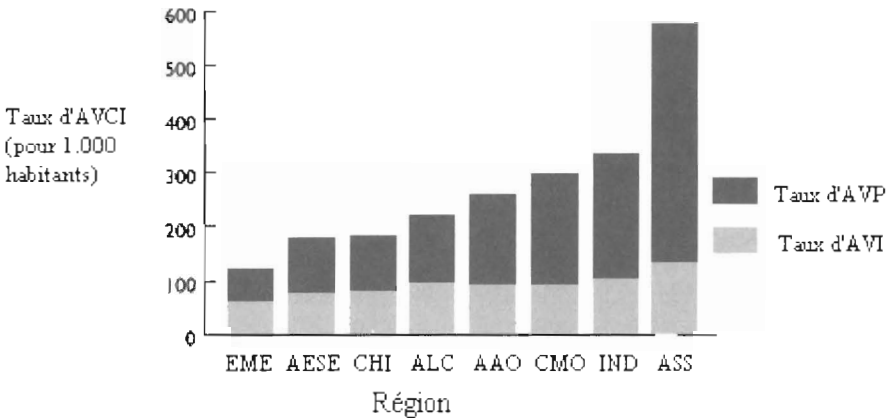
Pour l'ensemble du monde, on arrive à un total de 1,38 milliard d'AVCI (années de vie perdues par décès prématuré et années d'incapacité), dont 88 % dans les régions en développement (qui comptent 78 % de la population mondiale), et 12 % dans les régions développées (qui comptent 22 % de la population mondiale). Les habitants de l'Afrique subsaharienne et de l'Inde réunies ont supporté en 1990 plus de quatre dixièmes de cette charge mondiale des maladies, bien que ne représentant que 26 % de la population mondiale. La Chine apparaît comme la région en développement où le poids des maladies est le moins

FIG. 2. La charge des maladies par grande catégorie de causes, 1990.



Source : *The Global Burden of Disease* (Murray et Lopez, 1996a).

FIG. 3. AVCI (décomposées en AVP et AVI) par millier d'habitants et par région, 1990.



Source : *The Global Burden of Disease* (Murray et Lopez, 1996a).

lourd par rapport à la taille de la population, puisque cette région ne supporte que 15 % de la charge mondiale, alors qu'elle compte un cinquième de la population du globe.

La répartition de la charge des maladies par grandes catégories de causes de décès ou d'incapacité n'est pas uniforme et varie même considérablement d'une région à l'autre. C'est surtout l'incidence relative des groupes I et II qui varie suivant les régions. La charge des maladies non transmissibles (groupe II) représente dans les régions développées 78 % du nombre total d'AVCI, alors que dans les régions en développement la charge des maladies infectieuses, des maladies liées à la maternité, des maladies péri-

natales et des carences nutritionnelles (groupe I) reste prépondérante, représentant 49 % du total des AVCI. Pour l'ensemble du monde, la charge des blessures (groupe III) s'établit à 15 % du total des AVCI.

Les parts relatives des groupes I et II reflètent le stade d'évolution démographique et épidémiologique. Dans les régions ALC, CMO, Chine et AAO, où cette évolution est relativement avancée, c'est déjà le groupe des maladies non transmissibles qui est la principale cause des AVCI, alors qu'en Afrique subsaharienne et en Inde les maladies du groupe I restent responsables de 66 % et 56 %, respectivement, des AVCI totales (tableau 1, figure 2).

TABLEAU 2. Les dix causes principales de la charge des maladies (AVCI) dans les régions en développement.

Rang		Total (en millions d'AVCI)	Pourcentage du total
	Toutes causes	1 218,2	
1.	Infections des voies respiratoires inférieures	110,5	9,1
2.	Maladies diarrhéiques	99,2	8,1
3.	Pathologies de la période périnatale	89,2	7,3
4.	Dépression unipolaire majeure	41,0	3,4
5.	Tuberculose	37,9	3,1
6.	Rougeole	36,5	3,0
7.	Paludisme	31,7	2,6
8.	Ischémie cardiaque	30,7	2,5
9.	Anomalies congénitales	29,4	2,4
10.	Maladies cérébro-vasculaires	29,1	2,4

Source : *Global Health Statistics* (Murray et Lopez, 1996b).

Le nombre d'AVCI par millier d'habitants, décomposé en années perdues par décès prématuré (AVP) et années vécues avec une incapacité (AVI), montre lui aussi que la charge des maladies et sa composition causale varient considérablement suivant les régions.

Il a été perdu en Afrique subsaharienne environ 579 années de vie en bonne santé par millier d'habitants, contre 124 seulement dans les « économies de marché établies » (tableau 1). La différence entre les taux d'AVCI totales s'explique surtout par la différence des taux de décès prématurés, les taux d'incapacité variant beaucoup moins : ainsi, le taux d'AVP est sept fois plus élevé en Afrique subsaharienne que dans les « économies de marché établies », alors que pour le taux d'AVI l'écart est seulement du simple au double (figure 3).

Les dix principales causes d'AVCI, dans les pays en développement, sont des pathologies relevant des groupes I (infections des voies respiratoires inférieures, maladies diarrhéiques, pathologies de la période périnatale, tuberculose, rougeole, paludisme) et II (dépression unipolaire majeure, ischémie cardiaque, anomalies congénitales, maladies cérébro-vasculaires). Ces dix causes principales comprennent d'une part des affections qui sont surtout responsables de décès prématurés, comme certaines maladies infantiles dont les ravages sont bien connus (infections respiratoires et maladies diarrhéiques), et d'autre part des affections qui sont principalement invalidantes, comme les dépressions unipolaires majeures (tableau 2).

La charge liée aux décès prématurés

Environ 50 millions de personnes sont décédées dans le monde en 1990 : 39,4 millions dans les régions en développement, et 10,9 millions dans les régions développées. Les maladies cardiaques ischémiques et les maladies cérébro-vasculaires figurent parmi les trois principales causes de décès prématuré dans les pays en développement comme dans les pays développés. Et plus de gens sont morts de ces maladies dans les pays en développement que dans les pays développés. Les accidents de la circulation routière figurent parmi les dix principales causes de décès prématuré dans le monde entier (tableau 3). En 1990, environ 5 millions de personnes dans le monde sont mortes de blessures de tous genres ; les deux tiers étaient des hommes, le plus souvent de jeunes adultes (Murray et Lopez, 1997a).

La charge liée à des incapacités

La liste des dix principales causes de décès prématuré et celle des dix principales causes d'incapacité ne se recoupent presque pas. Seules les maladies responsables d'une obstruction chronique des poumons et les anomalies congénitales se trouvent dans les deux listes. Les troubles neuro-psychiatriques occupent une place prédominante parmi les principales causes d'incapacité dans le monde entier, puisque la dépression unipolaire majeure, l'alcoolisme, les troubles bipolaires, la schizophrénie et les troubles obsession-

nels-compulsifs figurent parmi les dix principales de ces causes (tableau 4) [Murray et Lopez, 1997b].

La charge attribuable aux grands facteurs de risque

Les auteurs de l'étude ont également évalué la proportion de la charge des maladies et blessures qui peut être attribuée à chacun des dix grands facteurs de risque suivants : la malnutrition ; de mauvaises conditions d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène personnelle et domestique ; des pratiques sexuelles dangereuses ; la consommation de tabac ; la consommation d'alcool ; l'activité professionnelle ; l'hypertension ; le manque d'exercice physique ; la consommation de drogues ; et la pollution

atmosphérique. La malnutrition et les mauvaises conditions d'hygiène étaient, dans le monde entier, les principaux facteurs de décès prématuré et d'incapacité ; venaient ensuite les pratiques sexuelles dangereuses, l'alcool, le tabac et l'activité professionnelle (Murray et Lopez, 1997c).

Projections de la charge jusqu'en 2020

Les auteurs de l'étude ont essayé de prévoir l'évolution de la charge mondiale des maladies et blessures selon le sexe et la région, de 1990 à 2020. Ils se sont appuyés, pour élaborer des projections des tendances futures en matière de santé, sur un modèle relativement simple ne comprenant qu'un nombre limité de variables socio-économiques : a) le revenu par habitant ;

TABLEAU 3. Les dix principales causes de décès, 1990.

Régions développées	Décès (milliers)	% cumulé	Régions en développement	Décès (milliers)	% cumulé
Toutes causes	10 912		Toutes causes	39 534	
1. Ischémie cardiaque	2 695	24,7	1. Infections des voies respiratoires inférieures	3 915	9,9
2. Maladies cérébro-vasculaires	1 427	37,8	2. Ischémie cardiaque	3 565	18,9
3. Cancer de la trachée, des bronches ou du poumon	523	42,6	3. Maladies cérébro-vasculaires	2 954	26,4
4. Infections des voies respiratoires inférieures	385	46,1	4. Maladies diarrhéiques	2 940	33,8
5. Obstruction chronique des poumons	324	19,1	5. Pathologies de la période périnatale	2 361	38,7
6. Cancer du colon ou du rectum	277	51,6	6. Tuberculose	1 922	43,4
7. Cancer de l'estomac	241	53,8	7. Obstruction chronique des poumons	1 887	46,1
8. Accidents de la circulation routière	222	55,8	8. Rougeole	856	48,7
9. Blessures auto-infligées	193	57,6	9. Paludisme	856	50,9
10. Diabète sucré	176	59,2	10. Accidents de la circulation routière	777	52,8

Source : *Global Health Statistics* (Murray et Lopez, 1996b).

TABLEAU 4. Les principales causes d'incapacité dans le monde, 1990.

	Total (millions de cas)	Pourcentage du total
Toutes causes	427,7	
1. Dépression unipolaire majeure	50,8	10,7
2. Anémie par carence martiale	22,0	4,7
3. Chutes	22,0	4,6
4. Alcoolisme	15,8	3,3
5. Obstruction chronique des poumons	14,7	3,1
6. Troubles bipolaires	14,1	3,0
7. Anomalies congénitales	13,5	2,9
8. Ostéo-arthrite	13,3	2,8
9. Schizophrénie	12,1	2,6
10. Troubles obsessionnels-compulsifs	10,2	2,2

Source : *Global Health Statistics* (Murray et Lopez, 1996b).

b) la durée moyenne de la scolarité chez les adultes ; c) le temps en tant que mesure supplé-
 tive des progrès accomplis au XX^e siècle en ma-
 tière de santé, grâce, notamment, à l'accumula-
 tion des connaissances et au développement
 technologique. Ces variables socio-économiques
 présentent des rapports historiques évidents avec
 les taux de mortalité : l'augmentation de l'espé-
 rance de vie que de nombreux pays ont connue
 au XX^e siècle est étroitement liée, par exemple, à
 la croissance du revenu. À ces déterminants indi-
 rects de la santé, on a ajouté une quatrième
 variable, la consommation de tabac, à cause de
 l'énorme incidence qu'elle a sur la santé. Les
 estimations relatives aux décès prématurés, aux
 incapacités et aux AVCI pour l'année 1990 qui
 ont servi de base aux projections reposent sur un
 ensemble d'hypothèses explicites. Les projec-
 tions faites doivent donc être considérées comme
 de simples indications de scénarios futurs pos-
 sibles, qui peuvent être utiles pour choisir les
 grandes orientations des politiques de la santé.

Selon ces projections, la composition de la
 charge des maladies devrait changer radicale-
 ment, avec un net recul des maladies transmis-
 sibles, des maladies liées à la maternité, des
 maladies périnatales et des carences nutrition-
 nelles, et une forte progression des maladies non
 transmissibles dans le monde entier. La propor-
 tion des AVCI totales attribuable aux maladies du
 groupe I tombera de 41,9 % en 1990 à 17,6 % en
 2020. La part attribuable au groupe II passera de
 47,4 % en 1990 à 68,7 % en 2020. Enfin, celle
 attribuable au groupe III passera durant la même
 période de 10,7 % à 13,7 % (Murray et Lopez,
 1997d).

Discussion

L'indicateur AVCI comporte une forte dimension
 éthique, procédant de deux principes égalitaires
 fondamentaux. Le premier est que, lorsque les
 effets sur l'état de santé sont identiques, la
 charge est calculée de la même façon pour tous
 les individus : ainsi, l'espérance de vie normale à
 la naissance a été fixée à 80,2 ans pour les
 femmes et à 80 ans pour les hommes, et deux
 femmes qui décèdent à 45 ans, l'une dans un
 accident d'automobile à Brazzaville, l'autre d'un
 cancer du sein à Paris, perdront par décès préma-
 turé le même nombre d'années de vie. Le second

principe est que les seules caractéristiques indi-
 viduelles indépendantes de la santé à prendre en
 considération pour le calcul de la charge de ma-
 ladie associée à telle ou telle atteinte à la santé
 sont l'âge et le sexe. Il n'a donc pas été tenu
 compte, dans l'étude, des données relatives au
 niveau d'éducation, au revenu, à la race ou à la
 religion. (Certains économistes spécialistes du
 développement soutiennent qu'il faudrait attri-
 buer un plus grand poids à la santé des individus
 qui ont un revenu ou un niveau d'éducation éle-
 vés qu'à celle des individus pauvres et peu
 instruits.)

Le choix de l'indicateur AVCI pour mesurer
 la charge mondiale des maladies et blessures en
 1990 n'est donc pas neutre, et ses conséquences
 pour les politiques de la santé sont évidentes. Il a
 suscité un débat sur la préférence explicite pour
 certaines valeurs sociales qui est inhérente à cet
 indicateur : la différence de longévité entre les
 sexes, les coefficients de gravité dont sont affectés
 les différentes incapacités, l'introduction
 dans les calculs d'une pondération en fonction de
 l'âge, l'attribution d'un poids décroissant aux
 maladies et incapacités futures (Murray et Acharya,
 1997 ; Anand et Hanson, 1997 ; Barker et
 Green, 1996 ; Laurell et Lopez Arellano, 1996).

L'Étude de la charge mondiale des maladies
 a conduit à plusieurs découvertes tout à fait sur-
 prenantes par rapport à nos connaissances anté-
 rieures, et qui sont du plus grand intérêt pour les
 politiques nationales et internationales de santé
 publique. Le tableau des besoins sanitaires mon-
 diaux qui se dégage de cette étude souligne l'im-
 portance des maladies non transmissibles et
 montre qu'elles devraient progresser rapidement
 au cours des prochaines décennies dans toutes les
 régions en développement. Même dans ces ré-
 gions, trois catégories de maladies non transmis-
 sibles figurent en bonne place parmi les dix prin-
 cipales causes de décès ou d'incapacité : les
 dépressions unipolaires majeures, les ischémies
 cardiaques et les maladies cérébro-vasculaires.
 Chez les adultes de moins de 70 ans, la probabi-
 lité de mourir d'une maladie non transmissible
 est plus forte en Afrique subsaharienne et en Inde
 que dans les « économies de marché établies ». Cette
 constatation, surprenante pour beaucoup de
 gens, dément l'idée suivant laquelle les maladies
 cardio-vasculaires, les cancers et autres maladies
 non transmissibles sont caractéristiques des pays
 riches.

TABLEAU 5. Charge mondiale de maladies et blessures attribuables à différents facteurs de risque, 1990.

Facteur de risque	Décès (milliers)	En % du total des décès	AVP (milliers)	En % du total des AVP	AVI (milliers)	En % du total des AVI	AVCI (milliers)	En % du total des AVCI
Malnutrition	5 881	11,7	199 486	22,0	20 089	4,2	219 575	15,9
Mauvaises conditions d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène personnelle et domestique	2 688	5,3	85 520	9,4	7 872	1,7	93 392	6,8
Pratiques sexuelles dangereuses	1 095	2,2	27 602	3,0	21 100	4,5	48,7 2 ?	3,5
Tabac	3 038	6,0	26 217	2,9	9 965	2,1	36 182	2,6
Alcool	774	1,5	19 287	2,1	28 400	6,0	47 687	3,5
Profession	1 129	5,8	17 665	1,9	1 411	0,3	19 075	1,4
Manque d'exercice physique	1 991	3,9	11 353	1,3	2 300	0,5	13 653	1,0
Drogues	100	0,2	2 634	0,3	5 834	1,2	8 467	0,6
Pollution atmosphérique	568	1,1	5 265	0,6	1 630	0,3	7 254	0,5

Source : *Global Health Statistics* (Murray et Lopez, 1996b).

TABLEAU 6. Modification du classement par rang des dix principales causes de la charge des maladies, pour l'ensemble du monde, de 1990 à 2020 (scénario de base).

Maladie ou blessure	AVCI totales en 2020 (milliers)	AVCI totales en 1990 (milliers)	Rang en 1990
1. Ischémie cardiaque	82 325	46 699	5
2. Dépression unipolaire profonde	78 662	50 810	4
3. Accidents de la circulation routière	71 240	34 317	9
4. Maladies cérébro-vasculaires	61 392	38 523	16
5. Obstruction chronique des poumons	57 587	29 136	12
6. Infections des voies respiratoires inférieures	42 692	112 898	1
7. Tuberculose	42 515	38 426	7
8. Guerre	41 315	20 019	12
9. Maladies diarrhéiques	37 097	99 633	2
10. VIH	36 317	11 172	28

Source : *Global Health Statistics* (Murray et Lopez, 1996b).

L'Étude sur la charge mondiale des maladies et blessures attire l'attention sur les incapacités qui sont liées à des maladies psychiques : ainsi, les dépressions unipolaires majeures ont été en 1990, selon l'ordre d'importance, la quatrième cause de cette charge. Dans les estimations qui ne prennent en compte que la mortalité, la dépression et les autres maladies psychiques telles que l'alcoolisme ou la schizophrénie ne sont pas considérées comme des atteintes graves à la santé.

Enfin, l'étude met en évidence l'énorme charge que représentent les blessures, à l'échelle mondiale, surtout parmi les jeunes adultes de

sexe masculin. Les blessures, intentionnelles ou accidentelles, sont en effet responsables de 15 % de la charge totale des maladies et blessures dans le monde. Or, dans de nombreux pays, leur importance est largement méconnue par les responsables de la santé.

L'importance des maladies non transmissibles (groupe II) et des blessures (groupe III) a été et reste largement sous-estimée dans le débat sur les politiques de la santé publique ; pourtant, la charge qu'elles représentent les fait apparaître comme l'équivalent de la prochaine épidémie mondiale.

L'étude mesure aussi l'étendue des inégalités qui règnent dans le monde en matière de santé à la fin du XX^e siècle. La lutte contre les maladies transmissibles, les maladies liées à la maternité, les maladies périnatales et les carences nutritionnelles, qui représentent encore 44 % de la charge totale des maladies dans le monde et presque la moitié de cette charge dans les régions en développement, apparaît comme la principale tâche encore inachevée. Ces maladies sont surtout fréquentes en Afrique subsaharienne et en Inde. Les infections des voies respiratoires inférieures, les maladies diarrhéiques et les affections périnatales représentent à elles seules 24,5 % de la charge totale.

En 2020, le tabac devrait tuer plus de gens que n'importe quelle autre maladie, y compris le sida.

L'étude de la charge mondiale des maladies avait notamment pour objectif de fournir un instrument de mesure des atteintes à la santé – l'AVCI – qui permette d'évaluer le rapport coût-efficacité des interventions, en termes de coût par unité de charge évitée. Dans son Rapport sur le développement dans le monde 1993, *Investir dans la santé*, la Banque mondiale a recommandé aux gouvernements de maximiser les gains de santé au regard des dépenses dans la répartition des fonds publics. Pour cela, il est nécessaire de mesurer le rapport coût-efficacité de différentes interventions sanitaires et différentes

procédures médicales, exprimé en AVCI gagnées par dollar investi.

Un certain nombre de conclusions se dégagent des résultats de l'Étude sur la charge mondiale des maladies. Premièrement, les évolutions démographique et épidémiologique ont pour effet conjugué de conférer une importance croissante aux maladies non transmissibles. Il faut donc que le débat sur les politiques de la santé fasse une plus large place à l'amélioration de la santé des adultes. Rares pourtant sont les études qui examinent le rapport coût-efficacité des mesures préventives ou curatives et des programmes de rééducation que l'on pourrait et devrait appliquer pour réduire la charge des maladies non transmissibles dans les pays en développement. Il faudrait s'intéresser en priorité aux interventions propres à modifier les facteurs de risque de maladies psychiques et à traiter et prévenir ces maladies, ainsi qu'à la prévention et au traitement des blessures et à la rééducation des blessés (Murray et Lopez, 1996c).

Par ses résultats, l'Étude sur la charge mondiale des maladies marque un jalon en matière de politique internationale de la santé publique. Cette étude, qui fournit la base objective nécessaire à l'élaboration de politiques rationnelles, va sans doute influencer profondément au XXI^e siècle l'ordre des priorités internationales en matière de santé.

Traduit de l'anglais

Références

- ANAND, S. ; HANSON, K. 1997. « Disability-adjusted life years : a critical review ». *Journal of Health Economics*. 6, p. 16.
- BARKER, C. ; GREEN, A. 1996. « Opening the debate on DALYS ». *Health Policy and Planning*. 11, 2, p. 179-183.
- INSTITUTE OF MEDICINE. 1986. *New Vaccine Development : Establishing Priorities. Volume II. Disease of Importance in Developing Countries*. Washington DC, National Academy Press.
- JOHANESSON, M. ; JOHANSSON, P.O. 1996. *Is the Valuation of QALYs Gained Independent of Age ? Some Empirical Evidence*. Ronéotypé.
- LAURELL, L.C. ; LOPEZ ARELLANO, O. 1996. « Market commodities and poor relief : the world bank proposal for health ». *International Journal of Health Services*. 26, 1, p. 1-18.
- LEWIS, P.A. ; CHARNEY, M. 1989. « Which of two individuals you treat when only their ages are different and you can't treat both ? » *Journal of Medical Ethics*. 15, p. 28-34.
- MURRAY, C.J.L. ; ACHARYA, A.K. 1997. « Understanding DALYS ». *Journal of Health Economics*. 16, p. 703-730.
- ; LOPEZ, A.D. 1997a. « Mortality by cause for eight regions of the world : global burden of disease study ». *The Lancet* 349, 3 mai 1997, p. 1269-1276.

- . ; -. 1997b. « Regional patterns of disability-free life expectancy and disability - Adjusted life expectancy : global burden of disease study ». *The Lancet* 349. 10 mai 1997, p. 1347-1352.
- . ; -. 1997c. « Global mortality, disability, and the contribution of risk factors : The global burden of disease study ». *The Lancet* 349. 17 mai 1997, p. 1436-1442.
- . ; -. 1997d. « Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020 : global burden of disease study ». *The Lancet* 349. 24 mai 1997, p. 1498-1504
- . ; -. 1996a. *The Global Burden of Disease : A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Harvard University Press, Cambridge.
- . ; -. 1996b. *Global Health Statistics. A Compendium of Incidence and Prevalence Estimates for over 200 Conditions*. Harvard University Press, Cambridge.
- . ; -. 1996c. « Evidence-based health policy-lessons from the global burden of disease study ». *Science*. 274, p. 740-743.
- NORD, E. *et al.* 1995. « Maximizing health benefits vs. egalitarianism : an australian survey of health issues ». *Social Science and Medicine*. 41, 10, p. 1429-1437.

L'économie, l'éthique et le public dans la politique des services de santé

Alan Williams

Introduction

Bien que l'exposé qui suit soit centré sur la politique des services de santé, il ne fait aucun doute que la santé d'une population subit d'autres influences, qui peuvent fort bien être plus importantes, mais c'est dans ce contexte que les questions générales que je me propose d'examiner se présentent avec le plus de force et que, par conséquent, je les analyserai. Ces questions sont les suivantes :

1. Le rôle de l'économie dans l'établissement de priorités en matière de soins de santé est-il fondamentalement contraire à l'éthique ?
2. Quel rôle les vues du public devraient-elles jouer dans la définition de ces priorités ?

La position générale que je défends procède du principe que tous ceux qui sont touchés étant des priorités, ils ont droit à ce que leurs vues soient prises en considération. Comme presque tout le monde est touché, directement ou indirectement, cela veut dire que la population entière a son mot à dire, et pas seulement les gens qui se trouvent être des patients à tel ou tel moment. Or, dans les collectivités nombreuses, il n'existe pas de moyen commode de donner corps directement à ces vues, de sorte qu'elles sont en général médiatisées par des « représentants » ou des « experts ». D'où le risque d'en venir à poursuivre des objectifs quelque peu différents de ce que souhaite le public ou de ce qui répond à ses intérêts à long

terme. Cependant, même lorsque ce n'est pas le cas, la base de données factuelles sur laquelle représentants et experts s'appuient pour se prononcer sur les priorités n'est pas nécessairement la bonne, soit qu'ils posent mal le problème pour les décideurs, soit qu'ils ne voient pas la pertinence d'éléments d'information décisifs qu'ils pourraient et devraient recueillir et utiliser – au lieu de quoi ils se servent de l'information inadéquate qui traîne alentour et cherchent à maintenir

une coutume révolue en observant à quel point une bonne partie de l'information nouvellement requise est rudimentaire par comparaison avec le passé. On dirait que la précision technique de l'information compte plus que son rapport avec le problème à traiter.

Il faut donc commencer par définir clairement le problème de l'établissement de priorités et le contexte dans lequel il devra être « résolu » (New, 1997, p. 8-40). Par ce mot, je ne veux

nullement donner à entendre qu'à mon sens ce problème n'admet qu'une seule solution générale, valant pour toutes les collectivités en tous temps, mais au contraire que pour chacune, à un moment donné, il existe une solution appropriée, eu égard à ses objectifs et à sa situation. Or, pour découvrir ce qu'est effectivement cette « solution », il doit exister une *méthode* appropriée et c'est cette méthode que j'esquisserai ici. Elle est fille de l'économie, et je dois, pour commencer, l'exposer succinctement dans la section suivante (Gold *et al.*, 1996, p. 3-24 ; Williams, 1997,

Alan Williams est professeur au Centre d'économie de la santé de l'Université de York, Heslington, York, YO1 5DD, Royaume-Uni, courrier : ahwl@york.ac.uk. Il a siégé au Comité de recherche des directeurs scientifiques du Ministère de la santé, à Londres, ainsi qu'à la Commission royale du Service national de santé. Auteur d'un grand nombre d'articles et d'ouvrages sur l'économie de la santé publiés durant les vingt-cinq dernières années, il a aussi été invité à intervenir dans des réunions internationales sur le conflit de culture entre l'économie, l'éthique et la médecine.

p. 26-37). Je poursuivrai par l'examen de diverses objections qu'elle a suscitées au nom de l'éthique et dont certaines, comme je le montrerai, sont à côté de la question et peuvent donc être écartées, à la différence de certaines autres, importantes et pertinentes, mais sans grande utilité dans leur formulation classique (Williams, 1997, pp. 305-321). J'indiquerai comment les rendre plus utiles, tout d'abord en leur conférant davantage de précision du point de vue quantitatif, puis en les testant sur le public. J'en viendrai ainsi à mon dernier thème, à savoir comment intégrer dans les meilleures conditions les vues de l'opinion publique à la méthode que je propose (New, 1997, p. 58-76, 158-180, 212-216). Je ferai valoir que c'est le public qui devrait être la source essentielle d'information sur les *valeurs* (le reste de l'information requise provenant en majeure partie des experts) et montrerai comment y parvenir. Ce que, fondamentalement, je reproche à une bonne partie de ce qui se passe à l'heure actuelle est que les priorités en matière de soins de santé sont formulées en termes si vagues que les experts deviennent la *source effective* des valeurs qui sont retenues, alors que leur rôle devrait être d'assurer la collecte et le tri des *données de fait* sur les valeurs.

Dans leurs déclarations de principes sur la santé, les pouvoirs publics affirment le plus souvent que les soins de santé ont pour but d'améliorer au maximum la santé des gens et de réduire les inégalités en la matière. Comme ces deux objectifs sont nécessairement souvent incompatibles, on peut s'attendre qu'il en sera déduit des conséquences pour les priorités des services de santé dans n'importe quelle situation particulière qui seront différentes selon le poids attribué à l'un par rapport à l'autre. De plus, il risque d'y avoir de profondes divergences d'opinion sur ce qu'est effectivement la santé et ce que devrait être la manière de la mesurer concrètement, ainsi que sur les inégalités de santé qui devraient avoir la priorité sur les autres. Ainsi, ce qui est au départ simple affirmation d'une évidence ne tarde pas à dégénérer en rumeur confuse de demandes concurrentes qui prétendent toutes à la légitimation au nom des deux objectifs initiaux.

Nous avons donc deux grandes tâches devant nous. Il faut en premier lieu, au niveau de l'analyse, tenter d'élucider les concepts en jeu et leurs interrelations, puis, sur un plan pratique, passer aux questions de mesure, car les décideurs

devront s'attaquer aux deux aspects pour pouvoir procéder avec cohérence et efficacité. Le processus décisionnel considéré pourrait se situer à n'importe quel niveau, de la Banque mondiale ou l'Organisation mondiale de la santé à tel ou tel cabinet médical local, car les décideurs s'efforcent toujours à tous les niveaux de faire le maximum de bien avec les ressources limitées dont ils disposent, mais en général il s'agira essentiellement ici, par hypothèse, des niveaux national et régional. Ce processus décisionnel relève le plus souvent des Ministres de la santé et des fonctionnaires placés sous leur autorité, depuis les directeurs au niveau national et les experts qui les conseillent jusqu'aux chefs des services de santé publique à l'échelon local (district), qui tous sont chargés de l'affectation de ressources publiques. Par hypothèse aussi, le système de santé considéré est (au moins partiellement) financé sur fonds publics (y compris indirectement, par le biais d'avantages fiscaux), et les praticiens sont donc formellement responsables devant un organe public de l'emploi qui est fait de ces ressources publiques. Par hypothèse encore, lesdites ressources publiques sont fournies en vue de garantir que les priorités des services de santé ne dépendent pas de la disposition et de l'aptitude d'un individu à payer – de sorte qu'il faut trouver un autre moyen d'évaluer les soins de santé.

La première question à soumettre à l'analyse est le choix du concept de santé le plus approprié dans ce contexte décisionnel et du meilleur moyen de le quantifier. Viendront ensuite les implications de la simple maximisation de la santé lorsque tel est l'objectif primordial des services de santé et le meilleur moyen de quantifier les règles qui en découlent pour les décideurs. Troisième question, il faudra analyser les complications qui surviennent lorsque l'objectif supplémentaire d'une réduction des inégalités est introduit dans la sphère d'action des décideurs et déterminer le meilleur moyen de quantifier les règles qui s'ensuivent. Tout d'abord, voyons comment un économiste comme l'auteur de ces lignes aborderait ces tâches.

L'économie

Si le problème des priorités se pose, c'est parce que nos ambitions excèdent nos ressources, ce que l'on observe toujours et partout, si riche que soit la collectivité, parce que plus les gens s'enri-



Des enfants atteints du cancer sous traitement à l'Institut Curie, Paris, 1988. J.L. Courtinat/Rapho.

chissent, plus haut ils aspirent. Ce n'est donc pas un problème que les pays pauvres sont seuls à devoir affronter. Cette réalité générale signifie que la nécessité d'établir un ordre de priorité ne disparaît pas lorsque les services de santé se voient affecter davantage de ressources. Elle se manifeste même avec plus d'éclat lorsque le niveau des ressources varie, dans l'une ou l'autre direction, et qu'il faut alors déterminer, selon le cas, quel est le meilleur emploi du surcroît de ressources ou quels sont ceux auxquels il est préférable de renoncer quand les ressources ont été réduites. Il est peu probable que les décisions antérieures sur les priorités aient abouti à la meilleure situation possible en ce qui concerne le niveau et la structure des services de santé, celle où aucune réaffectation faisable n'améliorerait les choses. Les principes que je vais énoncer devraient donc être appliqués au statu quo aussi bien qu'à toute proposition visant à le modifier.

L'établissement méthodique de priorités en matière de soins de santé exige une comparaison rigoureuse des réactions très diverses à des problèmes très divers manifestées par des gens très

divers dans des circonstances très diverses. À première vue, par conséquent, c'est une tâche impossible, et le résultat ne sera jamais parfait. D'où la tentation d'abandonner la recherche de la solution de principe pour s'en tenir à celle d'une solution pragmatique qui paraisse raisonnable et que la plupart des gens acceptent comme la meilleure à laquelle on puisse parvenir. Or, même à défaut de perfection, certaines solutions pragmatiques sont plus recommandables que d'autres sur le principe, et dans le monde imparfait où nous vivons ce n'est pas un vice rédhibitoire pour une proposition d'amélioration que de ne pas être parfaite ! La démarche à adopter dans l'analyse consiste à appliquer les mêmes critères clés à l'amélioration envisagée et au statu quo et à se demander lequel des deux résultats est préférable. Si l'un est le meilleur d'après certains critères, mais que ce soit l'autre d'après d'autres critères, il faut alors revenir aux données fondamentales pour voir quels sont les critères les plus importants. Quelle que soit la solution pragmatique adoptée, il demeure (comme je le disais au début de ce paragraphe) que « l'établissement

méthodique de priorités en matière de soins de santé exige une comparaison rigoureuse des réactions très diverses à des problèmes très divers manifestées par des gens très divers dans des circonstances très diverses ». Il faut donc se demander jusqu'à quel point les autres options envisageables sont méthodiques, rigoureuses et exhaustives par rapport au *statu quo*.

Les différents concepts de santé

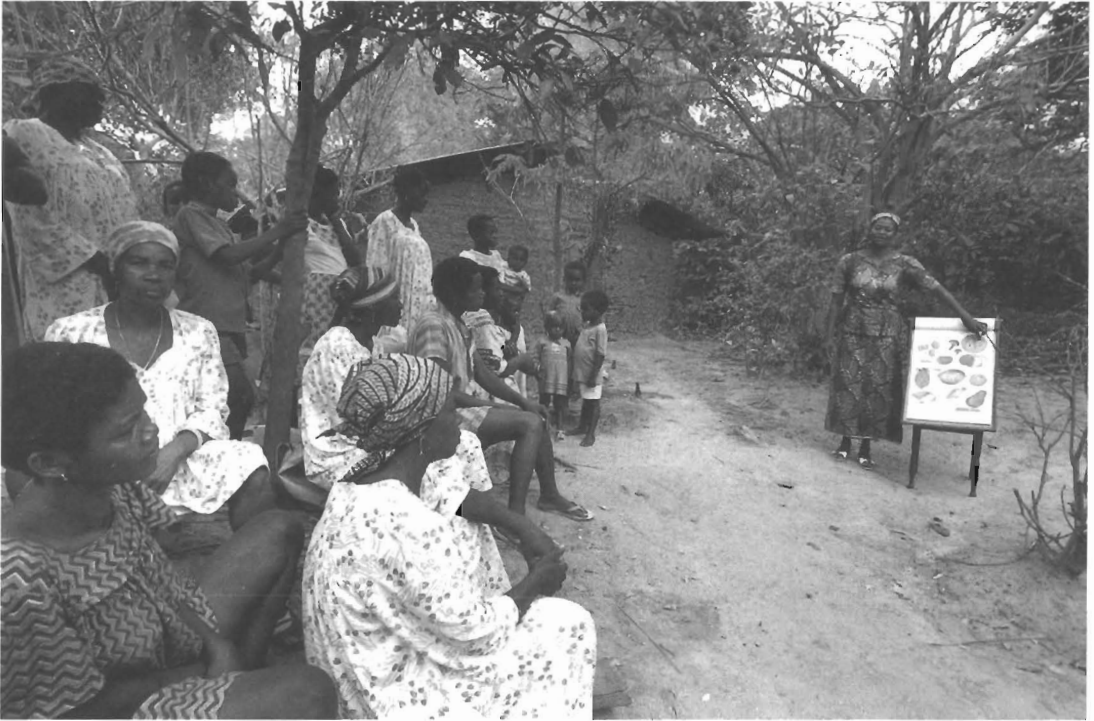
Commençons cette exploration en considérant différents concepts de santé (Williams, 1985). Pour être opérant dans le contexte général qui nous intéresse, le concept retenu devra ne pas être propre à des traitements particuliers, pas plus qu'à des conditions spécifiques, des sous-populations spécifiques ou des cadres spécifiques (hôpital, centre de santé ou domicile ou lieu de travail d'une personne). Dans l'idéal, il faudrait trouver un concept qui corresponde à une idée de la santé à laquelle adhèrent, et que peuvent comprendre, tous ceux que les décisions de principe qui sont prises intéressent (y compris ceux auxquels le décideur doit rendre des comptes). Il n'y a à peu près qu'un seul concept généralement utilisé qui remplisse ces conditions, c'est la différence entre la vie et la mort. Il donne lieu à toutes sortes de statistiques utiles aux décideurs comme les taux de mortalité, les probabilités de survie et les estimations de l'espérance de vie, qui bien souvent peuvent être systématiquement rattachées à des maladies, des traitements, des facteurs tenant au milieu socio-démographique et aux lieux de traitement, de résidence et de travail. Il s'est révélé très précieux comme mesure des résultats pour arrêter les priorités en matière de soins de santé.

Il présente néanmoins quelques faiblesses passablement graves, ainsi qu'on peut aisément s'en rendre compte en examinant les principes qu'implique l'adoption de l'indicateur couramment utilisé qu'est le taux de survie au bout d'un an comme critère de choix entre plusieurs traitements du plus efficace. Ces principes sont les suivants : *a)* survivre durant moins d'un an n'a pas de valeur ; *b)* lorsqu'on a survécu un an, survivre plus longtemps n'a aucune valeur supplémentaire ; *c)* peu importe la qualité de la vie des gens quand ils survivent un an ; *d)* peu importe ce que l'on est (vieux ou jeune, homme ou femme, riche ou pauvre, beau ou laid, bon ou mauvais, Noir ou Blanc, et ainsi de suite). La

seule proposition qui possède à première vue la moindre validité est la dernière, *d)* : mais même elle, on le verra, peut être contestée pour des motifs d'ordre éthique. Néanmoins, si c'est la survie elle-même qui constitue l'objectif primordial, on peut trouver des raisons de retenir, par exemple, l'incidence sur l'espérance de vie comme critère principal pour établir des priorités parmi les demandes concurrentes qui s'exercent sur les ressources affectées aux services de santé. Toutefois ce choix est indiscutablement gênant, car il suppose une indifférence totale à la souffrance ou à l'incapacité, si poussée soit-elle, dès lors qu'elle ne met pas la vie en danger, et implique qu'il ne faut reculer devant aucun sacrifice pour maintenir quelqu'un en vie un peu plus longtemps. Comme cela ne paraît pas du tout défendable dans une optique humanitaire, il faut trouver un moyen ou un autre de faire mieux.

La voie toute tracée serait de découvrir ce que les gens seraient disposés à sacrifier comme espérance de vie en vue d'améliorer la qualité de leur vie sur le plan de la santé. Quels risques prendraient-ils pour atténuer la douleur ou l'incapacité ou encore la dépression ? On dispose maintenant des résultats de quantités d'enquêtes menées sur ces questions dans divers pays, à partir desquels ont été mises au point des échelles « fondées sur les préférences » pour évaluer l'efficacité des soins de santé d'après leur incidence sur la qualité de la vie liée à la santé. Si l'on veut intégrer ces données à celles qui concernent l'espérance de vie pour produire des estimations de l'espérance de vie corrigée en fonction du bien-être, il faut employer une échelle graduée de 0, le fait d'être mort, à 1, celui d'être en bonne santé. Il existe d'ailleurs à travers le monde plusieurs systèmes d'évaluation fondés sur les préférences qui possèdent cette propriété de mesure (Gold *et al.*, 1996, p. 82-134) ; voir aussi, en particulier la page cybertaine d'EuroQol Group (<http://www.eur.nl/bmg/imta/eq-net>). Cela dit, lorsqu'on passe à la mise au point de ces mesures, on voit surgir toute une série de problèmes difficiles, jusqu'ici le plus souvent ignorés dans l'établissement des priorités, alors même qu'ils sont toujours présents (quoique dissimulés). Certains sont tout à fait fondamentaux, notamment les suivants :

- a)* de qui convient-il d'obtenir et d'utiliser les estimations de valeurs ?
- b)* que se passe-t-il lorsque différentes personnes donnent des valeurs différentes ?



Classe de nutrition, Cameroun, 1988. Alain Pinoges/Circ.

- c) de quoi faudrait-il demander aux gens d'estimer la valeur ?
- d) dans quel contexte devraient-ils se placer pour faire ces estimations ?
- e) quelles comparaisons faudrait-il leur demander de faire ?

Dans la pratique normale du processus de décision, les réponses (implicites) à ces questions sont les suivantes :

- a) des décideurs ;
- b) elles en discutent entre elles ;
- c) l'attrait de chaque option d'un point professionnel ;
- d) le leur ;
- e) celle qui serait la plus dangereuse pour nous si nous nous trompions.

Dans un régime démocratique responsable et ouvert qui respecte les faits, ces réponses seraient les suivantes :

- a) de tous ceux qui sont touchés par la décision ;
- b) si la décision ne peut pas être parfaitement adaptée aux vœux des différentes parties, c'est la valeur moyenne ou médiane qu'il faudrait retenir comme norme, car toute

autre solution attribuerait un poids excessif à une minorité d'intéressés ;

- c) les valeurs relatives de différents résultats sur le plan de la santé ;
- d) celui où se trouvent des décideurs sociaux poursuivant les objectifs déclarés du système de santé pour le bien de l'ensemble de la collectivité ;
- e) la gravité de différentes combinaisons de durée et de qualité de la vie (y compris l'issue « décès immédiat »), jugée à l'aune des sacrifices qu'ils seraient disposés à consentir pour les améliorer.

C'est en vue de satisfaire à ces conditions assez rigoureuses qu'ont été inventées les QUALY (années de vie corrigées en fonction du bien-être) sur la base des préférences, qui sont actuellement mises en application dans les services de santé. Les principales étapes de leur construction consistent, tout d'abord, à découvrir ce que les gens en général perçoivent comme les éléments marquants de leur qualité de vie auxquels la mauvaise santé porte atteinte. On obtient ainsi d'ordinaire une liste comprenant des senti-

ments comme la douleur, l'angoisse et la dépression et des incapacités fonctionnelles telles que les problèmes de mobilité, l'incapacité à s'occuper de soi-même sans aide et l'incapacité de vaquer à ses activités normales. Ce sont là les éléments incorporés à l'instrument EQ5D d'EuroQol, dont il existe des estimations pour plusieurs populations nationales différentes (voir la page cybertoile citée plus haut). Il faut ensuite présenter ces aspects de « la qualité-de-la-vie liée-à-la-santé », dans des combinaisons différentes, à un échantillon représentatif pour découvrir quelles sont celles que les gens considèrent comme pires que d'autres. À titre d'exemple, le fait d'éprouver une douleur modérée (mais sans avoir aucun autre problème) est-il meilleur ou pire que celui d'avoir du mal à marcher mais sans douleur ni aucun autre problème ? Bien des comparaisons de ce genre (et d'autres beaucoup plus complexes) peuvent être présentées aux gens de diverses manières, la plus simple consistant à leur demander d'indiquer laquelle des deux options est la meilleure (méthode des comparaisons par paires). Démarche plus complexe : on peut aussi faire évaluer les états l'un par rapport à l'autre sur une échelle unique, qui est d'ordinaire une ligne droite et qui, en l'occurrence, pourrait porter les mentions « meilleur état de santé imaginable » au sommet et « pire état de santé imaginable » à la base (méthode de l'échelle d'appréciation, à l'aide d'une échelle analogique visuelle). Les économistes préfèrent habituellement des méthodes encore plus complexes, suivant lesquelles on demande aux gens de sacrifier quelque chose à quoi ils attachent de la valeur pour obtenir autre chose à quoi ils attachent de la valeur. Le plus simple serait de leur demander ce qu'ils paieraient pour cesser d'être en mauvaise santé et pour être en bonne santé (méthode de la disposition à payer). Plus cher ils sont disposés à payer, pire doit être pour eux l'état de santé considéré ; mais dans les cas où la disposition et l'aptitude à payer ont été rejetées comme principe directeur pour fixer les priorités en matière de soins de santé, il faudrait peut-être avoir recours à un autre « sacrifice » pour s'assurer la coopération des personnes interrogées. Il existe une variante de ce genre, où l'on demande aux gens de songer à sacrifier de l'espérance de vie pour accroître la qualité de la vie, à abrégier leurs jours, par exemple, pour faire disparaître la douleur en prenant certains analgésiques (méthode du sacrifice de temps). Plus le sacrifice

d'espérance de vie acceptable est grand, pire doit être pour eux l'état de santé. Autre variante du même ordre, il s'agit de découvrir quel risque de décès immédiat les gens prendraient pour obtenir une meilleure qualité de vie, celui, par exemple, de subir une intervention chirurgicale pour supprimer des problèmes de mobilité (méthode classique du pari). Plus les risques que les gens sont disposés à prendre sont grands, pire doit être pour eux l'état de santé. En menant avec soin des enquêtes de ce genre auprès de la population, il est possible d'obtenir un ensemble de valeurs rendant compte du prix que les gens ordinaires attachent aux résultats en matière de santé définis en des termes qu'eux-mêmes comprennent parfaitement (puisque ces définitions reposent sur des conceptions profanes de la santé, et non sur des descriptions techniques de maladies ou d'états). Ces valeurs peuvent être portées sur une échelle sur laquelle le fait d'être mort est égal à 0 et celui d'être en bonne santé est égal à 1. On constate couramment que certaines personnes jugent quelques-uns des très mauvais états de santé pires que la mort, et cette appréciation peut être représentée par un score négatif attribué à ces états (Williams, 1997, p. 136-175). Les valeurs que différentes personnes accordent à un état de santé déterminé sont le plus souvent un peu différentes, ce qui ne va pas sans difficultés quand il s'agit de prendre collectivement une décision au nom de toute une communauté. Au lieu de laisser cela servir de prétexte pour adopter les valeurs d'un sous-groupe privilégié ou, pire encore, de moyen de laisser les propres valeurs du décideur prendre le pas sur celles de la communauté, la discipline commande de retenir la moyenne ou la médiane des valeurs de la communauté comme valeur collective du groupe. Ces mesures, comme toutes les autres caractéristiques classiques de tendance centrale, offrent une approximation normalisée des valeurs du groupe, leurs propriétés ont été bien étudiées dans les écrits scientifiques et elles permettent de réduire le risque de manipulation des données au service de fins illégitimes. On se retrouve donc à la fin de cette procédure avec un ensemble de valeurs attachées à différents résultats, suivant les préférences de la communauté desservie par le système de santé, qui repose sur des données de fait que d'autres peuvent examiner, ce qui facilite la transparence.

Parallèlement, beaucoup de recherches sur les services de santé ont pour rôle de mettre en

évidence le degré d'efficacité de différentes interventions. Cependant, pour que leurs conclusions soient utiles aux fins de l'établissement de priorités, il faut en rendre compte à l'aide de mesures des résultats qui cadrent avec ceux pour lesquels on dispose d'estimations des gens ordinaires ; ce qui explique pourquoi il est indispensable de recourir à des mesures génériques fondées sur les préférences. Ce n'est pas ainsi que les recherches de cette nature ont été menées jusqu'ici, car bien souvent il s'agissait seulement de découvrir, du point de vue biomédical, les effets de la chirurgie ou des médicaments sur différents organes ou structures corporelles, à l'aide des mesures de l'efficacité qui avaient le plus de chances de détecter tout changement intéressant. Naguère, cette diversité des mesures des résultats était acceptable, parce que nul n'essayait de comparer méthodiquement les avantages (par exemple) de la chimiothérapie pour le cancer avec ceux de la chirurgie pour les affections cardiaques ou ceux de la vaccination des enfants contre la diphtérie. En revanche, si l'on veut fixer des priorités pour toute la gamme des services de santé, cette optique biomédicale ne suffit plus. On a besoin de connaître l'impact des interventions sur *l'espérance de vie corrigée en fonction du bien-être*, c'est-à-dire à la fois sur la durée et sur la qualité de la vie des gens (Bone *et al.*, 1995 ; Banque mondiale, 1993). Il est tout à fait concevable que des interventions qui n'entraînent que de faibles changements du point de vue biomédical puissent modifier beaucoup leur espérance de vie corrigée en fonction du bien-être, et vice versa. À l'heure actuelle, l'un des grands conflits de cultures dans le secteur de la recherche sur les services de santé oppose ceux qui voudraient limiter l'évaluation des interventions aux mesures biomédicales traditionnelles généralement appliquées dans les essais cliniques et ceux qui admettent que l'on saisit mieux leur impact sur le bien-être des patients, évalué par les intéressés, à l'aide de mesures génériques, fondées sur les préférences, de la qualité de la vie sur le plan de la santé. Il faut ensuite intégrer les résultats de ces mesures de la qualité-de-la-vie aux variations escomptées de l'espérance-de-vie pour obtenir les modifications de l'espérance de vie corrigée en fonction du bien-être, lesquelles devraient être considérées comme le critère de référence commun de la collectivité pour comparer les avantages de différentes interventions.

Les variantes de la notion de coût

Jusqu'ici, je n'ai rien dit des coûts. Pour un économiste, coût signifie simplement « sacrifice ». La question « qu'est-ce que cela coûte ? » devient donc « que faudra-t-il y sacrifier ? » Comme les coûts (et les contraintes de ressources) sont par convention exprimés en termes monétaires, les gens pensent et ce n'est guère surprenant, que c'est l'argent qui constitue la ressource contraignante. Or, l'argent n'est qu'un instrument, et la contrainte la plus fondamentale est la pénurie de ressources matérielles et de qualifications ainsi que d'énergie (Williams, 1997, p. 209-215). Pour réguler l'accès à ces ressources réelles, on dote les gens de budgets, les ressources étant affectées de prix, et c'est ensuite à eux d'utiliser de leur mieux leur pouvoir d'achat afin d'avoir accès aux ressources dont ils ont besoin pour essayer de réaliser leurs objectifs aussi complètement que possible. C'est ce que fait un détenteur de budget performant – mais à quoi se reconnaîtrait celui qui ne l'est pas ? Réponse : au fait qu'il (ou elle) aurait rempli ses objectifs à un niveau bien inférieur à celui qu'il aurait pu atteindre en dépensant son budget plus judicieusement. Pour être plus précis, ce manque d'efficacité a pour coût un état de santé général pire que celui qui était inévitable ! Il s'est traduit par un sacrifice – la santé de quelqu'un – et c'est finalement sous cette forme que les coûts se manifestent. La recherche de l'efficacité par rapport au coût n'est chez les économistes que le souci de faire en sorte que le gain de santé tiré d'une action quelconque soit supérieur au sacrifice de santé qu'il faut consentir pour la mener à bien (Williams, 1997, p. 296-321).

À un niveau plus terre à terre, si une intervention particulière coûte cher en argent, cela signifie qu'elle va priver d'autres personnes d'une grande quantité de ressources. Dans la limite d'un budget fixe des services de santé, ces ressources auraient été employées à d'autres interventions, et il faut donc savoir si les avantages totaux générés par ces autres interventions sont supérieurs ou inférieurs à ce que l'intervention coûteuse permettrait d'obtenir. Il arrive que la comparaison puisse être faite directement, parce qu'un organe de décision tâche effectivement de déterminer celle des deux options à laquelle attribuer le pouvoir d'achat (ou les ressources réelles), mais bien souvent ce n'est pas si évident, parce que les compétences budgétaires sont

diffuses et qu'il n'y a pas d'information disponible sur l'efficacité de toutes les options, et une orientation stratégique centrale s'impose en ce qui concerne les rapports coût-efficacité respectifs de différentes interventions dans différentes circonstances.

Le rapport coût-efficacité

L'une des tâches essentielles des économistes comme des autres chercheurs qui étudient les services de santé est donc d'évaluer le rapport coût-efficacité de différentes interventions, mesuré par les coûts (monétaires) unitaires des gains d'espérance de vie corrigée en fonction du bien-être (QUALY), pour disposer d'une indication générale à défaut de données locales plus satisfaisantes à ce sujet. La pression grandissante en faveur d'un exercice de la médecine davantage étayé par des données de fait devrait être ici d'un grand secours, mais, malheureusement, beaucoup des recommandations issues des efforts dans ce sens ne tiennent pas systématiquement compte des coûts et se ramènent ainsi finalement à des indications générales sur les meilleurs moyens de rechercher l'excellence clinique (indépendamment des coûts), plutôt que la médecine efficace pour son coût qui s'impose si l'objectif primordial est d'améliorer la santé de l'ensemble de la population (Williams, 1997, p. 263-270). Ce qu'il faut, c'est que le coût marginal de chaque activité soit comparé à ses avantages marginaux et leur rapport égalisé sur la totalité des activités. Cela implique un redéploiement des ressources affectées à des interventions qui assurent des gains de QUALY pour un coût marginal unitaire élevé au profit d'autres qui les génèrent pour un faible coût marginal unitaire. Ce n'est qu'une fois épuisées toutes ces possibilités que l'on peut être sûr que la santé de la population est aussi bonne que possible avec les moyens disponibles. Ainsi, cet objectif simple (mais très important) donne une règle d'action très simple au niveau du principe.

Malheureusement, pour rendre cette règle simple opérante en pratique, il faut disposer d'une information assez difficile à réunir, aussi bien sur les coûts que sur les avantages. Il y a étonnamment peu d'information détaillée sur les gains de santé marginaux tirés d'une légère expansion (ou les pertes marginales dues à une légère contraction) d'une activité, et il en va de même sur le chapitre des coûts. Pour une bonne

part, l'information actuellement utilisée pour fixer les priorités en matière de soins de santé n'est généralement guère, en réalité, que de la conjecture, mais il n'en est pas moins important que la « conjecture » tente de répondre à la bonne question. La bonne question n'est *pas* de savoir combien de bien, *en moyenne*, fait l'activité considérée, ni combien, *en moyenne*, elle coûte. Le plus souvent, à mesure qu'une activité se développe, ses avantages marginaux diminuent parce que les choses les plus bénéfiques étant faites en premier, ils sont bien inférieurs aux avantages moyens. Du côté des coûts, les choses ne sont pas tout à fait aussi tranchées, car il y a ou non des économies d'échelle selon les cas – mais ici se profile un autre danger. La fourniture d'un service peut permettre de dégager des économies d'échelle s'il s'agit d'une activité à coûts fixes élevés (en règle générale parce qu'elle fait appel à un équipement immobile et indivisible onéreux), ce qui pousse à la concentrer dans un petit nombre d'implantations en compensant cela par une zone de desserte très étendue. Toutefois, les coûts externes doivent supporter les patients et leurs familles pour se rendre sur ces sites plus éloignés n'entrent généralement pas dans ces calculs et ils risquent de dissuader certains bénéficiaires potentiels d'utiliser l'installation considérée, si bien que tout gain du côté du coût des prestations risque d'être effacé par des pertes d'avantages et un alourdissement des coûts externes. Il est donc très important de formuler le problème en termes de comparaison à la marge et de veiller à ce que les variations de tous les coûts et avantages pertinents soient prises en considération, même si les données sur les variations à la marge ne représentent guère que « la meilleure estimation ».

Ce que l'on reproche couramment aux « Tables des coûts unitaires de QUALY » établies suivant cette démarche est de comparer des résultats habituellement obtenus par des méthodes qui ne sont pas rigoureusement comparables et, partant, de n'offrir qu'une base chancelante pour la fixation de priorités (Drummond *et al.*, 1993). On est ici dans un cas classique où il faut soumettre aux mêmes épreuves les données qui seront utilisées à défaut de telles tables et chercher à voir jusqu'à quel point elles sont normalisées et strictement comparables. Certes, si les décideurs possèdent pour leur part des données plus satisfaisantes, ils doivent à l'évidence s'en servir (et les divulguer, ainsi que les partager,

afin que chacun puisse en prendre connaissance et les exploiter), mais dans le cas contraire – dont je soupçonne qu'il est général – la chose sensée à faire est de tester la sensibilité des données pertinentes des « Tables » aux différences que l'on subodore entre leurs propres caractéristiques et celles de l'enquête initiale. Si le test est robuste, parfait, s'il ne l'est pas et que la décision soit importante, il ne reste plus, sensément, qu'à mener sa propre enquête en se concentrant sur la question cruciale. Le niveau de l'apport de ressources, ainsi que l'échelle temporelle de l'étude, doivent être à la mesure de l'importance de la décision en jeu. Ce qui n'est pas sensé, c'est de jeter les résultats des investigations faites par d'autres quand on n'a absolument rien à mettre à la place ou que ce qu'on a sous la main se révèle être d'une qualité plus mauvaise encore à l'issue des mêmes tests critiques.

Cela dit, il y a ici une question plus fondamentale à faire remonter à la surface, à savoir que des éléments additionnés sont implicitement supposés rigoureusement comparables (Williams, 1996). Le taux de survie au bout d'un an, par exemple, comme je l'observais plus haut, implique que le fait de survivre durant un an est également valable dans tous les cas du point de vue social (c'est-à-dire que les caractéristiques personnelles des survivants et des non-survivants ne sont pas pertinentes). Ce postulat implicite se défend bien au plan de l'éthique car il signifie que les décisions concernant les soins de santé doivent être absolument non discriminatoires, sauf en ce qui concerne les coûts et les avantages du traitement. La plupart des gens approuveraient cette non-discrimination pour une question de race ou de religion, mais s'il s'agissait de stade de la vie ? Ne pourrait-on soutenir que le décès de jeunes parents, laissant des enfants orphelins, devrait être considéré différemment de celui d'une personne très âgée qui n'a personne à charge ? L'idée qu'en règle générale le rôle d'une personne dans la société devrait influencer sur l'ordre des priorités est-elle défendable ? Dans l'affirmative, les avantages qu'une intervention présente pour la santé, mesurés par l'espérance de vie corrigée en fonction du bien-être, doivent se voir attribuer plus de poids pour certains bénéficiaires que pour d'autres. Cela implique des conséquences fort importantes pour l'information à recueillir dans les essais cliniques, qui devrait alors englober toutes les caractéristiques personnelles des bénéficiaires éventuellement perti-

nentes pour établir les priorités en matière de soins de santé.

C'est peut-être ainsi qu'il faudrait procéder dans le cas, par exemple, où l'objectif des décideurs serait de faire passer la population économiquement productive avant les inactifs. La notion d'« économiquement productif » demanderait à être élargie pour tenir compte de la « production des ménages » qui ne parvient jamais jusqu'à un marché et pourrait alors comprendre l'éducation des enfants et les soins dispensés par la famille aux malades, ainsi que la nourriture, l'habillement et le logement fournis dans le cadre familial. Ces activités ont toutes de la valeur pour la société, et dans une société très pauvre elles sont d'une importance absolument cruciale pour la survie. Ainsi, certaines caractéristiques personnelles pourraient être retenues en faveur ou à l'encontre des intéressés dans les calculs de maximisation de la santé de toute la collectivité, les très productifs se voyant attribuer un poids supérieur, et les non-productifs, un poids inférieur à l'unité, le tout dans le souci de l'efficacité. Les pondérations en fonction de l'âge présentées dans le rapport de la Banque mondiale de 1993 (p. 28) illustrent cette démarche et peuvent aussi être considérées comme un cas dans lequel des considérations plus générales de bien-être, qui vont plus loin que la santé, jouent aussi un rôle dans l'établissement des priorités – mais nous ne pousserons pas plus loin ici le raisonnement dans ce sens.

Réduire les inégalités en matière de santé

La réduction de ces inégalités, comme objectif complémentaire de la maximisation de la santé, pourrait aussi être intégrée à cette méthode d'établissement des priorités à l'aide de coefficients de pondération appropriés, mais malgré la similitude des mécanismes, ce serait dans une logique totalement différente. Il s'agirait à présent de voir quels titres à un traitement préférentiel on pourrait faire valoir en faveur d'un sous-groupe, non plus à cause de sa contribution à la prospérité de la société, mais pour des raisons morales – en affirmant par exemple que les gens présentant certaines caractéristiques sont plus méritants que les autres : ainsi, dans bien des communautés, le sentiment général est que les gens qui ont toujours souffert d'une mauvaise santé méritent des égards particuliers en sus de

ce qui pourrait être fait pour eux au nom de la seule efficience. À vrai dire, cela risque de se réduire à si peu de chose, et de coûter si cher, qu'ils se verraient assigner un rang de priorité très bas dans les calculs de maximisation de la santé de la communauté dans son ensemble, sauf surpondération de leurs gains de santé éventuels.

Mais lorsqu'on passe à la mesure de ces inégalités en matière de santé entre différents sous-groupes de la population, sur quoi la concentrer ? L'état de santé actuel est inadéquat, parce qu'il est transitoire. Les antécédents sont sans doute plus satisfaisants, mais ceux des jeunes et ceux des personnes âgées recouvrent un ensemble fort différent de circonstances, et comment les comparer ? Le concept qui apparaît comme le plus approprié est la santé d'une personne sur toute la durée de sa vie, dont une partie sera faite de ses antécédents et en principe connaissable, et l'autre appartiendra encore à l'avenir et devra être estimée (exactement comme l'espérance de vie doit être estimée). C'est donc *la réduction des inégalités de santé sur la vie entière des gens*, mesurée par le nombre total des années de vie corrigées en fonction du bien-être, qu'ils sont censés avoir connues à l'heure de leur mort, qui devient l'objectif d'action complémentaire (Williams, 1997, p. 322-349). Cette optique de « la vie entière » paraît bien accordée à l'idée très répandue dans la plupart des sociétés que les gens qui vivent jusqu'à un âge très avancé n'ont guère lieu de se plaindre de leur sort, tandis que la mort d'une personne jeune est considérée comme une injustice du sort à son endroit. Sans doute est-ce toujours une infortune que de mourir lorsqu'on veut continuer à vivre, mais c'est en outre une tragédie lorsqu'il s'agit de quelqu'un de jeune. Le mythe populaire sur ce point ne retient généralement que l'âge au décès, mais dans le contexte qui nous intéresse, il serait plus indiqué de s'attacher à la qualité de la vie sous l'angle de la santé, car une vie surtout faite de douleur et d'invalidité ne saurait être jugée égale sur ce plan à une autre vie, de même durée mais exempte de ces maux. Malheureusement, ce désir de réduire les inégalités de santé sur la vie entière implique la nécessité d'une discrimination à l'encontre des personnes âgées ! En effet, plus longtemps on vit, plus on a de chances de parvenir sur sa vie entière au niveau de santé, quel qu'il soit, que la collectivité considère comme un lot équitable. Il y aura même des gens très âgés qui l'auront déjà

dépassé. C'est pourquoi, si l'on veut donner aux jeunes qui sont vulnérables de bonnes chances de parvenir à cette « juste part » des bienfaits de la vie, il faut accorder plus de poids à leurs gains de santé qu'à ceux des gens qui ont déjà atteint ce point. Cette implication des politiques de réduction des inégalités de santé n'est guère comprise et elle crée un dilemme moral de plus.

Cela étant, ces inégalités confèrent-elles toutes un titre moral également solide à notre solidarité ? Selon un argument souvent invoqué, les inégalités de santé entraînées par les risques que les intéressés ont sciemment et délibérément pris en jouant avec leur santé confèrent un droit moral plus faible sur les ressources des autres que celles qui tiennent à des facteurs échappant à toute emprise individuelle (Legrand, 1991). Les exemples couramment cités sont le tabagisme pour les premières et les circonstances de la naissance pour les secondes. Ce qu'implique cette sorte de distinction est que si la société a sans doute le devoir de réduire les inégalités de santé correspondant à des différences de milieu familial, riche ou pauvre, de naissance, d'origine ethnique ou de patrimoine génétique, elle n'a pas spécialement celui d'exiger des non-fumeurs des sacrifices pour venir en aide aux fumeurs (au-delà de ce qui serait fait pour des raisons d'efficience en vue d'atteindre le premier objectif).

Les objections d'ordre éthique

Le projet esquissé ci-dessus, où dominent les idées que les gens ordinaires se font de la santé, où ce sont leurs valeurs qui sont utilisées et où il est tenu compte dans l'établissement des priorités des manques à gagner aussi bien que des gains réalisés, et qui en outre vise à la fois à maximiser la santé de la population tout entière et à réduire les inégalités en son sein en ce qui concerne la santé envisagée sur la vie entière des gens – ce projet me paraît si séduisant que je suis toujours légèrement surpris lorsqu'on trouve à y redire, mais cela arrive, et il est temps à présent d'envisager certaines des objections qu'il suscite.

Deux objections à l'établissement de priorités

J'écarterai d'emblée l'argument de ceux qui jugent l'établissement de priorités inutile au motif qu'en réduisant le gaspillage, ou en injectant davantage de ressources dans le système de

santé, on pourrait réaliser tout ce que n'importe qui pourrait raisonnablement escompter, car il néglige deux éléments importants. D'une part, en effet, la plupart des gens n'ont pas d'objectifs finis limités quand il s'agit de leur santé. D'autre part, l'établissement de priorités s'impose pour déterminer l'emploi de toutes ressources supplémentaires qui deviendraient disponibles. Par conséquent, jusqu'au moment (s'il vient jamais) où les gens seront saturés de soins de santé, il faudra bien définir certaines priorités. Et l'on n'échappera pas davantage à cette nécessité par de grandes envolées rhétoriques ou théologiques sur le caractère sacré ou l'infinie valeur de la vie. Les gens jouent avec leur vie chaque jour, et si le prolongement de la vie humaine avait vraiment à nos yeux une valeur infinie, il ne resterait plus de ressources pour quoi que ce soit d'autre. Les choses étant ce qu'elles sont, il y a des choix difficiles à faire, et il faut pour cela assigner une limite finie à ce que nous pouvons nous permettre de dépenser pour prolonger la vie, comme d'ailleurs pour atteindre tout autre objectif de politique sociale qui vaille d'être poursuivi.

La seconde objection est destinée à isoler les médecins pour qu'ils ne se retrouvent pas mêlés à l'établissement de priorités au nom de la population en général. L'argument est que la relation médecin-patient, qui est au centre de la pratique clinique, ne peut exister que si chaque patient pense que le médecin n'agira qu'au mieux des intérêts de son patient. Dès que le médecin est soupçonné de tenir compte d'autres considérations, cette confiance s'évapore, et la pratique éthique de la médecine s'en trouve compromise (Williams, 1997, p. 273-281). J'ai tendance à considérer cette noble position comme une composante importante de la mythologie médicale, dont médecins et patients chantent également les louanges, mais qui n'a jamais correspondu à la réalité de leurs relations. Les médecins n'ont toujours eu que des ressources limitées à leur disposition et ont toujours dû décider de la meilleure manière de les employer. Que l'on songe seulement à leur propre temps. Comment le répartir au mieux sur la journée ? On peut se figurer les sollicitations concurrentes qui les pressent de toutes parts : contact en face-à-face avec les patients, organisation du cabinet, échange d'information avec les confrères, amélioration de leurs compétences et connaissances personnelles, travaux de recherche destinés à faciliter l'exercice de la médecine en général et formation d'autres méde-

cins, sans compter leurs devoirs personnels envers leur famille et leurs amis et leurs obligations civiques. Ces activités sont toutes parfaitement légitimes et moralement souhaitables et elles l'amènent toutes à porter un jugement de valeur pour décider quand cesser d'en faire davantage pour tel patient afin de libérer du temps qui pourra être employé au profit d'autres patients, dès à présent ou dans l'avenir. C'est un problème classique d'établissement de priorités, que l'on « résout » probablement par l'intuition en considérant, à la marge, quel bien supplémentaire on pourrait faire en consacrant un peu moins de temps à ceci et un peu plus à cela. Cette activité séculaire incontournable paraît être très confortablement installée à côté du mythe qui assigne au médecin le devoir de faire tout ce qui est en son pouvoir pour chaque patient sans se soucier des sacrifices ainsi imposés aux autres (lui-même y compris). Ce qui aujourd'hui se heurte à une résistance, c'est peut-être l'idée que ces mêmes principes devraient être appliqués à d'autres ressources que le temps du médecin (aux lits d'hôpitaux ou à un budget de médicaments, par exemple). S'il en est ainsi, c'est pour le moins perfide, car l'équilibrage des gains et des pertes entraînés par le redéploiement des ressources confiées à une personne ne peut subitement devenir une activité contraire à l'éthique et compromettante uniquement parce qu'elle dépasse ses propres ressources personnelles en temps et en énergie. Il me paraît toutefois plus vraisemblable que cette résistance découle en réalité de la crainte que plus l'éventail des responsabilités s'élargira, plus il sera difficile de dissimuler la vérité, à savoir que cette activité s'exerce depuis toujours, envers et contre tous les beaux discours qui font partie du mythe. La solution durable réside dans l'honnêteté, et comme c'est aussi un principe d'éthique médicale que de dire la vérité, peut-être faut-il à présent, sur ce point particulier, lui attribuer un peu plus de poids que par le passé. Il ne saurait être conforme à l'éthique de bâtir une relation de confiance sur un mensonge.

Il n'en demeure pas moins que les médecins ont effectivement à résoudre des conflits d'intérêts entre les diverses parties envers lesquelles ils ont des devoirs. Envers leurs propres patients, individuellement et collectivement. Envers leur profession, celui de ne pas la discréditer. Envers l'organisation au sein de laquelle ils travaillent, celui de remplir le rôle qui leur est assigné et de

collaborer avec leurs collègues d'autres disciplines avec qui ils partagent cette charge. Envers la communauté au service de laquelle ils exercent. Certains, qui font de la recherche, ont aussi un devoir envers la science médicale. Enfin, ils ont le devoir envers leurs proches de remplir leur rôle familial. Comme aucun de ces devoirs ne l'emporte sur tous les autres, ils sont bien obligés de peser et mettre en balance les divers coûts et avantages – tâche difficile, qui implique assurément des compromis (ou, dans le jargon des économistes, des « arbitrages »), mais n'a rien d'intrinsèquement contraire à l'éthique. Bien entendu, son accomplissement peut l'être (quand, par exemple, un médecin abuse de son rôle central dans tout cela et trompe tout le monde en vue de se remplir les poches), mais c'est une tout autre affaire. À mes yeux, par conséquent, cette seconde objection ne tient pas non plus.

La justice distributive

La confusion entre le rôle de la déontologie médicale et celui de l'éthique de la justice distributive est à la source d'un troisième ensemble de problèmes. La première a pour rôle de protéger les patients faibles, vulnérables et ignorants contre le risque d'être exploités par des médecins en position de force, détenteurs d'autorité et de savoir. C'est pourquoi les codes de déontologie médicale insistent surtout sur des obligations telles que respecter l'autonomie du patient, dire la vérité, préserver la vie, alléger les souffrances, ne pas délibérément faire de mal et autre du même ordre. Ils portent sur ce que doit être la conduite de la relation médecin-patient au niveau individuel. Pour sa part, l'éthique de la justice distributive vise l'obligation de traiter les individus d'une manière qui soit juste ou équitable. C'est manifestement là une question qui relève de l'évaluation comparative sur des populations entières. Ces codes offrent des indications sur les facteurs dont l'éthique commande et ceux dont ce serait une faute de tenir compte pour décider qui doit se voir accorder la priorité sur qui. Le problème vient de ce que les principes de la justice distributive sont « contestables par essence », en ce sens qu'il n'en est pas un qui soit à l'abri de toute mise en question ou unanimement reconnu applicable dans telle ou telle situation. Il est donc très important, dans toute

situation, quelle en était la justification et quel en a été l'effet. Il est fort possible qu'il faille pour cela recueillir des données de fait pour vérifier si les objectifs affichés de ces choix ont effectivement été réalisés en pratique, et dans la négative, pourquoi. Cela devrait permettre de contrôler à la fois l'adéquation des principes et l'acceptabilité des résultats, dans le cadre d'un débat public.

En indiquant plus haut comment j'envisageais l'établissement de priorités, j'observais que la réduction des inégalités de santé était communément un objectif déclaré des systèmes de santé. Or, cette éthique égalitaire n'est pas le seul des canons de la justice distributive (Williams et Cookson, 1999). Elle est en concurrence pour la priorité avec le « mérite » (qui nous prescrit de faire une distinction entre les plus et les moins méritants), avec les « droits » (qu'il faut faire remonter jusqu'à un engagement antérieur expressément ou implicitement pris par la société envers ses membres) et les « besoins » (parmi lesquels il faut soigneusement faire le départ entre « besoins de santé » et « besoins de soins de santé » comme considération prépondérante). Aussi y a-t-il sur ce territoire contesté bien des positions différentes susceptibles d'être défendues, dont chacune repose sur l'un de ces principes éthiques de la justice distributive, voire plusieurs. Les gens ont malheureusement tendance, lorsqu'ils ne sont pas d'accord avec la position d'un tiers, à la proclamer « contraire à l'éthique » quand ce qu'ils veulent dire est qu'elle repose sur un principe éthique auquel ils n'adhèrent pas. En réalité, la position du tiers est parfaitement conforme à l'éthique telle qu'il l'entend. Ceux, par exemple, qui ne font pas de l'objectif d'une réduction des inégalités concernant la santé envisagée sur la vie entière des gens leur principe préféré de justice distributive le qualifieront sans doute de « contraire à l'éthique », parce qu'il heurte tel autre principe à leurs yeux plus important (ne tenir aucun compte de l'âge ou du comportement passé d'une personne lorsqu'on établit les priorités en matière de services de santé). Ces principes rivaux étant « contestables par essence », il n'existe aucun moyen logique de résoudre de tels conflits, et l'on ne peut que tenter, en plaidant par des arguments raisonnés et en discutant des conséquences probables de l'adoption de tel(s) ou tel(s) principe(s) particulier(s), de toucher et convaincre la communauté susceptible d'en subir les conséquences.

La quantification

Un autre conflit de cultures se manifeste ici fréquemment. Le mode de raisonnement typique auquel les philosophes, et spécialement les moralistes, ont recours pour emporter la conviction consiste à construire des cas complexes où il faut choisir entre deux personnes et à voir laquelle serait prioritaire en vertu d'un principe et laquelle le serait en vertu de l'autre. Ces exemples, en général, deviennent de plus en plus bizarres et abscons à mesure que les principes se font d'une complexité toujours grandissante, et ils finissent sur la conclusion que, puisque aucun principe n'est « maître » (c'est-à-dire n'a la priorité absolue) sur tous les autres, il faut trouver un compromis. Là s'arrête le raisonnement, et il ne reste plus qu'une minorité d'absolutistes prêts à poursuivre la partie. Or, c'est de « compromis » (c'est-à-dire d'« arbitrages ») que les économistes font leur ordinaire, puisque la question centrale avec laquelle leur discipline se débat est la valeur d'une bonne chose par rapport à celle d'une autre bonne chose. La structure des prix relatifs est la manifestation la plus spectaculaire de cette préoccupation primordiale, puisque les prix relatifs expriment le taux de substituabilité d'un bien par rapport à un autre, c'est-à-dire la mesure dans laquelle l'un peut être sacrifié à l'autre dans tout panier d'achats. Il ne faut pas un grand effort d'imagination pour voir que c'est bien ce problème qui se pose ici à propos des « biens » différents que représente le principe rival de la justice distributive. Ce qu'il nous faut, c'est une certaine idée de leur valeur relative à la marge pour les gens qui les « consommeront », c'est-à-dire sur qui leur application au système de santé fera sentir ses effets. La réaction naturelle de l'économiste au dilemme où le « compromis » plonge les philosophes est de se mettre à la recherche de données factuelles qui lui permettent de mesurer la force des préférences des gens pour les différents candidats.

C'est alors que surgit à son tour un autre conflit de cultures, au sujet du rôle qui revient à la quantification. Il conduit certains à affirmer, par exemple, qu'il est contraire à l'éthique de ramener les gens à de simples chiffres à manipuler comme des statistiques impersonnelles et de vouloir réduire des sentiments humains délicats et des valeurs sociales complexes à des équations mécanistes. À un niveau, on se trouve ici revenu

à la vision du monde axée sur l'individu, par opposition à la population, qui se manifeste dans ce contexte par la facilité avec laquelle les gens ressentent le malheur d'une victime d'accident de la route dont ils peuvent lire les nom et adresse et voir la photographie dans le journal local, alors qu'ils en sont incapables à la lecture, dans le même journal, des statistiques d'accidents de la route de l'année écoulée pour la même communauté, lesquelles représentent des centaines des mêmes victimes (mais sans photographies ni noms et adresses) : la « compassion statistique » est, semble-t-il, chez nous un sens fâcheusement atrophié. Mais à un autre niveau, on dirait qu'il y a une certaine répugnance à aller au bout de la logique d'un principe (ce que font les formules) et à en confronter les conclusions avec les faits (ce que sont les statistiques). L'ennui est que, sans cela, il est impossible d'élucider vraiment ce que veut dire quelqu'un qui déclare : « Je pense que nous devrions donner un peu plus de poids au principe X qu'au principe Y. » Si, en outre, cette personne est comptable de leurs décisions collectives, on a besoin de savoir quel poids ils auront donné à X et à Y et dans quels cas ces choix auront ou n'auront pas été décisifs. Pour cela, il faut formaliser le processus de décision qu'ils ont suivi et ce dont ils ont tenu compte à chaque étape essentielle. On en vient vite ainsi à un modèle de décision et à un ensemble d'équations qui « expliquent » leur comportement. Par une analyse attentive, on peut alors voir s'ils ont effectivement suivi les lignes d'action qu'ils sont censés appliquer ; s'ils ont tenu compte des faits voulus, et de quoi d'autre ils ont tenu compte ; si les résultats étaient ceux qui étaient recherchés, et dans la négative, ce qui a mal tourné. Je ne vois pas ce qu'il y a là d'immoral, d'inhumain ou d'insensible, encore que cela puisse assurément être impersonnel, au sens où un compte rendu d'essai clinique l'est parce que les noms et adresses des sujets n'y sont pas divulgués. Il me semble que la quantification s'impose pour clarifier les choses, pour analyser les résultats, pour rendre des comptes et pour procéder à l'évaluation et au réexamen de l'action décidée – autant d'activités dont aucune ne peut être correctement menée sur le mode de l'anecdote journalistique ou de l'empirisme fortuit. La quantification n'est pas nécessairement toujours du goût de tout le monde, et surtout pas de ceux qui craignent de voir un examen aussi serré saper leur autorité jusque-là incontestée,

mais cela ne la rend pas pour autant contraire à l'éthique.

Le rôle du public

On pourrait soutenir qu'il appartient simplement à la population d'élire des représentants qui administreront ensuite le système de santé à leur gré, mais il est très évident que, pour assurer concrètement sa participation à l'élaboration de la politique des services de santé, il faut un mécanisme plus fin, parce que les systèmes de santé sont très décentralisés et que bien des décisions importantes se prennent à un niveau qui est hors de la portée des représentants élus (celui, par exemple, où les professionnels jugent quels sont les traitements les plus efficaces par rapport à leur coût pour quels groupes de gens). Entre autres tentatives pour renforcer sa participation, des « jurys de citoyens » ont été mis en place pour aider les professionnels de santé à jauger plus directement l'opinion publique sur diverses questions controversées, et des « tableaux » de patients ainsi que des groupes d'utilisateurs créés plus durablement pour permettre un rétrocontrôle plus continu de la qualité des soins fournis. Il reste que la « satisfaction des patients » est un indicateur très fragile de la qualité des services, car les patients ne peuvent guère se figurer dans quelle mesure ceux-ci pourraient être améliorés s'ils étaient administrés avec efficacité, et il est évident que leur degré de satisfaction dépend au plus haut point du niveau préalable de leurs attentes. On peut augmenter la satisfaction en abaissant les attentes aussi bien qu'en améliorant les résultats. Ce sont les administrateurs, les médecins et les autres professionnels de santé qui assurent dans le courant des jours la marche des systèmes de santé, et les vues du public ne peuvent avoir d'effet durable que si elles sont systématiquement mises en œuvre à ce niveau quotidien. Le mieux pour cela est de les ancrer solidement dans les systèmes d'information habituellement utilisés par les professionnels, afin qu'elles soient « internalisées » (et passent désormais inaperçues comme telles tant elles seront intimement incorporées à « l'avis des professionnels »). C'est cette appréciation de la situation qui étayait le mode d'établissement des priorités esquissé plus haut et que je vais à présent reprendre de ce point de vue.

L'enquête comme moyen d'éclairer la politique des services de santé a connu des hauts et

des bas à travers sa longue histoire, et force est de reconnaître que l'information ainsi obtenue dépend beaucoup de la manière dont les questions sont formulées. Il n'empêche qu'elle permet de recueillir une information qui ne serait facile à obtenir par aucun autre moyen. Cette information peut être appliquée à des questions fondamentales comme la valeur que les gens attribuent à la douleur par opposition à l'immobilité, le point de savoir si à leur sens le système devrait privilégier ceux qui ont pris soin eux-mêmes de leur santé ou leurs dispositions plus ou moins négatives à l'égard des diverses inégalités observées au sein de la société sur le plan de la santé. C'est là, à mes yeux, le type d'information qu'il est nécessaire d'injecter dans le système, au lieu de demander au public de décider quels services il faudrait ou non fournir, car ce genre de décision exige beaucoup d'informations assez variées sur les coûts et avantages et les questions d'organisation, d'énormes capacités d'analyse et un grand détachement à l'égard des intérêts catégoriels. Cela dit, il est possible que, dans le contexte du sous-développement et à un niveau très local (celui du district, par exemple), où les services offerts sont nécessairement limités et les options réalisables simples, la population puisse être directement consultée à l'initiative des professionnels de santé (voir l'article de H. Van Balen et M. Dormael dans ce numéro). C'est une question d'équilibre à trouver entre l'expertise des professionnels de santé, qui sera probablement le facteur prépondérant dans les cas où les questions sont complexes et les choix difficilement compréhensibles pour le profane, et la nécessité de s'assurer son appui en faveur de la politique envisagée, lequel a toutes chances de faciliter sa mise en œuvre et la coopération locale. Ce en quoi les profanes sont experts, c'est la valeur subjective que représentent pour eux différents états de santé. Ce sur quoi il faut aussi les consulter, ce sont les principes d'équité qu'ils souhaitent voir appliquer dans le système de santé et le poids relatif qu'ils souhaitent voir attribuer aux différents principes qui s'offrent.

La première de ces tâches est celle à laquelle s'attaquent explicitement les mesures de l'espérance de vie corrigée en fonction du bien-être, mentionnées plus haut, qui sont « fondées sur les préférences ». C'est là ce qui les différencie des mesures de la qualité de la vie liée à la santé, dont les échelles sont arbitraires ou reposent sur des critères comme la « portée clinique » qui ne

coïncident pas nécessairement avec le caractère plus ou moins bon ou mauvais de ces états aux yeux du profane. Certaines mesures fondées sur les préférences retiennent les « experts » comme source des évaluations, ce qui est également suspect, parce que ceux-ci ne constituent pas un échantillon représentatif de la population en général et que leurs valeurs sont probablement différentes des siennes. Il faut aussi relever que même les valeurs des patients sont suspectes, parce qu'ils ont des intérêts et un vécu particuliers et risquent d'être dans un tel état de stress émotionnel qu'ils ne puissent pas non plus être considérés comme de bons indicateurs de « ce que pense le public ». Partant, si l'on veut que les priorités du système de santé correspondent aux vues de tous ceux qui en ressentiront l'effet (y compris les éventuels futurs patients), il n'y a d'autres choix que de retenir des mesures du gain de santé reposant sur les valeurs de la population en général.

Les deux autres tâches (recueillir les vues du public au sujet de l'équité et les concilier avec l'efficacité) sont encore plus difficiles, mais tout aussi importantes. Entre autres problèmes, il règne un certain flou quant aux concepts d'équité pertinents, et les profanes ont du mal à suivre bon nombre des subtilités des raisonnements philosophiques sur la justice distributive. L'une des rares propositions qui semble faire à peu près partout l'unanimité est que les jeunes (mais non les très jeunes) devraient passer dans une certaine mesure avant les personnes âgées, à la différence de l'idée, moins généralement défendue, semble-t-il, que ceux qui ont pris soin de leur propre santé devraient être privilégiés par rapport à ceux qui n'en ont rien fait (grands fumeurs, grands buveurs, toxicomanes, par exemple). Sur ces questions importantes, il faut être beaucoup plus clair que nous ne le sommes au sujet du poids de l'opinion publique. De même que des enquêtes ont été faites pour déterminer jusqu'où un individu serait disposé à pousser le sacrifice pour améliorer sa santé, de même nous avons besoin de travaux analogues pour voir à quel point les gens se sentent solidaires de leurs concitoyens moins favorisés par le sort. Cela risque fort de dépendre de la part de responsabilité que ces derniers ont ou non dans leur situation actuelle, ce qui veut dire que le sens de la solidarité est fonction du contexte.

Conclusion

Le but de la médecine, à la fois comme art et comme science, est de ramener au minimum l'impact sur le bien-être humain des divers types de mauvaise santé dont souffre l'humanité. Le but de l'économie, à la fois comme art et comme science, est de ramener au minimum l'impact sur le bien-être humain des divers types de rareté dont souffre l'humanité. Nous n'éliminerons jamais ni la mauvaise santé, ni la rareté, et comme il faut des ressources rares pour ramener au minimum l'impact de la mauvaise santé, nous n'éliminerons jamais non plus la nécessité de fixer des priorités. La seule question est de savoir qui le fera et comment.

Mon propos dans cet article était de démontrer que nous pouvons et devrions employer les méthodes et les concepts de l'économie pour accomplir cette tâche et que cela ne nous oblige pas à renoncer à la recherche de l'équité ni à capituler devant des régimes financiers qui n'ont d'autre visée que la rentabilité. L'économie s'interroge sur le meilleur usage à faire des ressources réelles à des fins sociales, la finance, sur le meilleur usage à faire de l'argent à des fins privées. Les deux univers sont en principe très éloignés l'un de l'autre, mais ils en viennent à se confondre dans l'esprit des observateurs parce que les mécanismes de régulation que les économistes ont besoin de manipuler au service de ces finalités sociales sont souvent des mécanismes financiers (systèmes budgétaires, impôts, subventions, marchés internes, maîtrise des coûts, incitations financières, et ainsi de suite). Il n'en reste pas moins que ce sont les ressources réelles sous-jacentes (matériel, travail, matières, temps des patients, notamment) qui les intéressent, et non l'argent en soi.

En outre, il deviendra probablement plus facile de répondre devant les bénéficiaires de la poursuite des deux objectifs d'équité et d'efficacité dans les services de santé si les questions à trancher sont définies plus explicitement et les principes exposés au grand jour. Les concepts économiques peuvent être ici d'un grand secours, de même que de meilleures techniques de mesure. Le débat politique se nourrit d'ambiguïté. L'analyse économique exige la clarté, sur le plan des concepts comme des mesures. La science économique s'est développée dans un environnement consumériste qui amène naturellement les économistes à s'enquérir des vues et des va-

leurs de la « clientèle ». Comme, en l'occurrence, cette « clientèle » est la population en général, il faut trouver un moyen ou un autre de mettre au jour non pas ses vagues opinions, mais la vigueur effective de ses préférences quand il faut choisir entre des résultats différents. Il en va de même, pour la santé et ses nombreux attributs, dont chacun demande à être « pesé » séparément. D'où il s'ensuit qu'il y a de solides raisons de chercher à déterminer les valeurs profondément ancrées sur lesquelles s'appuient les appréciations que les gens portent sur l'intérêt des interventions en matière de soins de santé, en se demandant dans quelle mesure celles-ci les feront passer d'états de santé qui, à leurs yeux, ont peu de prix à ceux qui en ont beaucoup.

Inévitablement, en tentant de faire passer les systèmes de santé à un mode de fonctionnement faisant plus de place à la capacité de réagir et à l'obligation de rendre des comptes, qui repose de plus en plus sur les données de fait au lieu des opinions d'experts, on rendra la vie difficile à ceux qui ont jusqu'ici fixé les priorités sans être contestés dans ce rôle. Peut-être défendront-ils

leur autorité en relevant les imperfections (sans nul doute nombreuses) que présentera l'information nouvellement recueillie, mais il faut qu'ils expliquent en quoi l'information qu'ils possèdent est de meilleure qualité et plus pertinente. L'établissement de priorités exige des données factuelles sur l'impact technique d'une intervention, mais aussi sur la valeur que les intéressés attachent à tout impact éventuel de cette nature. Il exige des objectifs clairs et des critères chiffrés de succès ou d'échec qui permettent de juger si la situation s'est améliorée ou a empiré. La plupart des systèmes font appel à des critères qui impliquent qu'en faire plus est nécessairement mieux et que coûter plus cher est nécessairement pire, et que c'est là tout ce que l'on peut dire. La comparaison méthodique des coûts et des gains de santé brille généralement par son absence. Pour être convaincus que les ressources consacrées aux services de santé sont employées avec efficacité et équité, nous devons faire mieux. La route sera longue. Plus tôt nous la prendrons, mieux ce sera.

Traduit de l'anglais

Références

- BANQUE MONDIALE. 1993. *Rapport sur le développement dans le monde 1993*. Washington, BIRD.
- BONE, M.R. ; BEBBINGTON, A.C. ; JAGGER, C. ; MORGAN, K. ; NICOLAAS, G. 1995. *Health Expectancy and Its Uses*. Londres, HMSO.
- DRUMMOND, M. ; TORRANCE, G. ; MASON, J. 1993. « Cost-Effectiveness league tables : more harm than good ? ». *Social Science and Medicine*. 37, p. 33-40.
- GOLD, M.R. ; SIEGEL, J.E. ; RUSSELL, L.B. ; WEINSTEIN, M.C. 1996. *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York, Oxford University Press
- LEGRAND, J. 1991. *Equity and Choice*. Londres, Harper Collins.
- NEW, B. 1997. *Rationing : Talk and Action in Health Care*. Londres, BMJ Publishing Group.
- WILLIAMS, A. 1985. « The nature, meaning and measurement of health and illness : an economic viewpoint ». *Social Science and Medicine*. 20, p. 1023-1027.
- . 1996. « Interpersonal comparisons of welfare ». Centre for Health Economics Discussion Paper Number 151, University of York.
- . 1997. *Being Reasonable about the Economics of Health*. Cheltenham, Edward Elgar.
- . ; COOKSON, R. 1999 (forthcoming). « Equity in health ». Dans : Culyer, A.J. et Newhouse, J. (dir. publ.). *Handbook of Health Economics*. New York, North Holland.

La Banque mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé ?

Joseph Brunet-Jailly*

Que voilà donc une question naïve ! Pour certains, c'est très clair, la Banque mondiale et le FMI, qui régissent les pays pauvres, ont des stratégies dans tous les domaines. De fait, « débutant modestement dans ce secteur il y a 25 ans, la Banque mondiale est devenue le prêteur le plus important au monde dans le domaine de la santé, de la nutrition et de la population. Aujourd'hui la Banque joue aussi un rôle déterminant comme conseil en matière de politique nationale de santé, se faisant souvent l'avocat de réformes pour promouvoir l'efficacité, l'efficacité pour un coût donné, et l'attention aux problèmes de santé émergents, y compris l'épidémie de sida » (Banque mondiale, 1997a, p. 53). Pour d'autres, attention ! Ce sont les États souverains qui négocient avec un bailleur, et même simplement avec un bailleur parmi d'autres. On assiste effectivement, de temps à autres, à des fâcheries publiques, sans savoir d'ailleurs jamais qui en prend l'initiative ni qui en tire profit. Il est bien sûr que les dossiers techniques patiemment élaborés par d'obscurs tâcherons se négocient ensuite entre grands politiciens, et on doit en tenir compte si l'on veut caractériser la stratégie de l'un des acteurs. Quant à ceux qui voudront montrer qu'ils sont bien au fait de ces questions, ils feront remarquer en outre que la Banque est une organisation diversifiée, dans laquelle on observe non seulement une grande différence entre les positions du secteur de la recherche et celles du secteur des

Joseph Brunet-Jailly a été professeur de sciences économiques, et spécialement d'économie de la santé, à l'Université d'Aix-Marseille (France) pendant près de vingt ans, avant de devenir directeur de recherches à l'ORSTOM (devenu récemment IRD), un organisme français de recherche scientifique sur le développement. Il travaille donc depuis une douzaine d'années en Afrique de l'Ouest, et publie notamment sur la stratégie sanitaire des États de cette région, ainsi que sur leurs politiques de lutte contre le sida. Email : jbj@bassam.orstom.ci

opérations, mais encore une grande hétérogénéité dans chacun de ces deux secteurs. Faut-il donc penser que la question est absurde ?

Pas forcément, si l'on observe que l'intervention de la Banque mondiale dans ce secteur a fait l'objet, en son sein même, de longs débats. C'est son président McNamara qui a décidé, au début des années soixante-dix, qu'elle devait s'intéresser à la santé, mais il s'est heurté à une résistance très forte : il a fallu cinq ans pour que la Banque s'aperçoive qu'elle était déjà impliquée dans la santé par ses interventions en matière de population, d'une part, et par les problèmes de santé qu'elle créait – ou était accusée de créer – par les barrages qu'elle avait financés pour développer la culture irriguée. Néanmoins, jusqu'en 1987, le secteur Population, Health and Nutrition (PHN) avait son propre budget, ses propres interventions, et le secteur de la santé était donc séparé de la division des opérations ; de ce fait, les questions de santé n'étaient pas abordées lors des discussions générales avec les pays. C'est en 1987 que PHN a été supprimé et ses activités intégrées dans les divisions « Ressources humaines » de chaque région. Depuis lors, les activités se sont développées d'une manière exponentielle.

En 1980, la Banque mondiale finance son premier projet dans le domaine de la santé, en Indonésie. De 1981 à 1987, elle a financé 26 projets dans ce même domaine. Depuis la décision prise en 1989 par son Président de dou-

bler les prêts dans le secteur « santé, population et nutrition », la Banque a adopté 90 projets dans le domaine de la santé, c'est-à-dire plus de dix par an en moyenne. Ces projets sont bien plus complexes et plus coûteux que ceux de la période précédente. Depuis l'origine de ces prêts, l'Afrique a bénéficié de 48 projets dans ce secteur sur un total général de 124 (Banque mondiale, 1997a, p. 34-37). Est-il possible d'intervenir de façon aussi massive sans avoir une petite idée de ce qu'il convient de faire ? Serait-il raisonnable de financer tout projet présenté par les emprunteurs ? Evidemment non. Il faut donc bien que la Banque mondiale ait une stratégie, plus ou moins explicite, plus ou moins précise, dans ce secteur. Voyons d'abord ce qu'elle en dit elle-même.

Qu'en dit-elle elle-même ?

La Banque mondiale communique beaucoup, et par de multiples canaux, des documents officiellement approuvés par ses instances officielles aux documents largement publiés sans être revêtus d'aucun « imprimatur », sans compter les documents de travail réservés à l'usage des professionnels, et les innombrables interventions orales publiques et privées des membres de ses missions d'identification, d'évaluation, de négociation, etc., des projets. Seules les deux premières catégories de ces documents sont accessibles au profane, mais elles sont déjà fort instructives.

Officiellement : les documents de politique sectorielle

Alors que la Banque mondiale a lancé des programmes de population dès la fin des années soixante, il a fallu attendre 1975 pour qu'elle prenne une position sur d'éventuels programmes de santé, et ce fut pour refuser « d'octroyer des crédits et prêts consacrés aux services sanitaires de base » (Banque mondiale, 1975, p. 62) et pour décider de continuer simplement à se préoccuper de l'incidence sanitaire de ses projets de développement. Cette intervention limitée sera une façon pour « la Banque [...] d'acquérir l'expérience nécessaire pour déterminer si elle peut participer efficacement à la mise au point de systèmes sanitaires adaptés aux pays en développement » (Banque mondiale, 1975, p. 71). Avant de prendre cette position, le document contenait notamment quelques propositions relatives à « une

politique de santé pour l'avenir », propositions dont certains seront surpris aujourd'hui d'apprendre qu'elles ont été défendues par la Banque mondiale il n'y a pas si longtemps. Les voici en résumé :

Arrêter de construire des hôpitaux urbains ou d'agrandir les hôpitaux existants ;

Mettre au point des méthodes de tarification qui découragent les patients qui n'ont pas vraiment besoin de soins et ceux qui ont tendance à faire appel à des thérapies inutilement complexes, ce qui signifie en pratique fixer le prix des services au niveau de leur coût réel ;

Améliorer l'accès au système de santé de base :

Faire en sorte que « les postes sanitaires et les hôpitaux de district existants répondent mieux aux besoins des animateurs de santé communautaire » ;

Planifier « l'extension des soins de base de façon à compléter le rôle joué dans les collectivités villageoises par les guérisseurs traditionnels » (Banque mondiale, 1975, p. 46-47).

Les trois dernières propositions sont exactement celles que présentait le Dr Mahler, alors directeur général de l'Organisation mondiale de la santé, devant la 27^e assemblée mondiale de la santé en mai 1974. On trouve donc dans un document très officiel de la Banque mondiale deux pages sur les « animateurs de santé » dans les villages (Banque mondiale, 1975, p. 48-49), supervisé par des « auxiliaires médicaux [...] ayant reçu une formation paramédicale de 18 à 24 mois après le cycle primaire ou si possible le premier cycle secondaire » (Banque mondiale, 1975, p. 50) ; au niveau supérieur, tout ce personnel devrait travailler sous la supervision d'un « médecin directeur des services de santé de base » qui devrait bien se distinguer des cliniciens, par une formation orientée vers l'urgence, l'épidémiologie, la promotion de la santé des collectivités, les coutumes locales et les méthodes des guérisseurs traditionnels, l'agronomie et la nutrition, formation que les facultés de médecine sont incapables de donner (Banque mondiale, 1975, p. 50) ; à moins qu'on accepte de laisser la direction de ces services à « des cadres qui, sans être médecins, posséderaient une formation étendue en matière de développement rural, d'action communautaire et d'administration » (Banque mondiale, 1975, p. 51). On repère là sans difficulté, mais avec une certaine surprise tout de même, l'influence de la grande vogue



Bidonvilles et bureaux, Jakarta, Indonésie. Sean Sprague/Ciric

qu'ont eue quelques expériences réalisées en Chine, en Tanzanie et dans plusieurs pays d'Amérique latine. Cependant, à la réflexion, la position adoptée signalait un doute : « Elle reflétait des inquiétudes quant à la faisabilité de système de santé à faible coût et quant à la volonté politique d'instituer des réformes significatives » (Banque mondiale, 1997a, p. 29).

En outre, la position adoptée en 1975 devait résulter d'arbitrages fragiles puisque cinq ans plus tard seulement la Banque changeait complètement d'attitude, comme en témoigne le *Health Sector Policy Paper* de 1980. La Banque estime que les expériences qu'elle a menées entre 1975 et 1978 lui ont donné des « occasions de tester, à une échelle modeste, de nouveaux concepts en matière de soins de santé, et d'augmenter sa compréhension des questions majeures qui se posent dans ce secteur » (Banque mondiale, 1980, p. 5). Cette décision est fondée sur un diagnostic sans complaisance des défaillances des systèmes de santé (Banque mondiale, 1980, p. 7), et sur une conception claire – mais peut-être un peu trop simple, on va s'en rendre compte – de la

structure d'un système de santé efficace et pas trop coûteux.

Ce système, qui ne concerne que les services de santé de base, serait pyramidal et compterait trois niveaux :

Des agents de santé communautaire : « Leurs tâches incluront le diagnostic et le traitement de maux communs et simples, l'évacuation des patients souffrant de problèmes requérant les soins d'un personnel mieux formé ou mieux équipé, l'éducation de la communauté en matière de nutrition, d'hygiène et de soins personnels. L'expérience suggère que des agents ayant bénéficié d'une formation de pas plus de six mois peuvent traiter en toutes sécurité et efficacité environ les deux-tiers ou les trois-quarts de tous les patients » (Banque mondiale, 1980, p. 44) ;

Au second niveau : « Un centre de santé rural, une clinique urbaine, ou un petit hôpital de district [...] les problèmes relevant de ce niveau sont les soins aux blessures accidentelles graves, la prise en charge des gros-

sesses à haut risque, l'assistance aux accouchements difficiles, le diagnostic des maladies rares et l'administration des traitements qui s'accompagnent fréquemment d'effets secondaires indésirables. En outre, la formation de second niveau devrait avoir des capacités de stockage pour les vaccins et les médicaments qui sont sensibles à la température, et devrait tenir le stock des médicaments et matériels qui ne sont utilisés que rarement. Cette formation de second niveau devrait normalement être tenue au moins par un assistant médical ou une sage-femme ayant reçu deux années d'enseignement formel au-delà du niveau de l'éducation secondaire de base » (Banque mondiale, 1980, p. 44) ;

Le troisième niveau du système de santé serait : « L'hôpital de référence, le seul niveau auquel des médecins qualifiés seraient employés dans les pays les plus pauvres. L'hôpital de référence serait équipé d'un laboratoire de diagnostic, d'un équipement radiologique, d'une salle d'opérations, et de salles d'hospitalisation. Il assurerait l'administration sanitaire de la région [...] Dans les pays plus riches, l'équipe de l'hôpital de référence inclurait des spécialistes en obstétrique, chirurgie, pédiatrie et médecine interne. En fonction de la densité de la population et de l'existence de transports, l'hôpital desservirait une population de 100 000 à 250 000 habitants, et superviserait les activités de trois formations de second-niveau (ou plus) et de peut-être 50 agents de santé communautaires » (Banque mondiale, 1980, p. 44-45).

Au contraire, les propositions en matière de financement des services de santé sont peu élaborées, optimistes (les ressources consacrées à la santé vont augmenter pendant les deux prochaines décennies, Banque mondiale, 1980, p. 45) et manquent de précision, voire de réalisme (par exemple lorsqu'il est suggéré de favoriser des systèmes locaux d'assurance, ou des coopératives s'occupant de l'importation et de la distribution des médicaments essentiels, Banque mondiale, 1980, p. 46).

La Banque mondiale décide donc d'intervenir dans le secteur, c'est-à-dire de prêter directement pour la réalisation de projets dans le domaine de la santé, en soutenant une politique fondée sur « le développement d'infrastructures

sanitaires de base, la formation d'agents de santé communautaires et de personnels administratifs, le renforcement de la logistique et l'approvisionnement en médicaments essentiels, la fourniture de services de santé maternelle et infantile, et l'amélioration des services de planification familiale et de contrôle sanitaire » (Banque mondiale, 1997a, p. 30). Tout cela paraît évidemment un peu vieilli aujourd'hui.

Quant au plus récent document officiel *Santé, nutrition et population : stratégie sectorielle*, qui date de 1997, il se tient à un niveau de grande généralité, sans doute imposé par le souci d'obtenir le plus large accord. D'entrée de jeu, il combat la réputation qu'ont désormais les experts et les interventions de la Banque, en défendant haut et fort le rôle de l'État (dont l'intervention s'impose, nous rappelle-t-on, si on veut obtenir un minimum d'efficacité et d'équité dans un domaine où les échecs du marché sont inévitables). Puis il rappelle les bonnes raisons qu'a la Banque mondiale d'intervenir dans ce domaine, sans hésiter à commencer par cette banalité selon laquelle « aucun pays ne peut s'assurer une croissance économique soutenue ou une réduction de la pauvreté sans disposer d'une population en bonne santé, bien nourrie et éduquée » (Banque mondiale, 1997b, p. 10) ; la raison essentielle est que la Banque, comme elle le dit elle-même, connaît parfaitement le contexte des pays emprunteurs, est capable de leur faire partager sa connaissance de la meilleure pratique de par le monde, et de jouer le rôle de catalyseur. Cela dit, elle peut porter une appréciation modeste de ses résultats antérieurs. Quant aux priorités affichées, clairement présentées comme celles de la Banque mondiale, elles sont simplement les suivantes :

« Travailler avec les pays pour améliorer les résultats concernant les plus pauvres du monde, en matière de santé, nutrition et population, et pour protéger la population de l'appauvrissement résultant de la maladie, de la malnutrition et de la forte fertilité » (Banque mondiale, 1997b, p. 17) ;

« Travailler avec les pays pour augmenter la performance des systèmes de santé en promouvant un accès équitable aux services curatifs et préventifs organisés pour la population dans le domaine de la santé, de la nutrition et de la planification familiale, et une utilisation équitable de ces services, qui devront être accessibles, efficaces, bien gérés, de

bonne qualité et sensibles aux besoins des clients » (Banque mondiale, 1997b, p. 18) ; « Travailler avec les pays pour garantir un financement durable des soins médicaux par la mobilisation des niveaux voulus de ressources, l'établissement de mécanismes suffisamment larges de partage des risques, et le maintien d'un contrôle effectif des dépenses publiques et privées » (Banque mondiale, 1997b, p. 19).

Qui pourrait contester de si bonnes, de si généreuses, mais aussi de si raisonnables intentions ? Qui pourrait s'offusquer de l'insistance qui est mise sur le fait de travailler avec les pays ? En outre, puisqu'il s'agit de s'autoriser à prêter, ces objectifs et ces modalités sont parfaits. C'est seulement dans des documents plus techniques, et en particulier dans les documents spécifiques à l'Afrique, que l'on trouvera les précisions qui s'imposent manifestement.

Pratiquement : l'expertise

Nul ne conteste que la Banque mondiale ait acquis, en quelques années, une expertise de premier rang dans le domaine de la santé. Le souci de lier les prêts à des analyses et même à des recherches a été une constante de son attitude : il était déjà présent dans des projets anciens, il est rappelé et sans doute renforcé dans les documents les plus récents (par exemple Banque mondiale, 1997b, p. 20).

Cependant, selon toutes les apparences, les suggestions des experts ne sont pas toutes reprises à son compte par leur employeur. Elles sont publiées, mais accompagnées par exemple de l'avertissement suivant : « Les opinions, interprétations et conclusions présentées ici n'engagent que les auteurs et ne doivent être attribuées en aucune manière ni à la Banque mondiale, ni à ses institutions affiliées, ni aux membres du Conseil des administrateurs et aux pays qu'ils représentent » (Banque mondiale, 1994).

Pourtant, lorsque les experts abordent en 1987 la question du financement des services de santé (Banque mondiale, 1987), toutes les discussions sur tous les nouveaux projets de la Banque portaient déjà et porteront désormais nécessairement, à un moment ou à un autre, sur la politique des prix dans le secteur de la santé. Il est vrai que nous sommes alors « à une époque

où la dépense publique ne peut pas, en général, être accrue ; où, en réalité, dans beaucoup de pays, elle doit être réduite » (Banque mondiale, 1987, 1). D'où la suggestion de « réduire la responsabilité du gouvernement dans le financement de ce type de services de santé qui fournissent peu de bénéfices à la société dans son ensemble (mais qui fournissent un bénéfice à l'utilisateur direct du service). Une plus grande part des ressources gouvernementales (ou publiques) serait alors rendue disponible pour financer des services qui procurent beaucoup de bénéfice à la société tout entière. Car en déchargeant le gouvernement du fardeau de la dépense publique pour des soins allant aux riches, cette approche libérerait des ressources de sorte qu'on pourrait dépenser plus pour les pauvres » (Banque mondiale, 1987, p. 1). Cette proposition libérale est justifiée par le fait que « les individus sont en général disposés à payer pour des soins directs, essentiellement curatifs, qui apportent un bénéfice évident pour eux-mêmes et leurs familles. Ceux qui ont un revenu suffisant pour le faire devraient payer ces services. Le financement et la fourniture de ces types privés de services de santé (qui bénéficient surtout au consommateur direct) devraient être attribués à une combinaison d'un secteur non gouvernemental et d'un secteur public réorganisé pour être financièrement plus autosuffisant. Une telle attribution augmenterait les ressources publiques disponibles pour les types de services qui sont des "biens publics" : ces derniers comprennent des programmes qui ne sont actuellement pas assez financés, tels que les vaccinations, le contrôle des maladies à vecteurs, le traitement des ordures, l'éducation sanitaire, dans certains cas les soins prénatals et maternels, y compris la planification familiale » (Banque mondiale, 1987, p. 2).

Il faut dire que ce genre d'argument ne fournit une véritable justification de la politique proposée qu'à ceux qui en sont déjà partisans. Il est plausible que les gens qui en ont les moyens soient disposés à payer les soins dont ils bénéficient. Il est moins évident que les finances du secteur public s'en trouveront sensiblement renflouées, et encore moins évident que d'éventuelles ressources supplémentaires, recueillies grâce aux activités curatives les plus demandées, soient affectées par les formations sanitaires considérées – généralement des hôpitaux urbains – à des activités préventives bénéficiant aux plus pauvres – souvent des habitants des faubourgs

délaissés ou des campagnes. Les experts restent dans le vague en ce qui concerne la manière de combiner les motivations des gestionnaires et celles de la santé publique. Et, lorsqu'ils suggèrent de développer l'assurance, leurs propositions sont du niveau des manuels les plus élémentaires (Banque mondiale, 1987, p. 5 et 43), et parfois franchement irréalistes (lorsqu'ils proposent d'appliquer les groupes de diagnostics comparables par exemple), ce qui est bien décevant. Ils savent pourtant que les systèmes d'assurance maladie existants sont en partie une façon de faire subventionner les plus riches par les plus pauvres (Banque mondiale, 1987, p. 5), mais ils n'osent pas en tirer les conséquences logiques et pratiques qui s'imposent. On ne peut donc retenir de leur proposition que ce qu'elle contient : recouvrez les coûts, supprimez les entraves à la concurrence, gérez le secteur public en utilisant les incitations du marché, et le reste (en particulier la solution pour les pauvres) viendra par surcroît. « Des décisions prises pour l'essentiel dans l'arène politique détermineront si les fonds libérés seront utilisés pour les pauvres ou pour des services dont le bénéfice est public, plutôt que pour construire des hôpitaux urbains ou pour acheter de coûteux équipements non indispensables » (Banque mondiale, 1987, p. 8). N'est-ce pas là une stratégie ?

Un autre document particulièrement significatif du travail des experts est celui qui paraîtra sous le titre *Pour une meilleure santé en Afrique*. La comparaison de deux versions parues à un an d'intervalle, avant une large diffusion, est très instructive : elle montre que les experts de la Banque mondiale apprennent vite, et qu'ils prennent eux aussi grand soin de rendre acceptables leurs positions et propositions. On lit par exemple dans la version de 1992 la phrase suivante, qui a le mérite de la franchise et de la clarté :

« Les gouvernements africains [...] devront accepter l'existence de deux sous-systèmes de santé séparés, l'un entièrement privé financé par les gens relativement aisés, et l'autre pour la grande majorité de la population. De tels systèmes à deux vitesses existent pratiquement dans tous les pays, et les efforts pour en empêcher l'apparition ont été vains » (Banque mondiale, 1992, p. 72).

Cette phrase disparaît dans les versions ultérieures, au profit de formules moins abruptes.

De même, quelques allusions un peu lourdes aux valeurs africaines ont disparu : c'est dommage, parce qu'elles traduisaient sans doute très fidèlement une argumentation souvent implicite des experts en mission. On lisait en effet dans la version de 1992 : « En 1987, l'initiative de Bamako soutenue par l'OMS et l'UNICEF était une nouvelle expression de politiques de santé puisant dans les valeurs africaines fondamentales. Son centre est la communauté [...] » (Banque mondiale, 1992, p. 58). Et encore : « Les gouvernements africains peuvent aider leurs peuples à atteindre une meilleure santé en parvenant à une meilleure compréhension des liens entre la santé et les cultures traditionnelles africaines et en renforçant ces liens... » (Banque mondiale, 1992, p. 69).

La version de 1993 présente un résumé très clair des orientations privilégiées par la Banque mondiale, dans la ligne du document de 1987 sur le financement, mais se signale par son ton normatif :

Les gouvernements donneront la priorité à la création d'un environnement favorable à la santé, par le financement et la production de biens et services de santé publique qui bénéficient à la société dans son ensemble, et en subventionnant l'accès aux soins de santé pour les segments les plus pauvres de la population :

Les systèmes de santé seront décentralisés [...] ; On mettra l'accent sur les services de base, fournis d'une manière efficace pour son coût, utilisant les médicaments essentiels et comportant des services communautaires tels que l'éducation nutritionnelle et les visites à domicile. Ces services satisferont aux besoins des groupes les plus vulnérables, les nouveau-nés, les enfants de moins de cinq ans, et les femmes en âge de procréer, de même que les maladies majeures, périnatales, infectieuses et parasitaires. On visera par là à faire face à 98 % des problèmes qui peuvent être traités cliniquement. Ces services seront standardisés en utilisant les médicaments essentiels internationalement reconnus et des normes pour surveiller et évaluer la qualité des soins ;

Le partage des coûts sera pratiqué à grande échelle au niveau de la communauté, mais pas sans que l'on ait simultanément augmenté la qualité des services [...] ;

Au-delà des hôpitaux de premier recours, des hôpitaux centraux, nationaux et d'enseignement continueront à offrir des soins de niveau tertiaire et de se concentrer sur la formation, avec cette précision que les malades demandant des soins devront progresser selon un système de référence bien ordonné, qui sera alors canalisé, et plus efficace du fait des fonctions données au district. Le recouvrement des coûts sera mis en œuvre de façon plus extensive dans ces hôpitaux, et le financement provenant du budget de l'État diminuera progressivement. Les malades évitant le système de référence devront payer jusqu'à 100 % du coût (Banque mondiale, 1993b, p. 5).

L'expertise a fait un autre grand pas à l'occasion de la préparation du *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé*. Ce document représente un progrès considérable par rapport aux tentatives antérieures de mesure synthétique des conséquences de la maladie sur la durée et la qualité de la vie, première étape d'une mesure des effets à attendre (c'est-à-dire : de l'efficacité) des interventions sanitaires proposées par la science médicale, première étape aussi d'une étude de l'efficacité pour un coût donné. Il repose sur la synthèse d'une très large littérature disponible au moment de sa rédaction (Jamison *et al.*, 1993), et sur des travaux originaux dont l'achèvement et la publication ont été postérieurs (notamment Murray et Lopez, 1996).

Mais les résultats de cette approche ont suscité une violente opposition, fondée sur deux types de raisons instructives.

1. Certaines portent sur la méthode. Bien évidemment, ces travaux simplifient la réalité, pour parvenir à la maîtriser. Ce faisant, ils se heurtent à des objections évidentes, dont cependant le poids devrait être évalué. Ainsi, par exemple, les évaluations des interventions spécifiques (qui ne concernent qu'une maladie) sont rendues plus délicates qu'on ne croirait par deux faits évidents : le même geste (réhydratation orale par exemple) effectué par un personnel qualifié et par une mère de famille peut avoir une efficacité très différente ; et en second lieu, des considérations éthiques et économiques entraînent qu'on exécute souvent plusieurs actes dans le même lieu et au cours de la même séance. Mais que doit-on en conclure exactement ? Qu'il

vaut mieux ignorer ce que l'observation nous enseigne, ou bien qu'il faut en tenir compte avec la prudence qui s'impose ? Aux yeux des experts de la Banque mondiale, les études synthétisées par Jamison *et al.* « ont apporté deux résultats remarquables qui ont affecté la pensée sur la conception et le fonctionnement des systèmes de santé. D'abord, les interventions cliniques et de santé publique sont relativement peu coûteuses, ce qui suggère que les unes et les autres pourraient être rendues disponibles au niveau local pour obtenir le meilleur rendement par unité monétaire dépensée, ce qui représente une évolution considérable par rapport à l'hypothèse longtemps admise selon laquelle les soins de santé primaires basés dans la communauté pourraient être efficaces même en l'absence de services cliniques. Deuxièmement, beaucoup des interventions les plus efficaces pour leur coût requièrent des changements décisifs des comportements au niveau des ménages (comme l'allaitement au sein, l'usage du préservatif, la cessation de fumer, l'utilisation de sel iodé, etc.). Ceci suggère que les interventions sanitaires les plus efficaces pour leur coût sont plus affaire de promotion et de communication que les soins médicaux, ce qui a des implications évidentes pour la conception des systèmes de délivrance » (Banque mondiale, 1997a, p. 18).

On objectera aussi qu'évaluer un programme est encore d'une tout autre difficulté, à la fois parce qu'un programme comporte généralement plusieurs interventions, et parce que, d'autre part, une affection peut en général être combattue par plusieurs interventions. En outre, il n'y a pas d'accord sur la meilleure mesure ou le meilleur index de l'état de santé. La mesure de la mortalité avec la précision nécessaire pour cette utilisation présente de très grandes difficultés et serait très coûteuse. Cependant les « mesures d'efficacité à coût donné, comme les années de vie corrigées de l'invalidité, et les mesures précises de la charge globale de la maladie au niveau régional et national, fournissent un cadre pour une planification sanitaire plus rationnelle », et d'ailleurs « diverses unités opérationnelles de la Banque travaillent en ce moment à incorporer ces instruments dans l'analyse économique des projets proposés » (Banque mondiale, 1997a, p. 24) : par exemple en Tanzanie, Ouganda, Kenya, Érythrée.

Et les experts eux-mêmes sont à vrai dire bien placés – mieux que quiconque – pour re-

connaître que « il y a encore d'autres limites à l'utilisation de l'analyse de l'efficacité à coût donné pour évaluer les choix de politique sanitaire. Les interventions diffèrent en spécificité (la proportion, parmi les personnes à qui une intervention est appliquée, de ceux qui en tireront bénéfice, à supposer que l'intervention est réalisée exactement comme elle doit l'être et appliquée à tous ceux à qui elle doit l'être), le degré selon lequel elles peuvent être ciblées sur la population à risque, la variance du risque entre les populations, et le niveau d'observance qui peut être attendu étant donné le régime du traitement (ou la variance de la demande, lorsque le service n'est pas épidémiologiquement ou médicalement nécessaire). Comme chacune de ces variables est dépendante de facteurs économiques, culturels et de gestion indépendants de l'intervention elle-même, l'efficacité pour son coût d'une intervention donnée peut varier (parfois varier beaucoup) entre et à l'intérieur des sites ou groupes de population. Les recommandations fondées sur l'efficacité pour un coût donné doivent nécessairement être filtrées par des analyses du contexte et des résultats de systèmes de délivrance particuliers » (Banque mondiale, 1997a, p. 24).

2. Il y a néanmoins une autre catégorie de motifs aux oppositions qui se manifestent. N'est-il pas en effet scandaleux d'écrire noir sur blanc dans un document de la Banque mondiale, et surtout si le texte justifie amplement le propos, que :

Une grande partie de l'argent dépensé pour la santé est de l'argent gaspillé parce qu'on achète des produits pharmaceutiques de marque au lieu de médicaments génériques, parce que le déploiement et la supervision des agents de santé sont mal organisés, et parce que les lits d'hôpital sont sous-utilisés :

Dans les pays à faible revenu, les pauvres se trouvent souvent lésés parce qu'une très forte part des dépenses publiques de santé va à des services hospitaliers très coûteux dont bénéficient de manière disproportionnée des populations urbaines mieux loties (Banque mondiale, 1993a, p. 4) ?

De même, n'est-il pas scandaleux de suggérer que :

Les gouvernements des pays en développement devraient dépenser beaucoup moins – environ 50 % de moins en moyenne – pour des interventions d'un moins bon rapport coût-

efficacité et, au contraire, doubler ou tripler ce qu'ils dépensent en programmes de santé publique de base, comme les vaccinations ou la prévention du sida, et en services cliniques essentiels ;

Une forte action réglementaire est aussi indispensable, notamment en ce qui concerne les services de santé dispensés par le secteur privé, afin d'en assurer la sécurité et la qualité, et en ce qui concerne aussi l'assurance privée pour garantir l'accès de tous à sa protection, et décourager des pratiques, comme celle du paiement à l'acte des professionnels, avec remboursement par l'assureur en « tiers-payant », ce qui conduit à une utilisation excessive des services et à une escalade des coûts (Banque mondiale, 1993a, p. 7) ;

si c'est précisément ce qu'aucun gouvernement ne veut faire, dès lors que sa politique, dite de santé publique, prenant exactement le contrepied de ces suggestions, est défendue bec et ongles par les professionnels, médecins installés en clientèle et pharmaciens d'officine en tête ? Il faut donc s'opposer à ces technocrates, à ces économistes, à la Banque mondiale et au Fonds monétaire international, à tous ces gens qui ne savent pas ce qu'est un malade.

Manifestement, l'expertise a donc beaucoup progressé depuis dix ans, et ses progrès mêmes l'ont amenée à aborder des questions bien délicates. Les positions ainsi affichées peuvent-elles se traduire dans des programmes effectivement réalisés ? Comment la Banque mondiale évalue-t-elle elle-même les résultats auxquels elle parvient ?

L'évaluation de l'efficacité des interventions de la Banque

Les évaluations internes de la Banque montrent que ses projets sont « parfaitement réussis lorsqu'ils se concentrent sur les besoins d'investissement en capital, sur le développement des infrastructures, sur la fourniture des inputs », mais que le succès est « modeste » lorsqu'il s'agit par exemple de cibler les besoins spécifiques des pauvres, qu'ils soient localisés géographiquement ou qu'ils prennent la forme d'affections particulières (Banque mondiale, 1997b, p. 14). Les objectifs de développement à proprement parler, et notamment ceux qui concernent les capacités institutionnelles, étant naturellement encore plus difficiles à atteindre,

seulement 17 % des projets y auraient contribué substantiellement, pour de multiples raisons : « objectifs de développement institutionnel mal spécifiés ; manque d'engagement du pays ; manque d'appropriation du projet par l'emprunteur, notamment dans les zones rurales ; capacité inadéquate de planification et de gestion ; stratégies inadéquates en matière d'incitations, de réglementation, d'information et de communication ; faible implication des partenaires extérieurs à l'administration ; manque d'attention pour le suivi et l'évaluation ; projets aux objectifs irréalistes, à l'organisation complexe, manque de continuité et supervision inadéquate » (Banque mondiale, 1997b, p. 15). En outre, seulement « 44 % des projets achevés dans le domaine santé, nutrition et population ont été classés par le département d'évaluation des opérations comme "probablement durables" ». Enfin, parmi les 68 projets dont le Project Completion Report a été analysé, rares sont ceux qui « fournissent une documentation objective concernant l'impact des investissements du projet sur les résultats en matière de santé, fertilité ou nutrition » (Banque mondiale, 1997b, p. 15). Des efforts récents sont faits pour remédier à cette situation assez peu satisfaisante.

Évaluer l'efficacité des opérations

« En dépit de la rapide expansion de ses prêts, en dépit de la largeur et de la profondeur de son travail d'analyse en matière de santé, nutrition et population, la Banque n'a pas encore tenté une revue de l'efficacité de ses activités dans ce secteur. Aussi une telle évaluation est-elle fort à propos » (Banque mondiale, 1997a, p. 53). De fait, en ce qui concerne spécifiquement la santé, l'OED (Operation Evaluation Department) n'a réalisé un audit que sur quatre projets, et n'a analysé qu'une vingtaine des rapports d'achèvement.

Sur le plan méthodologique, une première évaluation, réalisée en 1985, n'utilisait pas des indicateurs de performance, se montrait critique à l'égard des indicateurs de processus, et suggérerait donc essentiellement qu'on développe des méthodes d'évaluation des projets (Measham, 1986). Mais apparemment, la question n'a pas beaucoup progressé depuis lors, et le plus récent rapport de l'OED (Operation Evaluation Department) contient une esquisse de méthode, plutôt qu'une évaluation à proprement parler.

L'évaluation devrait se référer aux critères de performance suivants :

L'efficacité clinique/épidémiologique, bien qu'elle soit en fait difficile à évaluer « à cause des difficultés à mesurer les résultats en termes de santé même pour une seule intervention » ;

L'accessibilité et l'équité : « L'accessibilité physique, l'accessibilité financière, l'accès effectif (utilisation) » d'une part, « la progressivité des contributions (c'est-à-dire taxes, primes, paiements directs) qui financent les soins médicaux », ou « l'accès effectif de différents sous-groupes de la population » d'autre part (Banque mondiale, 1997a, p. 57).

Ce sont ces deux premiers critères qui ont été privilégiés pendant des décennies ; et encore, pour le second, on s'en est tenu à l'utilisation, en évitant soigneusement d'analyser la redistribution par les finances publiques. Les problèmes que rencontrent aujourd'hui les systèmes de santé viennent au moins en partie de ce qu'on a négligé deux autres critères fort importants :

La qualité et la satisfaction du consommateur ;

L'efficacité économique, qu'on pourrait commencer à aborder très simplement en « comparant les coûts unitaires entre les formations, en tenant le nombre et la structure des patients constants » (Banque mondiale, 1997a, p. 58).

En résumé, pour le groupe chargé de l'évaluation au sein de la Banque mondiale, il n'existe présentement pas une mesure unique de la performance générale des systèmes de santé ; les évaluations doivent poursuivre les quatre critères mentionnés plus haut (Banque mondiale, 1997a, p. 58). C'est donc en utilisant une multiplicité de critères que se déroule en ce moment même une ample évaluation de l'efficacité des interventions de la Banque dans le secteur HN. Cette opération comporte deux aspects principaux : d'une part une analyse des *Staff Appraisal Reports* (SAR's) pour 240 projets dans 80 pays pendant la période 1980-1995, où l'on cherche ce que ces projets ont essayé de faire pour améliorer la capacité institutionnelle, pour tenir compte de la demande, pour influencer les performances du système de santé (actions sur l'efficacité clinique, sur l'accessibilité et l'équité, sur la satisfaction des consommateurs et sur l'efficacité économique) [Banque mondiale, 1997a, p. 59] ;

d'autre part, des études d'impact dans certains pays particuliers, sélectionnés selon un ensemble de critères (Banque mondiale, 1997a, p. 63-65). Les premiers résultats commencent à paraître (Banque mondiale, 1998).

Améliorer l'efficacité des opérations

Les premiers résultats des analyses statistiques sur les documents décrivant les projets ont montré que les performances (évaluées selon trois dimensions : résultats obtenus en termes de santé, contribution au développement institutionnel, et pérennité) sont étroitement liées à la qualité de départ du projet. Cette qualité « à l'entrée » a elle-même été évaluée dans plusieurs domaines : l'analyse économique, l'analyse institutionnelle, l'analyse de la demande, les modalités prévues de suivi et d'évaluation. Il est en effet apparu que, si les résultats obtenus au terme des projets dépendent d'abord et avant tout de la performance de l'emprunteur (qualité d'ensemble de ses institutions, y compris l'importance de la corruption), ils sont aussi tributaires de facteurs qui sont sous le contrôle de la Banque, facteurs parmi lesquels la qualité à l'entrée s'avère plus importante que la qualité de la supervision ; il est également apparu que, parmi les dimensions de la qualité à l'entrée, l'analyse institutionnelle a plus d'importance que l'analyse économique (Banque mondiale, 1998, p. 23-24).

Or, en ce qui concerne l'analyse institutionnelle :

Un tiers des projets ne discutent pas des obstacles institutionnels à la mise en œuvre ;

Parmi ceux qui le font, la plupart discutent « l'engagement », qui peut être purement verbal, 17 % seulement discutent des structures d'incitations, qui ont une importance pratique décisive ;

30 % des projets anticipent des formes diverses de résistance au changement, mais 5 % seulement analysent l'influence des groupes d'intérêts, ou proposent des stratégies pour faire face aux oppositions ou résistances ;

Bien que 40 % des projets promeuvent la décentralisation, moins de la moitié de ceux qui le font traitent de l'indépendance fiscale, légale et politique des niveaux provinciaux ou municipaux ;

Peu de projets analysent l'environnement réglementaire des professionnels de la santé ;

Beaucoup discutent l'importance des médicaments essentiels, mais peu discutent les intérêts divergents dans ce domaine ;

Et enfin, il y a peu d'exemples d'une analyse formelle des partenaires.

L'analyse économique présente elle aussi des lacunes dans bien des cas :

Seulement 18 % des projets présentent une projection de ce que serait le futur en l'absence du projet ;

Avant 1990, les justifications de l'implication du secteur public sont implicites, il n'y a pas d'analyse formelle des défaillances du marché, ni des externalités, pas ou presque pas d'analyse des substitutions ;

10 % seulement des projets contiennent une analyse coût-efficacité (et tous les projets qui le font ont été approuvés après 1990) ;

L'analyse des coûts récurrents et de l'impact fiscal est toujours très agrégée et extrêmement optimiste ;

L'analyse des risques est d'habitude courte, centrée sur « une capacité inadéquate de mise en œuvre, ou une appropriation inadéquate », et ne contient aucune analyse formelle de sensibilité par rapport au risque ;

Les projets sont fréquemment silencieux sur l'impact en matière de pauvreté : comme les prêts concernent souvent des projets de santé maternelle et infantile et de planification familiale, on suppose que les pauvres en bénéficient ; moins de 10 % des projets discutent de stratégies spécifiques pour atteindre les pauvres, l'impact sur la pauvreté des mesures relatives au financement de la santé est traité de façon partielle.

L'analyse de la demande est toujours extrêmement sommaire :

La plupart (69 % selon l'une des estimations) des projets HNP incluent des objectifs qui ne peuvent être atteints que par des services répondant aux désirs des clients ;

Pourtant, à l'entrée, peu de projets fournissent même des données de base sur l'utilisation des services, ou la satisfaction des consommateurs ;

Dans l'ensemble, seulement 40 % des projets fournissent une information sur la demande (définie de façon typique comme « besoins insatisfaits ») et 2 % seulement font une estimation de la réponse des consommateurs à l'intervention projetée ;

Quatre (sur 224) projets signalent une participation des bénéficiaires à la conception du projet.

Quant aux modalités prévues pour le suivi et l'évaluation, elles appellent les remarques ci-dessous :

La plupart des projets fournissent des indicateurs, mais seulement un tiers donne les valeurs initiales et projette les résultats attendus ;

Moins de 20 % basent ces projections sur une analyse causale des liens entre les inputs et les résultats ;

L'analyse causale des indicateurs de processus est souvent absente ;

Peu de projets suggèrent des indicateurs de développement institutionnel ou de changement dans les performances du système ;

La plupart des projets incluent des plans de collecte des données, mais rares sont ceux qui spécifient qui en sera responsable ou décrivent la méthodologie ;

La majorité des projets incluent des plans pour construire et/ou renforcer les systèmes d'information sanitaire, mais ces derniers ne sont pas reliés à l'analyse de la façon dont les décisions sont prises.

Aussi, de grands efforts ont été tout récemment entrepris pour améliorer les procédures de l'évaluation des projets. Une étape supplémentaire a été prévue dans l'examen des projets, avant leur approbation ; des critères et des grilles d'évaluation ont été mis au point. En outre, un audit est prévu, pour un échantillon des projets en cours, un à deux ans après leur lancement, de façon à déterminer si une révision s'impose.

C'est cependant en matière de supervision que le Groupe d'assurance-qualité (Quality Assurance Group, QAG) fait les observations et les propositions les plus précises : « L'équipe du groupe d'assurance-qualité croit que le moyen le plus important pour augmenter la qualité de la supervision par la Banque – et finalement la qualité du portefeuille de projets – est de procéder à une révision plus agressive des projets. Les responsables des projets devraient considérer cette activité de révision et de restructuration de projets comme une part normale de leur obligation de supervision, plutôt que comme un signe d'échec (ou une menace sur leur classement individuel en termes de performance) » (Banque mondiale, 1997c, p. 11, § 37). Et le groupe propose que, pour parvenir à ce résultat, on n'hésite

pas à créer des incitations financières liées à la qualité de la supervision, d'une part, et à simplifier considérablement les procédures internes de modification des projets en cours d'exécution.

On ne peut que remarquer ici que l'effort d'évaluation ne concerne que les procédures internes à la Banque, comme si elle réalisait ses projets elle-même directement sur le terrain. À vrai dire, ce serait évidemment beaucoup plus commode. Mais il se trouve que la Banque mondiale ne peut travailler qu'avec des partenaires, et là apparaît la grande difficulté : quels intérêts servir ?

Un dilemme persistant : quels intérêts servir ?

La Banque est passée de l'idée que ses interventions devaient se limiter aux volets santé de ses projets de développement agricole ou agro-industriels, à l'idée qu'elle pouvait, et même devait, intervenir directement dans le domaine de la santé. Mais pour faire quoi exactement ?

Le point de vue de la Banque : interventions ponctuelles ou restructuration d'une activité protégée ?

En quelques années la Banque s'est forgé une opinion, et même une doctrine, sur les carences des systèmes de santé et sur ce qu'il conviendrait de faire. Mais, peut-être consciente des difficultés que soulèveraient des interventions fondées sur cette doctrine, elle hésite fréquemment et cherche à éviter l'obstacle. Ainsi, en prenant position sur le financement des soins, ensuite sur les activités prioritaires pour l'Etat, on peut penser qu'elle espérait désarmer ses opposants tout en provoquant une évolution des structures. Cette attitude, qui consiste à tenter de parvenir à ses fins en les masquant, permet de comprendre les approximations et même les incohérences qui caractérisent ses propositions :

Il est fait grand cas des gaspillages inimaginables en matière de médicament, mais les solutions proposées restent invariablement incapables de corriger cette situation ; ainsi, alors qu'il signale très justement que la décision essentielle serait celle qui permettrait le remplacement systématique des médicaments en nom de marque par les

médicaments en dénomination commune internationale, voire par les médicaments génériques, le *Rapport sur le développement dans le monde 1993* ne suggère plus, dans son chapitre « Ce qu'il faudrait faire », que le recours à des « listes nationales de médicaments essentiels et l'achat des médicaments par voie d'appel à la concurrence » (Banque mondiale, 1993a, p. 165), alors que, même si chacune de ces décisions est justifiée, aucune d'elle n'est capable de conduire au résultat voulu ; au total, les interventions de la Banque mondiale dans ce domaine n'ont pas sensiblement modifié la situation (Banque mondiale, 1998, p. 19) :

Il est fait grand cas des inconvénients d'une allocation des ressources généralement très favorable aux hôpitaux centraux, et de l'inefficacité de leurs activités pour leur coût ; « les investissements dans des technologies modernes coûteuses pour servir un petit nombre de malades continuent à croître alors que des interventions simples et peu coûteuses pour les masses restent mal dotées. Ceux qui ont les moyens ont dans beaucoup de pays un meilleur accès à la fois aux services de santé indépendants du gouvernement, parce qu'ils peuvent les payer, et aux services publics parce qu'ils vivent dans des zones urbaines et qu'ils savent comment les utiliser. Les ruraux, pauvres, bénéficient peu des hôpitaux urbains financés par les recettes fiscales, et en outre paient souvent des prix très élevés pour les médicaments et les soins traditionnels dans le secteur non gouvernemental » (Banque mondiale, 1987, p. 3) ; mais ensuite, et en pratique, et spécialement en Afrique, l'expertise prend une position beaucoup plus prudente, reconnaissant qu'il faut des hôpitaux nationaux et qu'il faut donc leur réserver des moyens (Banque mondiale, 1993b, p. 5, déjà cité plus haut). De même, alors que le recouvrement des coûts est prôné parce qu'il devrait entraîner une évolution structurelle, les difficultés de sa mise en œuvre ne sont nulle part évoquées, quand on ne se contente pas d'un vœu pieux : « Les gouvernements doivent allouer une plus grande part du budget de la santé aux services de santé de base et, en particulier, aux dépenses de fonctionnement non salariales » (Banque mondiale, 1993a, p. 164) ;

La formule magique du centre de santé pour 5 000 à 10 000 habitants est irréaliste dans beaucoup de contextes pratiques : les difficultés que l'on rencontre pour recruter, former, rémunérer et superviser le personnel travaillant dans ces formations très isolées sont extrêmes et se traduisent inévitablement par des déviations (vers une pratique privée de qualité inacceptable) ; le financement des activités de ce niveau par la population desservie ne dure que ce que dure le projet, avec ses capacités de motivation et d'animation ; sur plusieurs exemples bien documentés, la Banque mondiale a pu à la fois reconnaître l'échec d'un premier projet de ce type (Banque mondiale, 1997a, p. 90), et persévérer en bâtissant et en finançant un second projet similaire (voir un exemple dans Banque mondiale, 1998, p. 40).

Ces errements ne proviennent pas de lacunes intellectuelles. Ils sont, au contraire, parfaitement compris par ceux qui veulent bien les considérer. En effet, l'une des conclusions qui ressortent des évaluations externes des projets de la Banque mondiale dans le secteur de la santé est que, si la Banque est capable de fournir le « matériel » par ses prêts, le pays doit fournir les « programmes », c'est-à-dire une combinaison de décisions sur les services à produire et sur la façon de les produire. Le pays, c'est à la fois un gouvernement avec son administration, et spécialement l'administration de son système de santé, d'un côté, et une population de l'autre. Par conséquent, « *Bank health lending and policy dialogue are mediated through the health care system* » (Banque mondiale, 1997a, p. 55).

Or, dans la pratique, « les responsables politiques, le corps médical et la population urbaine poussent à accroître les dépenses de soins de santé tertiaires dans les grandes villes, aux dépens de l'infrastructure de santé des districts. Les associations professionnelles et les syndicats représentant les médecins et le personnel infirmier s'opposent vigoureusement aux compressions de personnel nécessaires pour accroître les dépenses non salariales et au redéploiement du personnel de santé dans les régions rurales » (Banque mondiale, 1993a, p. 165). Il a fallu attendre 1993 pour l'écrire noir sur blanc, dans un document largement diffusé, mais qui ne représente pas une position officielle de la Banque. Et certains de ses experts étaient déjà allés nettement plus loin, écrivant par exemple, dès 1989, dans une revue

académique : « Les fonctionnaires publics servent inévitablement leurs intérêts plus volontiers que l'intérêt du public. Les groupes de pression exercent une influence significative dans la distribution effective des ressources du secteur de la santé. Le pouvoir est abandonné à de tels groupes à cause des asymétries de l'information et de l'incertitude qui règnent entre décideurs politiques, producteurs et bénéficiaires lorsqu'on est en présence d'une gestion bureaucratique et de systèmes de financement qui ne rendent pratiquement de comptes à personne » (Birdsall, 1989).

Incontestablement, l'intérêt de l'expertise s'est déplacé, il s'attache aujourd'hui beaucoup moins à la mise en place de services de santé de base, et bien plus à identifier et promouvoir des réformes structurelles majeures dans les systèmes de santé. Mais il n'est pas allé jusqu'à proposer un choix clair entre les intérêts à servir : ceux des professionnels de santé ou ceux des malades.

Le point de vue des emprunteurs, d'après la Banque mondiale : quelle volonté de réforme ?

Lorsque, en 1980, la Banque mondiale a décidé d'intervenir directement dans le secteur de la santé, l'un des arguments était que le fait de prêter directement serait un moyen d'« assurer le succès de programmes nationaux majeurs qui émergent pour accroître la couverture par les systèmes de santé », ainsi que de « compléter et rationaliser les activités en cours de la Banque dans le secteur de la santé » ; un autre était que « une politique plus large de prêt dans le domaine de la santé serait un élément essentiel compte tenu de l'engagement de la Banque dans la lutte contre la pauvreté » (Banque mondiale, 1980, p. 8).

Il s'agissait donc manifestement de réaliser des programmes d'importance dans le secteur de la santé, en veillant à ce qu'ils soient bien insérés dans leurs contextes macro-économiques et institutionnels. C'est pourquoi le choix des pays devait répondre à un certain nombre de critères, tels que : « La volonté des pays de développer une capacité de planification sectorielle et de préparer des plans à long terme pour rendre les services de santé de base accessibles à tous au terme d'une période de durée raisonnable [...] la faisabilité financière et institutionnelle, l'efficacité pour son coût et la reproductibilité des projets

[...] l'acceptabilité sociale des activités qui tiennent compte des besoins perçus des populations cibles aussi bien que de l'évaluation scientifique de leurs besoins [...] la faisabilité, l'efficacité et le caractère techniquement approprié des techniques et des systèmes de délivrance [...] la capacité des institutions sanitaires à absorber l'aide » (Banque mondiale, 1980, p. 8-9). Un critère important apparaissait encore plus loin dans le même document : « La volonté de la part des fonctionnaires de la santé et des médecins praticiens de prendre sérieusement en considération d'éventuelles réformes de l'organisation, la délivrance et le contrôle des soins médicaux sera aussi un facteur dans le choix des priorités du pays » (Banque mondiale, 1980, p. 65). Mais déjà ces questions de faisabilité apparaissaient tellement importantes et tellement difficiles à résoudre que l'objectif de lutte contre la pauvreté passait explicitement au second plan : « *Partout où ce sera possible* (nous soulignons), les bénéficiaires du programme seront les groupes hautement vulnérables » (Banque mondiale, 1980, p. 65).

Près de vingt ans plus tard, les difficultés d'une politique sectorielle cohérente et efficace pour son coût n'ont pas disparu. Au contraire même, elles se sont probablement accrues, si l'on en croit le plus récent document, qui reconnaît clairement :

L'existence d'« opinions divergentes des divers groupes d'intérêts – les clients de la Banque (c'est-à-dire les Ministres de la Santé et des Finances), les parties prenantes (communautés locales, producteurs de services médicaux, et compagnies d'assurance), les bénéficiaires (malades, pauvres, femmes, enfants et autres groupes vulnérables), et les autres partenaires du développement » (Banque mondiale, 1997b, p. 10) ;

Que la « répugnance à aborder les questions politiquement sensibles est souvent la raison essentielle pour laquelle on ne traite pas les problèmes les plus profondément enracinés dans le système et qui conditionnent le secteur de la santé, de la nutrition et de la population » (Banque mondiale, 1997b, p. 12), ce qui entraîne « une solution de continuité entre les recommandations de politique sectorielle que fait la Banque et la conception des projets dans le secteur santé, nutrition et population » (Banque mondiale, 1997b, p. 15).

La solution, largement illustrée par les conclusions des évaluations organisées par la Banque elle-même, et qui consiste simplement à « rendre le personnel plus sensible aux contraintes pratiques auxquelles font face les dirigeants politiques et les administratifs dans les pays qui essaient de mettre en œuvre des réformes dans le secteur santé, nutrition et population » (Banque mondiale, 1997b, p. 13) n'est visiblement pas suffisante. Il faudra encore faire un effort « pour en apprendre plus sur [...] la manière de traiter la résistance institutionnelle lorsque les intérêts des parties prenantes sont menacés par les propositions de réforme » (Banque mondiale, 1997b, p. 21). Il ne suffit pas, non plus, de reconnaître la dépendance des bénéficiaires à l'égard des donateurs, car par exemple l'incapacité de l'administration à mener à bien certaines tâches (Banque mondiale, 1997b, p. 18-19) peut être délibérée, comme un moyen d'éviter les problèmes politiques délicats : choisir est difficile, choisir de favoriser certains intérêts contre d'autres est plus difficile encore.

Il semble donc que les réalités politiques et administratives prévalent sur les analyses des experts. La Banque mondiale le reconnaît d'ailleurs : « Le thème central de ce rapport est que la Banque rencontre le succès lorsqu'il s'agit de fournir des interventions techniquement bien conçues dans ce secteur, mais beaucoup moins lorsqu'il s'agit de bâtir un consensus et une appropriation par les bénéficiaires à propos de ces interventions dans le secteur, ou lorsqu'il s'agit d'adapter son message politique et ses projets aux capacités et contraintes qui caractérisent les contextes institutionnels particuliers » (Banque mondiale, 1998, p. 3). Comment, dans ces conditions, comprendre la croissance exponentielle des prêts ?

Le consensus

Alors que, au milieu des années quatre-vingt, la Banque prêtait plus de 100 millions de dollars annuellement (Banque mondiale, 1987, p. 49), le montant annuel des prêts est supérieur à 500 millions de dollars entre 1987 et 1995 (Banque mondiale, 1997a, p. 35-38). La part de « HNP » dans le total des prêts de la Banque, qui était de 1,5 % pour la période fiscale 1986-1988, est passée à 5,5 % pour 1992-1994 et devrait atteindre 8,7 % pour 1995-1997. Nous sommes donc bien

en présence d'une croissance « explosive » des prêts. Comme les objectifs et les propositions de la Banque mondiale dans le secteur de la santé se heurtent manifestement à de fortes objections de la part des États, il faut supposer que les prêts sont justifiés par d'autres raisons que celles qui concernent la politique de santé.

Mais, précisément, comment ne pas rapprocher cette décision « sectorielle » de son contexte macro-économique et institutionnel, qui est celui de l'ajustement structurel ? En 1989, 25 des 45 pays africains sont sous ajustement structurel, contre 4 en 1982, 8 en 1984, 14 en 1986 (Serageldin *et al.*, 1994, p. 185). Que l'on se place du point de vue du prêteur ou du point de vue de l'emprunteur, il faut pour emprunter des motifs plausibles, des projets « bancables » : il faut éventuellement plus de projets qu'on n'en peut préparer et surtout mener à bien. Mais n'est-il pas évident que tout projet dans le secteur de la santé présente de façon électorale la caractéristique d'être éminemment présentable ?

La politique de santé peut donc n'être qu'un prétexte pour acquérir de l'aide. Elle l'est assurément. Dans la logique de l'ajustement structurel, les experts des bailleurs savent de quels montants d'aide extérieure chaque pays aura besoin chaque année à l'avenir. Les Ministres des finances sont parfaitement informés de cette situation : ils savent qu'ils ont besoin de cette aide pour boucler leurs grands équilibres. La question est donc simplement, pour eux comme pour les bailleurs, de savoir comment faire entrer cette aide : le pays doit préparer des projets, il est plus ou moins habile dans cet exercice, mais on peut lui apporter de l'assistance technique, et de toutes façons les aspects macro-économiques prévalent désormais sur les aspects sectoriels. Peu importe donc le contenu de la stratégie sanitaire, l'essentiel est que la santé fournisse un bon motif pour acquérir de l'aide extérieure.

Cependant, à l'analyse du contenu effectif des programmes de santé financés par la Banque mondiale, on découvre une autre raison de la croissance explosive des prêts. À une période où le rôle de l'État était contesté par certains bailleurs de fonds, à une période où la libéralisation était à la mode, y compris dans le secteur de la santé, les prêts de la Banque mondiale ont permis de renforcer les administrations publiques de la santé, ils n'ont même servi qu'à cela en pratique, au moins en Afrique de l'Ouest. Cette utilisation s'imposait d'ailleurs, puisque la Banque mon-

diale prête aux États : son interlocuteur est donc l'administration, il est normal que l'administration qui acquiert cette aide soit la première servie. Dans le domaine de la santé, l'administration a donc orienté l'aide vers la création d'échelons supplémentaires dans la pyramide sanitaire, assortie pour les fonctionnaires de suppléments de rémunération déguisés en dépenses de formation professionnelle, et vers une prise en charge d'une partie conséquente des budgets de fonctionnement des ministères, etc. L'analyse des programmes financés par la Banque mondiale dans les pays d'Afrique de l'Ouest depuis une vingtaine d'années ne laisse aucun doute à ce sujet (Brunet-Jailly, 1998) :

Au Mali, il s'est agi d'étendre, à l'initiative de l'administration de la santé, un réseau de centres de santé dits communautaires, qui n'étaient dans beaucoup de cas que les anciens centres de santé d'arrondissement, dont le fonctionnement serait désormais laissé à la charge de la population ;

En Côte d'Ivoire, la Banque a financé le renforcement de l'administration centrale de la santé, et un vaste programme de travaux pour faire fonctionner une pyramide sanitaire qui ne compte pas moins de neuf échelons ;

Au Sénégal comme au Burkina Faso, il s'est agi essentiellement de créer un nouveau niveau dans la pyramide de la bureaucratie sanitaire, les districts, sans que la nécessité de cette solution soit aucunement justifiée.

Le contexte macro-économique est donc tel que, aux arguments des missions de la Banque mondiale s'ajoutent les pressions du Ministère des finances pour pousser le Ministre de la santé à conclure des demandes de financement dont le montant importe beaucoup plus que les justifications en termes de santé publique. À partir de là, la décision échappe au Ministre de la santé. La stratégie de l'ajustement structurel a pris le pas sur la stratégie de développement du secteur sanitaire. Leçon exemplaire, leçon bien comprise désormais, leçon retenue par tous. Il s'agit d'acquiescer de l'aide, il ne s'agit pas de concevoir et mettre en œuvre une politique sectorielle. On laissera de côté toutes les questions qui divisent, et on concentrera les prêts sur cet acteur qui les accepte si volontiers, l'administration publique de la santé.

Conclusion

La stratégie que la Banque mondiale a essayé de définir pour le secteur de la santé est fondée sur un diagnostic sévère du fonctionnement des systèmes de santé dans les pays en voie de développement, et en particulier dans les pays d'Afrique au sud du Sahara. Pour mettre en œuvre cette stratégie, la Banque mondiale a tenté d'avancer masquée : en transigeant sur les projets hospitaliers pour désarmer certaines oppositions ; en poussant à la généralisation du paiement des prestations, puis du paiement des prestations à leur coût réel pour obtenir, espérait-elle, une progressive évolution des structures de financement et donc de l'importance relative des diverses activités ; en restructurant indéfiniment, mais en pure perte, des institutions publiques chargées d'importer et de distribuer les médicaments, pour ménager les pharmaciens d'officine et surtout les intérêts des importateurs locaux, toujours liés au personnel politique, souvent au plus haut niveau, non sans évoquer de temps à autre les avantages économiques (considérables) des médicaments essentiels, etc. Cette tactique n'a permis d'obtenir que des résultats bien médiocres, la Banque le reconnaît elle-même. Mais au-delà de cette évaluation interne, il est possible de montrer que, en pratique, les projets financés ont eu pour principal résultat, avec l'assentiment des emprunteurs assurément, de protéger les revenus médicaux et les intérêts pharmaceutiques (Brunet-Jailly, 1996).

Dans les pays d'Afrique francophone au moins, le système de santé assure une rente des plus confortables à tout professionnel, quelles que soient sa compétence et sa moralité, et ces professionnels savent à la perfection exploiter les intérêts économiques que leur activité présente pour les milieux d'affaires et leurs représentants politiques. Pour paraphraser les experts de la Banque mondiale, le système de santé public a précisément été construit par « ceux qui ont les moyens » pour le bénéfice de « ceux qui ont les moyens ». Comment compter sur l'État, lorsque l'État délègue aux professionnels le soin de décider, sans contrôle politique, sans contrepois démocratique ? Comment compter sur l'État, lorsqu'il n'est, comme dans la tradition du Mandé, qu'une « marmite » (*toda*) dans laquelle chacun est invité à se servir ? (Bagayogo, 1989, p. 456-459).

Audacieuse et naïve, telle m'apparaît la stratégie de la Banque mondiale dans le domaine de la santé. Il lui aura fallu vingt ans d'expériences plus ou moins heureuses pour admettre que « les performances des systèmes de santé, et les réformes de ce système en particulier, sont des questions politiquement sensibles dominées par des intérêts concurrents entre les producteurs

(y compris une variété de groupes professionnels ainsi que de fournisseurs de produits médicaux et pharmaceutiques), les assureurs, les consommateurs (chez qui des différences, selon les groupes d'âge ou de revenu en particulier, peuvent compliquer les discussions sur les objectifs des politiques), et les instances de régulation » (Banque mondiale, 1998, 31).

Note

* Remerciements : La préparation de cet article a été rendue possible par une subvention de l'ORSTOM, grâce à laquelle l'auteur a pu se rendre à Washington et rencontrer

un certain nombre de cadres de la Banque mondiale ; l'auteur remercie particulièrement Mead Over, Susan Stout, Martha Ainsworth et

A.E. Elmendorf des avis qu'ils lui ont donnés ; il reste seul responsable des analyses contenues dans cet article.

Références

- BAGAYOGO, S. 1989. « Lieux et théorie du pouvoir dans le monde mandé, passé et présent », *Cahiers des sciences humaines*, 4, p. 445-460.
- BANQUE MONDIALE. 1975. *Santé, politique sectorielle*. 93 p.
- . 1980. *Health Sector Policy Paper*. February, p. 85.
- . 1987. *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*. A World Bank Policy Study, 93 p.
- . 1992. *Better Health in Africa*. Africa Technical Department, Draft, august 21, 1992, 192 p. + annexes.
- . 1993a. *Rapport sur le développement dans le monde 1993, Investir dans la santé*. Washington, D.C
- . 1993b. *Better Health in Africa, 1993*. Africa Technical Department, Report n° 12577-AFR, december 14, p. 217.
- . 1994. *Pour une meilleure santé en Afrique, les leçons de l'expérience*. 283 p.
- . 1997a. *Evaluating Health Projects, Lessons from the Literature*. World Bank Discussion paper n° 356, 118. p
- . 1997b. *Health, Nutrition & Population. Sector Strategy, The Human Development Network*. The World Bank Group, 97 p.
- . 1997c. *Office Memorandum*. September 29.
- . 1998. *Lessons from Experience in NHP*. September 8, 48 p. + annexes.
- BIRDSALL, N. 1989. « Thoughts on « good health and good government », *Daedalus*. N° 118 hiver, p. 89-124.
- BRUNET-JAILLY, J. 1996. « La santé dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest après quinze ans d'ajustement », *Dans* : Coussy J. et Vallin J. (dir. publ.) *Crise et population en Afrique*. Paris, CEPED, p. 233-271.
- . 1998. « Health and aid in West Africa », article proposé à *Social Science and Medicine*. 45 p.
- JAMISON, D.T. ; MOSLEY, W.H. ; MEASHAM, A.R. ; BOBADILLA, J.L. 1993. *Disease Control priorities in Developing Countries*. Oxford Medical Publications for The World Bank, 746 p.
- MEASHAM, A. 1986. *Review of PHN Sector Work and Lending in Health 1980-1985* Technical Note 86-14, World Bank, Population, Health and Nutrition Department, Washington, DC.
- MURRAY, C.J.L. ; LOPEZ, A.D. 1996. *The Global Burden of Disease*. Harvard School of Public Health, World Health Organization, World Bank, 990 p.
- SERAGELDIN, I. ; ELMENDORF, A.E. ; ELTIGANI, E.E., 1994. « Structural adjustment and health in Africa in the 1980s », *Research in Human Capital and Development*. 8, JAI Press Inc, p. 131-195.

Peut-on modifier les comportements pour préserver la santé ?

John C. Caldwell*

Il existe des écarts sur le plan de la santé entre différents groupes affichant des comportements opposés. À vrai dire, toutes les données disponibles prouvent que des abîmes les séparent en ce qui concerne la santé et la mortalité, au-delà de ce que peut expliquer l'accès à des services médicaux et sanitaires.

Le changement sur la très longue durée est un premier type d'indicateur. En Occident, la mortalité n'a cessé de diminuer depuis au moins la fin du XVIII^e siècle. En Suède, pays qui possède les plus longues séries chronologiques de taux de mortalité, on peut montrer que la majeure partie de la baisse de la mortalité, en particulier chez les enfants, était acquise avant même que la médecine moderne, selon McKeown (1967), ait pu produire un effet appréciable (Caldwell, 1996, p. 611). Cela peut s'expliquer partiellement par des mesures de santé publique comme la distribution d'une eau de boisson de meilleure qualité (Preston et Van de Walle, 1978), mais l'essentiel doit probablement en être attribué à des changements sociétaux, surtout dans le secteur de l'éducation. Autre indicateur, on relève des différences prononcées en ce qui concerne la survie des enfants entre les différents groupes culturels des sociétés plurielles (Mensch *et al.*, 1985), et l'on constate qu'elles persistent même lorsque l'éducation et les revenus sont réglementés et que l'accès aux services de santé est gratuit ou bon marché.

John Caldwell est professeur émérite de démographie à l'Australian National University. Il est actuellement le coordonnateur du Health Transition Centre au National Centre of Epidemiology and Population Health de l'Université ; courrier : Jack.caldwell@nceph.anu.edu.au. John Caldwell fut le rédacteur en chef et fondateur de *Health Transition Review*. Sa femme, Pat Caldwell, et lui-même travaillent depuis de nombreuses années sur le contexte culturel, social et comportemental de la santé en Afrique subsaharienne et en Asie.

Ce sont les recherches systématiques consacrées aux effets du niveau d'instruction des parents qui fournissent la démonstration la plus spectaculaire de l'incidence des différences de comportement sur la survie des enfants. Au Nigéria, il a été prouvé que la mortalité postinfantile est beaucoup plus faible quand les mères ont une certaine instruction scolaire que lorsqu'elles n'en ont pas, même dans les cas où personne n'a accès à des services de santé modernes (Caldwell, 1979). La persistance de ces écarts s'est révélée quasiment universelle lorsque les facteurs socio-économiques pertinents sont réglementés (Cleland et Van Ginneken, 1988). Les parents ont une culture et des réactions comportementales sensiblement différentes selon leur niveau d'instruction.

L'éducation n'est qu'un aspect de la culture. En comparant les taux de mortalité postinfantile dans un certain nombre de pays différents, on a constaté qu'ils étaient très variables, même lorsque les revenus étaient réglementés (Caldwell, 1986). Il y avait aussi des déterminants sociaux plus généraux, dont la marge d'indépendance des femmes dans la prise de décisions, les facteurs de ce genre étant modelés par l'histoire et la religion.

La situation est complexe. En effet, alors que dans le tiers-monde contemporain, les écarts de niveaux d'instruction des parents se traduisent par des différences très prononcées dans la survie des enfants, on a découvert que ce n'était pas le

cas dans l'Amérique de la fin du XIX^e siècle (Preston et Haines, 1991). Il y a probablement une double explication à cela ; d'une part, à la fin du XIX^e siècle, la médecine avait peu à offrir, de l'autre, la médecine moderne n'est vraiment efficace que si les patients en sont suffisamment convaincus pour y recourir rapidement et suivre ses prescriptions. Dans les pays en développement, l'éducation véhicule notamment une croyance générale en la science moderne, et plus précisément en la médecine moderne. Dans l'Amérique de jadis, même les gens les moins instruits partageaient ce point de vue, car il faisait depuis longtemps partie de la culture.

Pourquoi la culture et les comportements influent-ils sur la santé ?

Si les cultures produisent des effets différents sur la santé, c'est qu'elles attribuent des valeurs différentes à la survie. Il n'y a pas lieu d'en être surpris, parce que aucune société n'accorde la priorité absolue à la santé et ne lui consacre toutes ses ressources au détriment de tous ses autres objectifs. Souvent même, les sociétés traditionnelles considèrent que la survie est pré-déterminée, ou du moins qu'elle est dans une large mesure indépendante de la volonté de l'être humain. Dans la plupart des sociétés prémodernes pauvres, cette idée n'est pas loin de la vérité. Selon leurs croyances religieuses, les sociétés peuvent fort bien interpréter différemment la valeur, voire l'opportunité de l'action humaine. Suivant leurs croyances sociales, elles peuvent décider différemment quels groupes, définis par l'âge et le sexe, ont le plus de valeur et méritent le plus de ressources.

Pour Simons (1989), la modernisation, la sécularisation et l'éducation auront eu deux effets majeurs sur les comportements qui agissent sur la santé : d'une part, l'importance grandissante accordée à la survie et l'idée de plus en plus ancrée qu'éviter la mort est une suprême fin et, d'autre part, la croyance en la responsabilité individuelle, c'est-à-dire l'idée qu'il incombe à chacun, et non à la collectivité, de prendre des dispositions pour réduire les risques ou pour commencer un traitement.

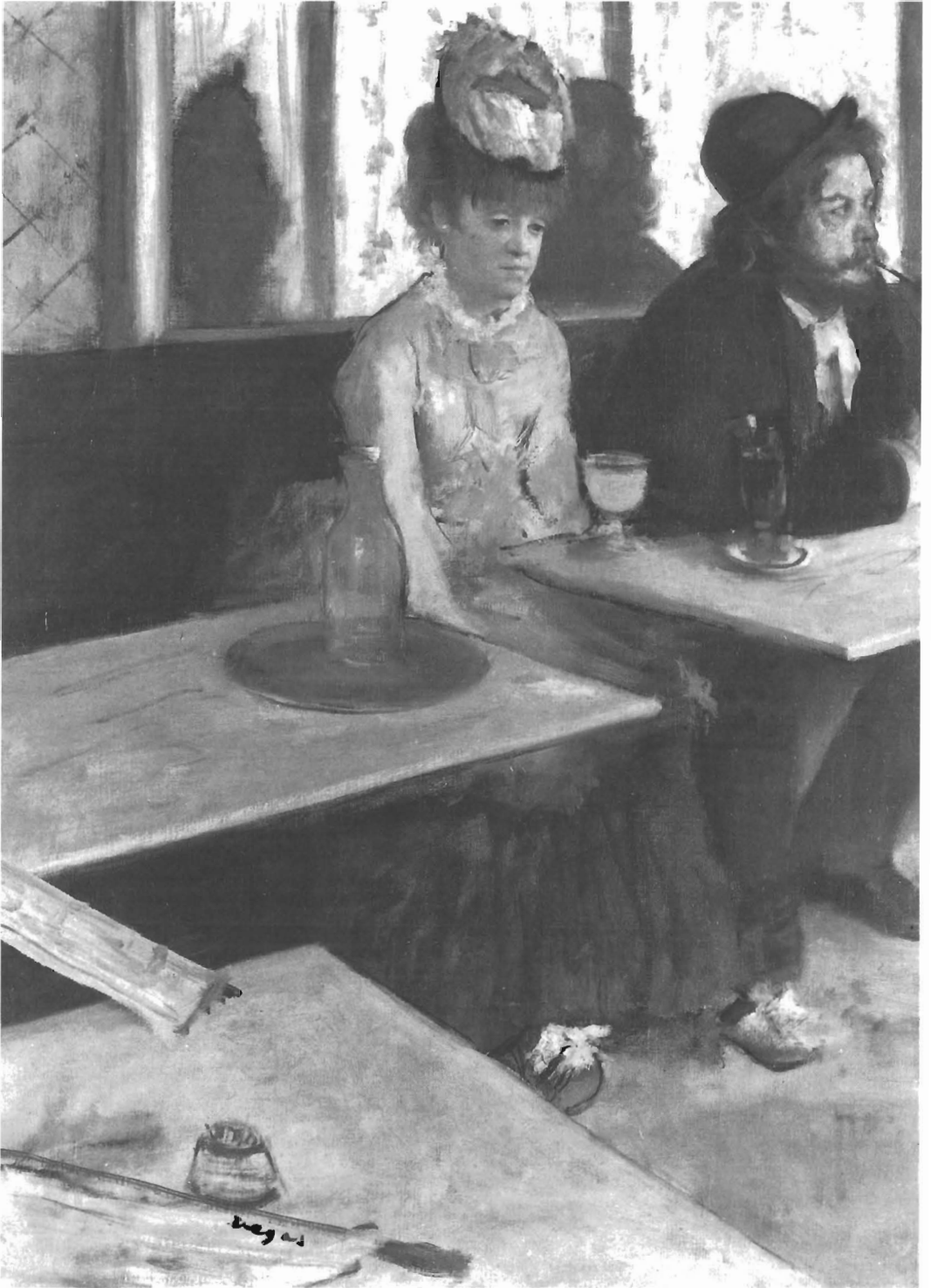
Les interventions visant à modifier les comportements peuvent-elles être efficaces ?

Il ne fait aucun doute que des changements effectifs de comportement se produisent nécessairement sur de longues durées ou du vivant d'un individu sous l'effet de l'éducation. La question plus pressante est de savoir si les interventions à court terme visant à modifier les comportements pour répondre à des besoins sanitaires bien précis peuvent donner des résultats, et elle est beaucoup plus difficile à résoudre, comme l'atteste le nombre relativement restreint de cas scientifiquement établis recensés dans les études pertinentes ou communiqués à des revues spécialisées comme *Health Transition Review*. Néanmoins, comme on le verra dans les paragraphes suivants, il y a des exceptions.

Les mouvements « Mère et enfant » sont toujours partis du principe qu'il était possible d'amener les mères à modifier leur comportement pour préserver la santé de l'enfant et réduire les risques de décès. Il est certain que, dans des pays comme l'Australie et les États-Unis, les premières activités de cette nature, au début du siècle, se sont accompagnées de chutes sans précédent de la mortalité infantile.

On a aussi admis que les programmes d'éducation destinés à accroître la sécurité routière ou à promouvoir l'exercice physique avaient donné des résultats intéressants. Or, d'après une étude australienne de la campagne en faveur de l'utilisation des ceintures de sécurité, il n'est pas sûr que celle-ci ait procuré un gain quelconque en plus de la baisse déjà observée depuis longtemps du nombre des accidents mortels qui est à porter au crédit d'une société plus prudente et plus protectrice (McDermott et Hough, 1979).

Le plus grand défi aura sans doute été l'épidémie de sida, en raison du rôle important que les comportements jouent dans la transmission de la maladie. Beaucoup d'efforts d'éducation n'ont pas été d'une efficacité considérable (O'Reilly et Piot, 1996), mais il y a des exceptions. Un programme mis en œuvre à Mombasa (Kenya) a donné quelques résultats. Des dispensaires installés dans des dépôts de camions fournissaient à la fois des services éducatifs et des préservatifs distribués gratuitement. Si l'usage du préservatif n'a pas augmenté, les activités sexuelles avec des partenaires à haut risque ont diminué. Ce sont les



L'absinthe, peinture d'Edgar Degas, 1846. Bulloz.

intéressés eux-mêmes qui l'ont déclaré, mais cette indication est corroborée par une baisse prononcée de la prévalence des MST (Jackson *et al.*, 1997). Entre 1989 et 1995, une réduction de 40 % de la séroprévalence du VIH a été observée chez les femmes enceintes fréquentant des dispensaires prénatals en Ouganda. D'après des enquêtes effectuées pendant cette période, le début de l'activité sexuelle a été reporté deux ans plus tard chez les jeunes, l'utilisation de préservatifs s'est inscrite en hausse de 40 % chez les hommes et de 30 % chez les femmes, et parallèlement, une réduction du nombre des rapports sexuels de rencontre était signalée chez les hommes jeunes, de 9 % en l'espace d'un an (Asiimwe-Okiror *et al.*, 1997). À Puerto Rico, un programme de sensibilisation à l'intention des toxicomanes par voie intraveineuse, qui prévoyait la distribution d'eau de Javel pour stériliser les aiguilles et de préservatifs pour éviter que les toxicomanes séropositifs n'en infectent d'autres, a affiché des succès modestes mais mesurables en matière de modification des comportements (Colon *et al.*, 1995).

Une enquête mondiale couvrant la période 1984-1995 a recueilli de très nombreuses déclarations indiquant une progression de l'utilisation de préservatifs découlant de programmes d'éducation et de distribution. Ses auteurs, Wingood et Diclimente (1996), estimaient cependant que, pour une bonne part, les mesures n'avaient pas été effectuées avec suffisamment de rigueur. Dans une autre enquête, O'Reilly et Piot (1996) traitaient également une grande partie des données recueillies avec circonspection, mais ils faisaient quand même état de légers succès des efforts faits à Miami pour modifier le comportement sexuel des patients atteints de MST et infectés par le VIH. Sur un plan plus général, ils relevaient que l'action menée pour tenter d'amener les populations américaines marginales à utiliser davantage les préservatifs avait été couronnée de succès, de même que l'expérience analogue conduite dans le sud-est du Nigéria.

Selon Pebley et Amin (1991), une intervention de santé publique au Punjab (Inde), qui était destinée à réduire la mortalité différentielle selon le sexe en resserrant l'écart nutritionnel, avait réussi, mais essentiellement du fait que le personnel sanitaire des centres de ravitaillement avait passé outre aux décisions des familles, et non parce que les attitudes ou le comportement des parents avaient changé. En Chine comme en

Gambie, on a constaté que les moustiquaires imprégnées d'insecticide avaient réduit les cas de paludisme (Banque mondiale, 1993, 1994), mais on ne possède pas suffisamment d'indications sur les personnes qui les choisissaient, ni sur la qualité de leur entretien. Les méthodes comportementales de sevrage tabagique par opposition au fait de ne pas commencer à fumer n'ont pas été très concluantes, peut-être à cause de l'accoutumance à la nicotine (Rose, 1996).

Dans le cas de la réhydratation orale, les données sur les résultats des interventions sont contradictoires. Il ressort cependant d'une étude du programme national égyptien de 1984, qui comprenait la mise en place d'unités médicales spéciales et une campagne très énergique dans les médias, que dans la période 1985-1998 la réhydratation orale avait réduit la mortalité infantile de 20 % environ et celle due aux maladies diarrhéiques de plus de 30 % (Rashad et Zeini, 1995). De 1981 à 1983 au Brésil, un programme en faveur de l'allaitement maternel a été mené sur un large front par l'intermédiaire des agents des services sanitaires, des médias, des écoles de soins infirmiers et du système éducatif. Cette campagne a vite porté ses fruits, qui, il est vrai, n'ont ensuite été que partiellement préservés, à Sao Paulo, mais elle a eu moins d'effet à Recife (Rea et Berquo, 1995). C'est parmi les groupes les plus pauvres qu'elle a eu le plus de succès.

Les questions de comportement interviennent même dans l'utilisation des services de santé. Kielmann *et al.* (1995) sont parvenus à la conclusion que le manque de services de santé pose un problème moins grave que la sous-utilisation de ceux qui existent par les « clients » auxquels ils s'adressent. D'où la nécessité, à leur sens, de trouver des moyens de rendre les dispensaires plus acceptables d'un point de vue culturel et d'associer davantage la communauté à leur création et à leur administration.

Changer les individus et changer la société

Les comportements peuvent influencer sur la santé de deux manières, l'une préventive, l'autre curative. Il y a davantage de chances qu'une mère possédant de l'instruction fasse soigner son enfant malade, mais aussi qu'elle fasse en sorte de ne pas le laisser tomber malade. Lorsqu'un tel résultat est obtenu par une meilleure alimentation ou une immunisation plus complète, il est mesu-

nable. Lorsqu'il tient à des soins attentifs et vigilants pour prévenir des accidents ou éviter qu'une maladie bénigne ne devienne une maladie grave, l'analyse quantitative est beaucoup plus difficile.

Même le recours aux services de santé est une question complexe. Dans le sud de l'Inde, nous avons constaté au début des années quatre-vingt qu'il y avait davantage de chances pour que la mère remarque la maladie de son enfant dès le début si elle avait de l'instruction et soit alors autorisée par sa belle-mère à utiliser les services modernes de santé. Le médecin l'écoutait plus longuement faire la description des symptômes et lui donnait des instructions plus détaillées (pensant que tous deux se comprenaient). Cette mère était plus susceptible de suivre très exactement les prescriptions du médecin et beaucoup plus encore de revenir vers lui si le traitement ne se révélait pas efficace.

Les recherches citées dans Caldwell (1986) montrent que ces interactions du niveau d'instruction de la mère et de la qualité et la facilité d'accès du système de santé ressortent dans les mesures macroscopiques de la survie des enfants. À Sri Lanka, l'instruction à elle seule n'a jamais servi à grand-chose tant que n'a pas été mis en place le service de santé national, à la fin des années quarante. Inversement, certains pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, dès qu'ils sont devenus riches, se sont hâtés de se doter d'un équipement médical moderne, avant que les mères n'aient été éduquées ou mises en condition pour prendre des décisions indépendantes, et ils ont pareillement échoué à réduire substantiellement la mortalité postinfantile.

Il devrait être possible d'induire des changements de comportement pour vaincre, par exemple, beaucoup des difficultés auxquelles les mères sans instruction se heurtent dans le sud de l'Inde. Cela dit, les études disponibles offrent peu d'exemples d'actions sur les comportements qui aient réussi. C'est ce que l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population a mis en évidence dans un recueil publié en vue de la Conférence sur l'évaluation d'impact des interventions sanitaires (Rashad *et al.*, 1995). Si les interventions médicales ont donné lieu à de nombreux rapports, il y en a eu, en revanche, très peu sur les interventions d'ordre social ou comportemental.

L'interprétation et la mesure posent toutes deux le même problème en ce sens que les inter-

ventions sanitaires techniques et les tentatives pour modifier les comportements sont en général conduites ensemble dans un même projet. Ainsi, lorsqu'il s'agit de faire augmenter l'usage du préservatif dans des sociétés où le sida est très répandu, il faut à la fois rendre les préservatifs plus accessibles et en encourager l'utilisation. Même ceux qui participent à la réalisation du projet jugent presque impossible de séparer les deux. Ce problème a aussi été source de confusion dans l'interprétation du succès des programmes de planification familiale (Caldwell et Caldwell, 1992). Du point de vue méthodologique, il est difficile d'isoler l'offre d'une nouvelle prestation médicale, la connaissance de son existence et la disposition à s'en servir. L'histoire de l'évaluation des projets de réhydratation orale en donne un exemple éloquent.

Avec plus de recul

Il ne fait pas de doute que le changement social peut faire baisser les taux de mortalité. Ainsi, nous avons habituellement attendu que les bienfaits de sociétés toujours plus individualistes et plus éclairées se matérialisent. Le fait que ce changement a réellement des effets bénéfiques sur la santé prouve que nous devrions être capables de modifier sélectivement nos comportements pour obtenir des résultats bien précis dans le domaine de la santé. Certaines crises nous ont forcés à enrayer, au premier rang desquelles, dans le monde contemporain, l'épidémie de sida.

L'un des problèmes que posent les interventions visant à induire un changement de comportement est que celui-ci risque d'avoir des ramifications beaucoup plus étendues que son impact sur la santé – ce dont la sous-réaction à l'épidémie de sida en Afrique fournit la démonstration (voir Caldwell *et al.*, 1992). Au niveau individuel, les gens se sont montrés peu disposés à renoncer à une vie sexuelle variée et, de leur côté, les gouvernements ne voulaient guère, pour des raisons politiques, passer pour des champions du puritanisme en s'opposant à des pratiques très largement répandues. C'est un problème qui se pose pour toutes sortes d'actions de santé publique dans des domaines qui vont du tabagisme à l'alimentation. Les responsables de la santé publique se sont montrés réticents à y réfléchir : au forum organisé en 1997 sur le sujet par la *Health Transition Review*, la plupart des intervenants du milieu médical et des services de santé

publique avaient peu de choses à dire sur les choix, mais ils avaient manifestement du mal à comprendre les gens choisissant des comporte-

ments qui ne maximisaient pas leurs chances de rester en bonne santé.

Traduit de l'anglais

Note

* Jeff Marck, Wendy Cosford et Diane Crosse ont prêté leur concours à l'auteur.

Références

- ASIIMWE-OKIROR, G. ; OPIO, A.O. ; MUSINGUZI, J. ; MADRAA, E. ; TEMBO, G. , CARAEL, M. 1997. « Changes in sexual behaviour and decline in HIV infection among young pregnant women in urban Uganda ». *AIDS*, 11, p. 1757-1763.
- BANQUE MONDIALE. 1993. *Rapport sur le développement dans le monde : investir dans la santé*. Washington, Banque mondiale.
- . 1994. *Population and Development : Implications for the World Bank*. Washington, Banque mondiale.
- CALDWELL, J.C. 1979. « Education as a factor in mortality decline : an examination of Nigerian data ». *Population Studies*, 33, p. 395-413.
- . 1986. « Routes to low mortality in poor countries ». *Population and Development Review*, 12, p. 171-220.
- . ; CALDWELL, P. 1992. « What does matlab really show ? ». *Studies in Family Planning*, 23, p. 292-310.
- . ; - ; ORUBULOYE, I.O. 1992. « Underreaction to AIDS in sub-saharan Africa ». *Social Science and Medicine*, 34, p. 1169-1182.
- CALDWELL, P. 1996. « Child survival : physical vulnerability and resilience in adversity in the european past and the contemporary third world ». *Social Science and Medicine*, 43, p. 609-619.
- CLELAND, J.G. ; VAN GINNEKEN, J.K. 1988. « Maternal education and child survival in developing countries : the search for pathways of influence ». *Social Science and Medicine*, 27, p. 1357-1368.
- COLON, H.M. ; SAHAI, H. ; ROBLES, R.R. ; MATOS, T.D. 1995. « Effects of a community outreach program in HIV risk behaviors among injection drug users in San Juan, Puerto Rico : an analysis of trends ». *AIDS Education and Prevention*, 7, p. 195-209.
- HEALTH TRANSITION REVIEW. 1997. « Forum. What are the limits ? » 7, p. 73-107.
- JACKSON, D.J. ; RACKWAR, J.P. ; RICHARDSON, B.A. ; MANDALIYA, K. ; CHOCHAN, B.H. ; BWAYO, J.L. ; NDINYA-ACHOLA, J.O. ; MARTIN, H.L. Jr. ; MOSES, S. ; KREISS, J.K. 1997. « Decreased incidence of sexually transmitted diseases among trucking company workers in Kenya : results of a behavioural risk-reduction programme ». *AIDS*, 11, p. 903-909.
- KIELMANN, A.A., NEUVIANS, D. ; KIPP, W. ; DILLER, G. ; STIERLE, F. ; KORTE, R. 1995. « Quality, quantity and utilization of basic health services ». *Dans* : Rashad, H. ; Gray, R. ; Boerma, T. (dir. publ.), *Evaluation of the Impact of Health Interventions*. Liège, Union internationale pour l'étude scientifique de la population.
- McDERMOTT, F. ; HOUGH, D. 1979. « Vehicle occupant fatalities after legislation for compulsory wearing of seat belts in Australia ». *Medical Journal of Australia*, 2, p. 571-575.

- McKEOWN, T. 1967. *The Role of Medicine . Dream, Mirage or Nemesis*. Londres, Nuffield Hospitals Trust.
- MENSCH, B. ; LENTZNER, H. ; PRESTON, S. 1985. *Socio-economic Differentials in Child Mortality in Developing Countries*. New York, Nations Unies.
- O'REILLY, K.R. ; PIOT, P. 1996. « International perspectives on individual and community approaches to the prevention of sexually transmitted disease and human immunodeficiency virus infection ». *Journal of Infectious Diseases*. 174 (supp. 2), p. 5214-5222
- PEBLEY, A.R. ; AMIN, S. 1991. « The impact of a public-health intervention on sex differentials in childhood mortality in rural Punjab, India ». *Health Transition Review*. 1, p. 143-169.
- PRESTON, S.H. ; HAINES, M.R. 1991. *Fatal Years : Child Mortality in Late Nineteenth Century America*. Princeton, Princeton University Press.
- ; VAN DE WALLE, E. 1978. « Urban french mortality in the nineteenth century ». *Population Studies*. 32, p. 275-297.
- RASHAD, H. ; GRAY, R. ; BOERMA, T (dir. publ.). 1995. *Evaluation of the Impact of Health Interventions*. Liège, Union internationale pour l'étude scientifique de la population.
- ; ZEINI L. 1995. « Evaluating the impact of oral rehydration interventions : critical concerns ». *Dans* : Rashad, H. *et al.* (dir. publ.), *Evaluation of the Impact of Health Interventions*. Liège, UIESP.
- REA, M. ; BERQUO, E. 1995. « The programme to promote breast feeding in Brazil. An example of social mobilization ». *Dans* : Rashad, H. *et al.* (dir. publ.), *Evaluation of the Impact of Health Interventions*. Liège, UIESP.
- ROSE, J.E. 1996. « Nicotine addiction and treatment ». *Annual Review of Medicine*. 47, p. 493-507
- SIMONS, J. 1989. « Cultural dimensions of the mother's contribution to child survival ». *Dans* : Caldwell, J.C. ; Santow, G. (dir. publ.), *Selected Readings in the Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*. Canberra, Health Transition Centre, Australian National University.
- WINGOOD, G.M. ; DICLIMENTE, R.J. 1996. « HIV sexual risk reduction interventions for women : a review ». *American Journal of Preventive Medicine*. 12, p. 209-217.

La modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire

Harris Memel-Fotê

L'anthropologie de la santé témoigne de deux faits de portée universelle. Le premier est que, dans les sociétés connues, les malades en quête de santé au sens de leur culture suivent une diversité d'itinéraires thérapeutiques à leur disposition ; le second est que ces itinéraires thérapeutiques appartiennent soit à un même système médical (lorsque les patients vont d'un soignant à un autre de la même culture), soit à deux ou plusieurs systèmes d'origines différentes (lorsque les patients s'adressent à des soignants de cultures différentes). Dans les sociétés où le pluralisme des systèmes est attesté, les séries transculturelles d'itinéraires ajoutent, à la diversité interne à chaque système médical, la richesse et la complexité propres à l'usage de différents systèmes. Telle est la situation qui caractérise l'Afrique noire post-coloniale.

Cette situation de complexité thérapeutique soulève au moins trois problèmes qu'il faut élucider :

Un problème historique : quels sont les systèmes médicaux en présence et, si possible, comment ont-ils été mis en place dans l'espace et le temps ?

Un problème anthropologique : il s'agit d'analyser la complexité des itinéraires thérapeutiques qu'empruntent les malades, leurs rapports avec les différentes sortes de soignants : la caution positive ou négative que ces derniers leur offrent ;

Un problème théorique : les faits, une fois établis, il s'agit d'en rendre compte, il s'agit de les comprendre ou de les expliquer. C'est à ce niveau que se pose la question de la légitimité du concept de syncrétisme médical. Si syncrétisme il y a, en même temps qu'il faut savoir en quel sens et pour qui il y a syncrétisme, n'est-ce pas ce syncrétisme lui-même qu'il faudrait expliquer, et expliquer non seulement comme fait d'histoire des

sciences et techniques, mais encore comme fait d'histoire économique, sociale, politique et culturelle, en tant que moment et forme d'adaptation socio-culturelle à la modernité médicale ou moment et forme d'appropriation de cette modernité médicale ou, mieux encore, d'appropriation adaptative ?

Pour illustrer cette situation africaine, nous avons choisi la Côte d'Ivoire, terre

de colonisation française depuis 1893, nation de l'Afrique de l'Ouest depuis 1960, célèbre dans les premières décennies de son indépendance pour sa stabilité politique relative, ses performances économiques et ses relatifs succès en matière de politique de santé (Kaké, 1987, 2^e et 3^e volumes).

Un cadre terminologique minimal est indispensable à cette démarche. Par système médical, nous donnons à entendre, dans ce document, un ensemble, propre à une culture, de quatre éléments : les représentations de la santé et de la

Harris Memel-Fotê a commencé sa carrière en enseignant la philosophie à l'Ecole normale supérieure d'Abidjan, avant d'être nommé dès 1965 au département d'anthropologie de l'Université d'Abidjan. Son activité de recherche et de publication est très importante, et concerne des domaines variés, qui vont de l'esthétique à l'anthropologie, discipline à partir de laquelle il a étudié aussi bien les systèmes politiques et la santé que l'esclavage. Il a été nommé associé au Collège de France en 1995-1996.

maladie et la vision du monde qui les justifie (le cas échéant), les pratiques (activités de santé, attitudes et comportements) s'y rapportant, les institutions et les personnels qui prennent en charge ces représentations et ces pratiques.

Nous nommons *configuration médicale* l'ensemble des systèmes médicaux qui cohabitent dans une société.

Le concept de *modernité*, quant à lui, renvoie à deux rapports liés en relation dialectique avec les caractères de la société organique qu'évoque la primitivité ou la tradition : d'une part, autonomie et différence des domaines et objets de connaissance (nature, surnature, homme...), autonomie et liberté des sujets dans la connaissance et l'action ; d'autre part, efficacité expérimentale accrue qui améliore la productivité économique, les conditions de vie, la gestion et le fonctionnement des institutions. La *modernisation*, comme concept anthropologique, désigne alors le processus global, inégal, contradictoire, de réalisation négociée de la modernité dans la représentation, dans les pratiques et dans l'institution.

Jalons pour une histoire de la configuration médicale de la Côte d'Ivoire : du multiple à l'unité

Quatre traditions médicales d'origines différentes ont formé la configuration médicale actuelle de la Côte d'Ivoire ou, comme on le désigne dans la littérature officielle, le système national de santé : ce sont la tradition africaine animiste et la tradition arabe musulmane, toutes deux passées à l'état de médecines populaires, puis la médecine européenne occidentale et, récemment, la médecine chinoise, ces deux dernières classées en raison de leurs traditions écrites et formalisées comme médecines savantes (de Rosny, 1992, p. 47-62).

Les médecines populaires

Sauf pour la période récente, avec les courants culturels qui se sont mis en place du XV^e au XVIII^e siècle (courant *anyi-baulé* venu de l'actuel Ghana, courant *kulango-lobi* issu de l'actuel Burkina Faso, courant *bambara-malinké* provenant du Mali médiéval et courant des derniers *Kru*), on ne saurait dater « le sous-sol ancestral »

de la tradition animiste qui remonte à la pré-histoire.

La médecine africaine animiste, de si vieille souche, a pour première caractéristique d'être populaire, en deux sens au moins. Son site natal est le village, la campagne son espace de floraison. Parce que son invention et sa transmission sont assurées par la parole et non par l'écrit, ses chefs-d'œuvre restent anonymes et appartiennent au peuple. Dans le long terme, la vision du monde qui justifie la représentation de la santé et de la maladie est à la portée de tous : hommes et femmes, vieux et jeunes. Un personnage central gère la santé, c'est le guérisseur : *nigunon* (Senufo), *flabola* (Malinké), *gozenognon* (Dida), *arêfwê* (Baulé). De celui-là qui guérit à l'aide de médicaments (*arê*, *goze*, *fla*) se distingue le devin-guérisseur, qui s'interroge sur l'origine et le sens avant d'opérer matériellement : *tienfollo* (Senufo), *flèlikèla* (Malinké), *zriblegnon* (Dida), *komien* (Baulé).

La deuxième caractéristique de cette médecine, c'est sa globalité. Celle-ci tient d'abord à sa conception large de la santé, de la maladie et de la guérison, elle-même liée à l'idée de vie. Comme la vie est universelle, selon la plupart des mythologies, ainsi la santé s'étend à tous les genres d'êtres, au niveau individuel du corps et de l'esprit, au niveau social des rapports internes aux communautés et entre communautés, et au niveau culturel des rapports entre la communauté humaine et l'environnement naturel et symbolique. Aussi bien, les malades en quête de soins conjuguent-ils deux préoccupations : celle de la santé individuelle et celle de l'harmonie avec la communauté. Cette seconde préoccupation à laquelle s'associe l'harmonie avec l'environnement symbolique (ancêtres, nature, Dieu) définit la troisième caractéristique : la capacité d'intégration médicale à la société et au monde.

La médecine arabo-musulmane, née dans les villes et les écoles du Moyen-Orient, répandue en Afrique médiévale par les centres politiques et les voies de commerce à longue distance, en exercice dans la Côte d'Ivoire précoloniale du XVII^e au XIX^e siècle, peut être dite également populaire. Elle a, en effet, suivi la décadence de l'empire du Mali, la dispersion et la ruralisation de l'aristocratie, et sinon la désislamisation effective, du moins une baisse du niveau des connaissances accumulées par la science arabo-musulmane. Sauf la cité de Kong, au nord-est du pays, célèbre au XVIII^e siècle en Afrique de



Oreiller anti-insomnie, fait d'un champignon, province de Fianarantsoa-Antoetra, Madagascar. J. Oster/Musée de l'Homme, Paris.

l'Ouest pour son université, ses lettrés (*karamoko*) et ses industries, les villes secondaires dans le nord-ouest (Odienné, Séguéla, Mankono et Touba) ne connaissent en général que des écoles coraniques où l'on apprend à lire et à réciter le Coran, et à la rigueur des *medersa* où l'on enseigne l'arabe. Cette médecine qui n'exclut pas le recours aux ancêtres et aux génies est aussi globale et intégrée. Le personnage principal qui l'exerce se nomme ici le marabout (*marybucke* d'un texte du XVII^e siècle) ; peut le suppléer le *waliyu*, tout pieux fidèle détenteur du don de guérison. Ce rôle peut être joué aussi bien par un *dyula* ou marchand, par un *imam* ou prêtre, que par un agriculteur et un lettré (Jobson, 1683/1932, p. 84-122 ; Terray, 1995, p. 71).

Les médecines savantes

Nous ne ferons pas grand cas de la médecine chinoise, apparue en Côte d'Ivoire après l'indépendance de ce pays, autour du personnage de

l'acupuncteur, à qui la presse écrite fait une large publicité. Par rapport à cette médecine récente, la médecine européenne occidentale, plus anciennement établie, est principale et décisive.

L'apprentissage des médecines savantes constitue une voie de la modernisation. Cette voie est ici double : la voie coloniale de la modernisation par le haut et la voie indépendante de la modernisation par le bas.

Avant d'être une voie formelle de modernisation, la colonisation française a commencé par être une introduction forcée à l'économie monétaire, sous la forme d'une « mise en valeur » purement économique. De 1905 à 1921, en effet, l'organisation du service de santé qui accompagne la mise en place de l'administration se présente comme une entreprise centralisée, imposée à tout le territoire conquis par l'État impérial (Domergue-Cloarec, 1986). Cette organisation comprend, d'une part une direction des services correspondant à l'inspection des services sanitaires et médicaux de l'Afrique occidentale

française (AOF) et assistée d'un Conseil de santé, d'autre part un service des troupes coloniales, un service des établissements hospitaliers, des services de la police sanitaire maritime, de la protection contre des épidémies et les endémies, des services de l'hygiène et de la santé publique. Ensuite, destinée à soutenir l'œuvre de conquête, cette organisation, qui repose sur le docteur en médecine, est dirigée principalement par des médecins militaires. Enfin, le service de l'assistance médicale indigène (AMI) qui y est créé traduit l'intention discriminatoire et paternaliste de cette politique de santé : veiller d'abord et essentiellement à la santé de la population européenne, organiser un service spécial pour les indigènes sans les impliquer aucunement dans l'action sanitaire, ce qui exclut la question sans objet de la possible collaboration entre cette médecine et la médecine traditionnelle africaine. Le fait est que l'école africaine de médecine, créée en 1918 à Dakar et complétée en 1919 d'une section de pharmacie et d'une section vétérinaire, forme un personnel subalterne, dit de médecins, de pharmaciens et de sages-femmes auxiliaires. Comme infrastructures de base, le service militaire et le service civil destinés aux citoyens français et européens reposent sur des infirmières-ambulances, des postes médicaux, alors que, pour les « indigènes », l'AMI opère dans des dispensaires et des postes médicaux, à côté desquels sont ouvertes des unités de consultation. L'hôpital, infrastructure majeure, reste la formation sanitaire alors exceptionnelle.

Si, de 1921 à 1945, « une politique de santé de masse » intervient et est poursuivie avec quelques innovations (service d'assistance psychiatrique, récréation d'un service de la trypanosomiase), c'est à partir de 1946 que la modernisation des territoires d'outre-mer devient objet de programme politique : elle vise, par des plans quadriennaux, à améliorer les rendements de la médecine de soins, de la médecine prophylactique, de la recherche médicale, le recrutement et la formation du personnel, à rendre plus efficace la gestion administrative. De fait, l'organisation du service de santé s'étoffe progressivement de nombreux services : Inspection médico-scolaire, Protection maternelle et infantile, Aviation sanitaire, École de médecine de Dakar créée en 1950 pour former des docteurs d'État, Comité de lutte contre l'alcoolisme, Centre de rééducation sociale (1955), Médecine du travail, Service médical pénitentiaire, Services spécialisés (de radio-

logie, d'oto-rhino-laryngologie, d'ophtalmologie, de médecine dentaire), Ministère de la santé publique et de la population, créé sous la loi-cadre organisant le régime d'autonomie interne et qui ouvre une nouvelle ère (1957).

De son étude, qui couvre pratiquement toute la période coloniale, D. Domergue-Cloarec tire quelques conclusions et en dégage rapidement les conséquences épistémologiques, méthodologiques et éthiques. Le premier constat est que, pour la période considérée, la médecine européenne, bien qu'efficace et familière à la fraction aisée de la population, n'a pu, faute de volonté politique et malgré les ressources économiques disponibles, concurrencer la médecine traditionnelle à laquelle la majorité de la population continue d'avoir recours (Domergue-Cloarec, 1986, p. 1193, p. 1198). Le second constat est que, pour les couches favorisées de la population, la médecine européenne est venue simplement « se surajouter » à la médecine traditionnelle. Enfin, à cause de son efficacité, cette médecine européenne reste cependant « un phénomène irréversible » dans la nouvelle culture africaine. La coexistence et la superposition s'expliquent, selon notre auteur, par le fait que la médecine occidentale n'a aucune racine dans la culture africaine. De ses constats, l'historienne tire en outre deux conséquences : l'une, épistémologique, selon laquelle c'est un faux problème que de proposer le dilemme « ou l'une ou l'autre médecine », « parce que c'est mettre sur le même plan deux choses tout à fait différentes » ; l'autre, méthodologique et éthique, à savoir qu'il faut « reconnaître à chacune ses mérites » (Domergue-Cloarec, 1986, p. 1199).

La première phase de la voie indépendante qui correspond aux trois décennies de l'indépendance peut être dite européenne. La politique nationale de la santé a consisté à développer, avec des moyens accrus, la logique de la seule médecine occidentale. Résultat : l'importance quantitative du couvert sanitaire et des structures de santé, le volume et la qualité relative du personnel moderne, toutes choses qui font dire aux observateurs étrangers que la Côte d'Ivoire est, sous ce rapport, parmi les pays développés d'Afrique noire. De 1988 à 1990, les dépenses de santé publique y représentent 3 % du PNB, mais de 1990 à 1994, elles tombent à 1,7 %, au-dessous de la moyenne (2,5 %) connue dans les États d'Afrique subsaharienne. Le ratio médecin/habitant y est de 1/12 315, à comparer à la



Marché des remèdes traditionnels, Umlazi Township, Durban, Afrique du Sud, 1994. Alan Reiningger/Contact.

moyenne africaine de 1/23 850, la norme de l'OMS étant cependant de 1/2 000 habitants (Blibolo, 1998, p. 47-52).

Vers une médecine nationale intégrant médecine moderne et médecine traditionnelle

Il faut attendre les années 1985-1995, années où les programmes d'ajustement structurel produisent des effets extrêmes, où s'effondrent les structures de santé, et où apparaît et se répand le sida, années de floraison exceptionnelle de la médecine traditionnelle, pour que la médecine nationale devienne africaine.

L'institution du cadre national de la modernisation par le haut

Du point de vue historique, avant 1995, malgré le lancement par l'OMS, dès la deuxième décennie de l'indépendance, du Programme d'utilisation officielle de la médecine traditionnelle dans les

systèmes nationaux de santé des pays en développement, aucune politique globale n'est définie, si ce n'est la valorisation de la pharmacopée (élément du premier plan de développement quinquennal 1960-1965, objet d'une recommandation adoptée par l'Organisation de l'unité africaine en 1965, sujet de recherche universitaire en 1971, etc.). En 1995 intervient pourtant une mutation idéologique et politique : le nouveau chef de l'État, dans son discours-programme, exprime la volonté de « voir se développer une véritable coopération entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle [...] élément majeur du patrimoine culturel national ». L'année 1996 inaugure alors la mise en place, par quelques actes décisifs, du cadre institutionnel de cette coopération modernisatrice : un décret du 13 mars organisant le Ministère de la santé publique y crée une sous-direction de la médecine traditionnelle au sein de la direction des établissements et professions sanitaires ; le Plan national de développement sanitaire (PNDS), publié en avril, prévoit un financement de la collaboration avec la

médecine traditionnelle : début octobre, un atelier dit « de consensus » porte sur l'intégration de la médecine traditionnelle au système national de santé ; fin octobre, en attendant des textes législatifs en chantier sur les conditions d'exercice, l'organisation et la déontologie de la médecine traditionnelle, un décret fixe les conditions d'autorisation, d'immatriculation et d'installation dans le secteur privé des professions de santé, parmi lesquelles les praticiens de la médecine traditionnelle, et un arrêté fixe les attributions de la sous-direction de la médecine traditionnelle.

Au plan théorique, trois concepts esquissent la logique du nouveau cadre institutionnel : le concept d'organisation, le concept de collaboration, le concept d'intégration. En attendant le texte définitif de la loi, l'organisation, en première approximation, consiste en l'identification des praticiens, de leurs établissements, de leurs compétences et, considérant ces compétences, à recenser et classer les plantes utiles ; et, pour les établissements d'exercice, à définir les normes d'hygiène ; elle concerne aussi l'association des praticiens en une corporation autonome apte à prendre en charge les intérêts du métier, et à contrôler les membres. Alors que l'organisation est interne, suppose et consolide l'autonomie du corps, la collaboration ou, au sens large, la coopération, qui suppose le dialogue, consiste en une relation réciproque dans laquelle les agents de l'une ou l'autre médecines échangent les ressources de santé (soins, médicaments, formation, expériences...). Quant à l'intégration, elle s'entend en deux sens ici : en termes de réciprocité, c'est l'échange entre systèmes des éléments de soins, d'expériences et de formation ; en termes de rapports à un centre, elle est la participation à l'ensemble du système national de santé pour son amélioration qualitative et l'accroissement de son efficacité.

Programme d'une médecine nationale africaine, en ce qu'il est une synthèse, ce cadre a pour vocation d'élargir la base de la modernisation par le haut, et d'accélérer en même temps la modernisation par le bas. Sous le premier rapport, une contradiction de fond, qui oppose l'ordre corporatiste à l'ordre politique, en limite le progrès : alors que le décret du 25 octobre ne reconnaît que deux secteurs – public et privé – et inscrit les praticiens de la médecine traditionnelle dans le second, l'arrêté distingue trois secteurs – le public, le privé et le traditionnel –, et par conséquent propose une modernisation du corps

dans un cadre fermé. Sous le second rapport, cependant qu'il est trop tôt pour évaluer les apports de la nouvelle politique, l'histoire révèle qu'avant 1996 une dialectique complexe était à l'œuvre, sur le terrain, dans tout le pays.

La modernisation par le bas : ses contradictions et ses luttes

Des études récentes apportent d'ailleurs des illustrations des conflits qui se manifestent dans cette voie. Bien qu'elle soit exceptionnelle, mais en raison précisément de son caractère global et absolu, il faut citer l'opposition de type métaphysique et religieux, à toute médecine, la moderne et la traditionnelle, qu'affiche l'Église du christianisme céleste, au motif que « l'Église du christianisme céleste soigne toutes les maladies » (Memel-Fotê, 1998, p. 74-77). Une autre opposition globale, qui divise les deux médecines, est de type culturel : elle aurait sa racine dans la tradition, et dans la croyance dogmatique en la toute-puissance de cette dernière ; telle serait l'attitude des *Lobi* (ethnie du nord-est, à cheval sur la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso et le Ghana), qui n'ont pas confiance dans la médecine moderne, ne fréquentent presque pas l'hôpital, et s'adressent toujours au *tildare* ou devin-guérisseur du lignage.

En général, cependant, l'opposition se veut spécifique, sélective, ciblée. Certains scientifiques comme certains guides spirituels la voient dans l'hétérogénéité des méthodes, l'une universelle et expérimentale, l'autre initiatique et symbolique. D'autres la situent plutôt dans l'hétérogénéité des techniques : précision du diagnostic et du dosage là, contre imprécision ici ; ou spécialisation de plus en plus pointue, d'un côté, contre prétention à la polymathie, ou à l'omniscience de l'autre côté. Alors que certains guides spirituels de l'Église protestante baptiste, dans leurs œuvres et missions, n'autorisent que la médecine moderne « qui vient de Dieu » et maudissent les guérisseurs dont « l'esprit est diabolique et la guérison éphémère », d'autres autorisent la fréquentation de tous les personnels de santé modernes, mais, parmi les guérisseurs, la consultation des seuls phytothérapeutes, qui n'associent pas la divination à leur pratique (Memel-Fotê, 1998, p. 77-86). Derrière ces oppositions, un immense espace à la fois rural et urbain se profile où la médecine traditionnelle s'exerce en toute liberté comme si la médecine

moderne n'existait pas ou n'avait jamais existé, tant il est vrai qu'une culture millénaire comporte des végétations de tous âges et des sous-sols de profondeur infinie.

Au-delà des oppositions, les unes idéologiques, les autres culturelles, les autres encore objectives et normatives, se dessinent pourtant des rapprochements qu'il y a lieu de décrire et d'analyser. Les uns procèdent des personnels de santé modernes, les autres des personnels de santé traditionnels, les troisièmes, plus complexes, sont le fait des malades.

La modernisation par le bas : les initiatives réciproques et conjointes de coopération entre les personnels de santé modernes et les personnels de santé traditionnels

Lors d'une enquête récente (Memel-Foté, 1998, p. 80-81), de nombreux professionnels de santé modernes ont témoigné entretenir des rapports directs et suivis avec leurs homologues de santé traditionnels. Si certains de ces témoins descendent de parents guérisseurs, ils fondent en raison leurs attitudes sur trois arguments objectifs : un argument anthropologique (« toute société a sa manière spécifique de se soigner »), un argument historique déjà évoqué par D. Domergue-Cloarec (« les Ivoiriens, avant la médecine européenne, ont fait face à leurs problèmes de santé grâce au patrimoine médical de leurs ancêtres »), et un argument sociologique (« si des millions de personnes sollicitent la médecine traditionnelle, c'est parce qu'elle soulage certaines pathologies pour lesquelles la moderne est encore impuissante : asthme, diabète, épilepsie, ictère, fractures... »). De fait, tous les témoins ont fréquenté un guérisseur, l'infirmier X de Korhogo pour des maux d'yeux, la sage-femme Y pour son asthme et le médecin-chef Z de l'hôpital de Duekoué pour des problèmes psychologiques (« perturbations dans la vie »), un autre médecin-chef de Divo pour obtenir des plantes qui le soulagent en cas d'accès palustre.

Sur vingt-trois agents de la santé modernes interrogés lors de la même enquête dans les quatre régions culturelles du pays (région *mandé* au nord-ouest, région *gur* au nord-nord-est, région *kru* à l'ouest et au sud-ouest, région *akan* au centre et au sud-est), dix (cinq médecins et

cinq sages-femmes) se trouvent avoir organisé trois formes de coopération informelle avec les guérisseurs. Tantôt, c'est l'échange ou l'orientation des malades (du médecin-chef de Bouaflé vers le guérisseur de fractures du village de Garango, du médecin-chef de Korhogo vers le guérisseur psychiatre de Katanvogo pour « une maladie mystique ») : tantôt c'est la complémentarité thérapeutique (le médecin-chef de Bouna se rendant chez un *tildare* de Gnakaradou pour soigner un cas d'hypertension, l'infirmier de Dinaoudi se déplaçant, pour panser des plaies ouvertes sur des personnes souffrant de fractures, au « dispensaire » de la confrérie des guérisseurs *kulango*).

De même, en une forte proportion (16 sur 43), des guérisseurs et devins-guérisseurs ont témoigné avoir coopéré non seulement entre eux, suivant diverses modalités (pérennisation des rapports entre maître et disciple, échange de malades, échange d'expériences et de médicaments...), mais encore avec les personnels de santé modernes. Avec ces derniers, tantôt ils procèdent à des échanges de patients : ainsi ont-ils en effet reçu de nombreux cas de folie (en est destinataire en particulier le *tienfollo* ou devin-guérisseur *senufa* de Katanvogo), des cas de stérilité secondaire (qui seront soignés par une *kpêlêo*, guérisseuse *abê*, institutrice catholique à Agboville), des cas gynécologiques de « trompes bouchées » ou *boboduman* (dont le spécialiste est une *arêfwê* ou guérisseuse *baulé* du quartier Broukro à Bouaké) ; tantôt ce sont les guérisseurs qui adressent les malades aux médecins modernes soit pour des analyses médicales, des affections pulmonaires, des cas d'anémie, de déshydratation ou relevant de la chirurgie, soit pour obtenir une échographie.

Il est arrivé que les deux sortes d'agents pratiquent la complémentarité thérapeutique en intervenant sur le même patient, chacun dans le domaine de sa compétence. Ainsi à Dinaoudi, préfecture de Bondoukou, l'infirmier soigne les blessés et les plaies, tandis que le guérisseur traite les fractures. À Bouna, le médecin-chef se rend au village du guérisseur pour faire des examens de sang et de selles du patient que le *tildare* soigne par ailleurs pour la dimension psychologique ou mystique. L'identification des plantes est une troisième forme de coopération : tels phytothérapeutes de Bouaké et de Bondoukou acceptent d'identifier et de recueillir des plantes médicinales en compagnie d'agents de santé mo-

dermes. Une dernière forme de coopération est la formation offerte par des agents modernes à des villageoises qui vont exercer soit dans les structures de santé modernes, soit dans les villages : ainsi, des guérisseuses, après avoir suivi des cours sur les accouchements, s'installent-elles, les unes comme matrones au village d'Akanzakro (Bouaké), de Bonia (Bonoua), de Dulobly (Duekoué), les autres dans les maternités (Bonon, puis Bouaflé) [Memel-Fotê, 1998, p. 65].

La modernisation par le bas : les initiatives spécifiques d'imitation ou d'emprunt des personnels de santé traditionnels

Il n'est pas jusque dans leurs procédés les moins rationnels où l'observateur ne perçoive l'imitation du modèle médical moderne ou au moins l'emprunt fait à ce modèle (Blibolo, 1998, p. 102-112). D'abord une enquête sur les séropositifs et les sidéens révèle l'éventail des centres de soins traditionnels, leur degré de fréquentation et leurs clientèles. Sur 106 enquêtés, 39,6 % ont consulté l'Institut Brito, du nom du guérisseur qui l'a fondé, 12,4 % sont allés voir le guérisseur Bamby (inventeur et marchand du médicament « antilaleka »), 5,5 % se sont adressés au Centre Yepimso Abrantié fondé par le guérisseur Mian Ehui, et 45,4 % ont fréquenté d'autres centres de soins traditionnels ou guérisseurs tels que Drobo II, D^r Aka, Lath Dologou, Tahiri Zagré, le prophète Koudou Jeannot, le guérisseur et prophète « Km 17 », des marabouts et des prêtres catholiques du Renouveau charismatique.

Ensuite, le thème de l'imitation ou de l'emprunt, reconnu et authentifié par maint observateur (Augé, 1988, p. 130-131 ; Dozon, 1995a, p. 7-12 ; Berche, 1999, p. 327) indique, d'une part une prégnance incontournable du marché de la modernité sur la société africaine contemporaine, et d'autre part une lutte entre soignants pour la reconnaissance et le pouvoir, où les guérisseurs partent en état d'infériorité.

Une première forme de cette imitation peut être dite architecturale et concerne l'espace comparé d'exercice de l'activité thérapeutique. Les plus célèbres institutions de la médecine traditionnelle portent les noms des établissements

institutionnels, qui sont des établissements de la médecine moderne : centre, institut, cabinet. Dans le type rural le plus développé, ces derniers sont distincts de la demeure du soignant, leurs matériaux sont en dur, les chambres d'hospitalisation plus ou moins nombreuses (trois chez l'*arêfwê* Kanga Dollou, de Kouaméyaokro, au pays *baulé*, dans le centre du pays, plusieurs en construction, les unes à l'intérieur de l'enceinte, d'autres à l'extérieur, chez le *tienfollo* Coulibaly Ngana, de Dokaha, en pays *senufo*, au nord du pays). Dans le quartier *ébrié* d'Adjamé, à Abidjan, l'Institut Brito consiste en un petit appartement avec un bureau (Berche, 1999, p. 328). Chez Mian Ehui de Kotienkro, au pays *anyi*, dans le centre-est du pays, le Centre Yepimso Abrantié comprend un « hôpital » et une « usine » de fabrication de médicaments, et deux filiales ont été créées dans le pays, l'une dans le quartier populaire d'Abobo (Abidjan), l'autre à Bouaké, seconde ville du centre de la Côte d'Ivoire.

Cette construction de l'espace accompagne une autre forme d'imitation créative, celle de l'identité sociale. Au nom générique de « guérisseur », qui aplatit toutes les compétences et uniformise les singularités, les guérisseurs lettrés préfèrent désormais les noms de formation savante : herboriste, tradipraticien, ethnobotaniste, médecin africain, voire le nom prestigieux de chercheur. C'est à ce titre qu'ils portent l'attribut visible de la fonction : la blouse blanche. À ce titre aussi, après avoir constitué une organisation corporative spécifique (l'Association des guérisseurs de Côte d'Ivoire, AGUECI, en 1981), beaucoup sont membres avec des pharmaciens, des médecins et des botanistes de l'Association ivoirienne de la médecine naturelle et traditionnelle (ASSIMENAT, créée en 1991), forme de promotion sociale, moyen et autre lieu de légitimation de leur statut. À ce titre enfin, les plus célèbres et les plus entrepreneurs revendiquent le droit de faire progresser et de valoriser au sens économique la médecine traditionnelle (Berche, 1999, p. 329-330). Monsieur Mian Ehui, *Anyi* d'Abengourou, réputé dans la prise en charge du sida, instituteur de formation, entend la faire évoluer vers la modernité, sans la couper de sa racine religieuse et sans mélange thérapeutique, mais en innovant dans le diagnostic, dans la pharmacopée, et l'organisation. Pour sa part, Monsieur André Brito, *Bété* de Gagnoa, de réputation analogue, autodidacte de niveau

secondaire, veut une médecine sans mystère, en vertu de la transparence qui a fait la force de la médecine européenne ; préoccupé par les mêmes innovations, il ne récuse cependant pas l'alliance thérapeutique.

Une troisième forme d'imitation modernisatrice est relative à l'organisation. Entendons ce concept en trois sens. En un premier sens, il s'agit de l'organisation administrative et bureaucratique des services. Au niveau élevé, dans les grandes institutions de cette médecine « traditionnelle », en effet, on trouve des secrétaires, des caissiers ou comptables, des « majors » et des pharmaciens. Aux premières reviennent les tâches d'accueil, d'établissement des dossiers personnalisés et des fiches de suivi ; auprès des seconds, les clients s'acquittent des frais de consultation, que l'Institut Brito sait tarifier de manière dégressive dans un esprit social, en tenant compte du niveau socio-économique des groupes : salariés, non-salariés, femmes enceintes, étudiants, enfants dispensés de frais et soignés gratuitement. Les majors, quant à eux, assurent les consultations et prescrivent les médicaments que les clients paient dans les pharmacies de l'établissement.

En un deuxième sens, l'organisation est technique et touche aussi bien aux outils ou aux méthodes de classification qu'aux procédures d'investigation et aux thérapies. Messieurs Brito et Ehui disposent, le premier d'un téléphone, le second de deux téléphones, pour la communication extérieure et à longue distance. Monsieur Ehui a inventé des noms pour désigner « des formes cliniques » de sida. « Monta » et « doca » nomment les stades initiaux et « curables » de la maladie grâce au « sitrako » ; « gonocro » et « pitro » sont les stades ultimes de la maladie, difficiles à juguler. « Monta » est la prononciation des initiales MTA (maux de tête aigus), « doca » est la contraction de « douleurs dorsales avec chaleur » ; « pitro » vient de « parole insensée et incontrôlable » et « gonocro » est la contraction de « gonococcie chronique » (Berche, 1999, p. 333).

Parmi les innovations empruntées en matière d'investigation, on trouve, à un niveau religieux, celui de l'investigation symbolique, des matériaux industriels associés à des matériaux anciens : poudre de talc et bougie dans l'ooscopie qu'exécute la Dame Marthe Djongba Edichi, *asarekwe* ou devineresse de confession protestante d'Azaguié-Ahoua, en pays *abê* ; ou

encore l'orchestre mis en œuvre en cas de maladie grave par Assamoi Yao Venance, *asarepié* ou devin *abê* d'Azaguié (Memel-Fotê, 1998, p. 45-47). À un niveau qui est celui du profane, voici chez Kanga Dollou de Kouamé-yaokro, une technique d'examen chimique du sang, des selles et des urines : l'application de la sève d'une feuille malaxée et passée sur ces dernières matières fournit, s'il y a « apparition d'insectes ou ascaris », un test positif de *babazru tchrolo* (maladie sexuellement transmissible, gonococcie chronique ou sida ?) et, dans le cas contraire, un test négatif, « car le produit se mélange alors au sang ».

L'Institut Brito, qui, en cas de suspicion, recommande le test du sida, se trouve en rapport avec un « technicien » qui vient chaque semaine faire des prélèvements (les tests seraient accomplis au CHU de Treichville) et organise des tests de postcure pour vérifier l'efficacité de sa thérapie. Pour cet Institut, bien venue serait l'analyse faite par des laboratoires compétents de ses préparations médicinales, ce qui en favoriserait la diffusion internationale.

Plus que dans le domaine de l'investigation, le domaine de la thérapie manifeste le même type d'innovations. Le premier emprunt est celui du langage. Conformément à la tradition scientifique en général, biomédicale en particulier, Brito nomme « britothérapie » l'ensemble de ses médicaments et de sa pratique de prise en charge et de soins ; « britoviral » est le traitement « curatif » qu'il dit avoir inventé ; le guide thérapeutique, qu'il nomme « mon Vidal », par référence au célèbre dictionnaire des médicaments disponibles en France, doit énumérer des maladies, leurs étiologies, leurs préparations médicinales, leurs posologies. Dans son style, Mian Ehui, créant des noms pour les maladies qu'il soigne, a inventé également des noms de médicaments : « Cansein » (pour combattre le cancer du sein), « Bilmian » (pour combattre les ulcères), « Egui » (équivalent de l'aspirine), « Sirop d'Es » (équivalent de la chloroquine), « Sitrako » (contre le sida) [Berche, 1999, p. 330-333].

Le second emprunt porte sur les techniques thérapeutiques. Ici encore, au niveau élémentaire, certains traitements symboliques mettent en œuvre des matériaux industriels : exemple de la poudre de talc, du parfum, du journal et du tissu de percale chez Boka Léon de Moutcho, en pays *abê*. À un niveau matériel, le spécialiste de

babazru, ci-devant cité, applique sous deux formes un vaccin végétal : l'une, *lofani*, faite de petites boules ovales d'écorces et de feuilles pilées, est consommée au miel ou au citron, à l'eau tiède ou à la bière de maïs, à raison de deux prises par an, l'autre, *ngolê*, cendre d'écorces et de feuilles également, diluée dans un peu d'eau et introduite dans le corps par trois incisions, chaque fois, sur la poitrine, sur l'omoplate, l'avant-bras, le bras, la hanche, les jambes et entre les orteils, pour une validité d'un an (Memel-Fotê, 1998, p. 50-92).

Dans le troisième sens de l'emprunt, l'organisation est économique. Un mot la spécifie : entreprise. La figure la plus simple, en quelque sorte informelle, est la maison de santé du devin-guérisseur Coulibaly Ngana de Dokaha, près de Korhogo. C'est une maison de planteur moyen, propriétaire de deux cents hectares de manguiers, maison qui a été organisée en trois sous-ensembles : la demeure du devin, le sanctuaire et l'hôpital. D'éthique religieuse, ce *tienfollo* est de ceux qui n'exigent pas d'honoraires pour le traitement, au motif que la guérison qui sauve des vies vient de la transcendance, et que celle-ci l'a ainsi prescrit. Le planteur qui, par conséquent, ne reçoit rien, fait de son hôpital une maison de secours à tous égards : pour le transport (32 malades en auraient bénéficié en 1995), pour le logement (un programme de 90 chambres serait en réalisation), pour la nourriture (il prétend avoir dépensé environ 1 300 000 FCFA à cette fin la même année). C'est l'agriculture de rente qui nourrit donc le devin-guérisseur.

La figure intermédiaire de la maison de santé où se conjuguent production et commercialisation est le type de « la petite entreprise » identifiée par Th. Berche dans l'Institut Brito. Tel est aussi « le cabinet de médecine traditionnelle » de Gougou Yssan Félix, ancien agent de maîtrise de l'usine textile de Gonfreville à Bouaké. À ce cabinet se rattache une fabrique qui produit et conditionne les médicaments : dans une préfiguration de pharmacie qu'indique une flèche, ces médicaments sont exposés et vendus.

La figure achevée de l'entreprise médicale est cependant illustrée par le Centre Yepimso Abrantié. Un hôpital pour les malades du sida, une usine de fabrication et de conditionnement des remèdes (bâtiment avec salle de pilage, salle de stockage des produits bruts, salle de stockage des produits finis), un jardin de plantes médicinales, une pharmacie, une auberge avec restau-

rant et hôtel, un ensemble de bungalows pour accueillir les visiteurs et les touristes, nous avons là ce que l'ethnologue du guérisseur a caractérisé à juste raison comme « une véritable entreprise intégrée », une manière « d'entreprise de développement » où s'allient la production agro-industrielle, la production industrielle, la commercialisation et le tourisme (Dozon, 1995b, 247).

La complexité des recours thérapeutiques

La complexité, que nous avons rapportée aux recours des malades à des soignants d'un autre système médical (ou de plusieurs autres systèmes médicaux), présente deux formes principales ; dans le cas ivoirien, L. Vidal (1996) les a analysées avec une finesse et une presque parfaite exhaustivité, qui nous justifie à citer ses textes plutôt que de les résumer ou de les commenter.

La forme *temporelle* de la complexité, tissée par les recours successifs, est illustrée par le cas de Binta.

« Le parcours de Binta – arrivée au centre antituberculeux (CAT) de Treichville en décembre 1989 et décédée quatre ans plus tard en décembre 1993 – se présente sous la forme d'une longue succession d'étapes qui, en puisant alternativement dans les registres "modernes" et "traditionnels" de soins, propose une image quasiment exhaustive de l'offre de soins à Abidjan. En effet, après un premier contact avec un dispensaire de quartier, elle rencontre quatre guérisseurs dont les traitements se soldent par un échec. Elle se rend ensuite à l'hôpital de Port-Bouët, retourne à un dispensaire, pour se déplacer – sur les conseils d'un ami – à l'hôpital de Dabou. Binta est alors orientée vers un CAT qui la prend en charge et décide de l'hospitaliser dans un centre hospitalo-universitaire (CHU) : elle reprend contact avec le CAT à sa sortie de l'hôpital. Par la suite, son état de santé s'aggrave et elle fréquente successivement l'hôpital de Dabou, le CAT, le CHU (et son institut de cardiologie) et un dispensaire, pour finir par une ultime consultation au CAT. Ajoutons que les derniers mois, la plupart du temps alitée et sortant très peu, Binta s'est procuré des remèdes en pharmacie et des médicaments à base de plantes achetés sur le marché [...]

« En somme, réagissant en fonction des conseils de ses proches (son mari, des amis) et de ses ressources financières, Binta a suivi un itinéraire

raire qui met en parallèle et oppose moins les grandes catégories thérapeutiques entre elles (médecines modernes et traditionnelles) qu'au sein de celles-ci, des recours précis (centre antituberculeux contre centre hospitalo-universitaire ; centre anti-tuberculeux contre hôpitaux divers ; guérisseurs entre eux). » (Vidal, 1996, p. 56-58).

La forme *cumulative* de la complexité, qui juxtapose et exploite simultanément les deux registres, est principalement analysée sur deux expériences et illustrée par deux figures : Marie, la malade *abouré*, en traitement dans un centre antituberculeux (CAT) et, dans le même temps, prise en charge par une guérisseuse de son ethnie pendant deux ans et demi ; et Bernard, en traitement à l'hôpital et qui, simultanément, reçoit un traitement de guérisseur par la voie de sa mère, et qui lui-même sollicite la médecine indigène en même temps qu'il observe les prescriptions de l'infirmier de son lieu de travail.

« [...] depuis les premiers signes de sa maladie en octobre 1989, Bernard s'est successivement adressé à l'infirmier de son travail, à des guérisseurs (directement ou à l'initiative de sa mère et de sa sœur), au CAT, au CHU [centre hospitalo-universitaire] et à nouveau au CAT. Une seconde hospitalisation au CHU est suivie de déplacements au CAT puis à l'infirmier de son travail. Deux étapes retiennent ici notre attention : son hospitalisation de deux mois au CHU de Cocody entre novembre 1989 et janvier 1990, d'une part, et le recours à l'infirmier de son travail en septembre 1993, d'autre part. L'élément le plus remarquable de ce parcours reste que durant ces deux périodes, Bernard a cumulé les soins engagés avec des initiatives de type "traditionnel". Ainsi, pendant son séjour à l'hôpital, sa mère lui amenait un traitement mis au point par un guérisseur et, lui-même, après la visite des médecins, quittait l'hôpital pour aller voir à Yopougon un autre thérapeute indiqué par sa sœur aînée. Par ailleurs, en 1993, tout en ayant acheté les remèdes prescrits à l'infirmier de son travail, il a "fait de l'indigénat", consommant en l'occurrence des préparations à base de plantes. Les procédures de cumul de recours thérapeutiques développées par Bernard mettent donc chaque fois en présence des solutions différentes : hôpital, guérisseurs – l'un confiant ses remèdes à sa mère, les autres étant directement rencontrés –, infirmerie. La double sollicitation de guérisseurs pendant son séjour au CHU traduit

une volonté d'additionner les atouts de chaque recours et suggère de déplacer l'interprétation en termes d'opposition (hôpital vs guérisseurs) ou de parallèle (médecine "moderne"/médecine "traditionnelle") vers une analyse prenant en compte chacun des trois choix du malade (hôpital, guérisseurs, infirmerie) » (Vidal, 1996, p. 59-60).

Deux spécificités caractérisent ces formes de la complexité. D'une part, en même temps que de pratiques, celle-ci est faite de croyances en l'efficacité des soignants et en des représentations ou connaissances de la maladie. D'autre part, cette complexité des recours thérapeutiques est révélatrice de deux dynamiques essentielles à l'histoire de la maladie et de la santé. Une personnalité individuelle ne cesse de prendre des initiatives pour construire et comprendre sa maladie et pour trouver des voies sinon de guérison, du moins de soulagement ; elle y construit, affirme et éprouve son autonomie en fonction de l'évolution de son état de santé (Vidal, 1995, p. 225-235 ; 1996, p. 67-102, p. 189-208). Mais comme cette personnalité ne peut se prendre en charge en dehors de l'alliance ou de la confrontation avec son milieu, cette évolution révèle en même temps la dynamique du milieu (les contradictions internes, les changements positifs ou négatifs qui interviennent dans l'économie, dans la cohésion et dans l'identité du groupe social, en fonction de l'évolution de la maladie d'un de ses membres).

Pour une théorie des voies de la modernisation médicale

Comment comprendre ces voies, ces formes, ces modalités, et les résultats différenciés et inégaux de la modernisation en matière de santé ? Trois approches à réévaluer, ou à évaluer, pourraient y mener.

L'une est la théorie du *syncrétisme médical*. Constatons d'abord que de l'histoire ancienne, politique ou philosophique, à la psychologie scientifique de l'animal et de l'enfant et à l'anthropologie, le concept de syncrétisme est polysémique. Si, d'après l'étymologie grecque, – « l'union crétoise » des partis opposés – répandue par l'historien français Renan, on entend par syncrétisme médical une union artificielle et globale de deux types de médecine, rien de tel n'existe dans l'histoire contemporaine de la Côte d'Ivoire. Si, par référence à la psychologie

génétique, on entend aussi désigner la perception globale et confuse qu'auraient des compétences et des performances de la médecine traditionnelle certains médecins modernes, rien de tel non plus n'est encore attesté dans l'expérience contemporaine de la Côte d'Ivoire. Ainsi se trouvent également disqualifiées et injustifiées comme concepts la métaphore chimique de la « combinaison factice, plus ou moins incohérente » et la métaphore esthétique de la « construction baroque » (Dozon, 1995a, p. 8).

Si, au contraire, le concept renvoie à « une synthèse des croyances » (Augé, 1988, p. 130-131), il y a lieu de remarquer que les synthèses médicales observées sur le terrain intègrent, en même temps que des croyances, des représentations et des pratiques, tant chez les soignants que chez les malades. En définitive, non seulement entre le concept idéologique et évolutionniste (combinaison factice, ou construction baroque) et le concept neutre, positif, mais partiel (synthèse), la réalité ne trouve pas à se loger, mais d'importation récente en anthropologie de la santé, la notion de syncrétisme médical est une notion descriptive qui mérite d'être plus élaborée ; elle ne peut prétendre fonctionner comme concept, encore moins comme concept explicatif.

Une deuxième théorie qui apporte des éléments d'explication est celle de l'*adaptation médicale*. Alors que le syncrétisme médical évoque un simple rapport de structure, l'adaptation, concept importé dans les sciences humaines de la biologie comparée et de la psychopédagogie, suppose au moins quatre dynamismes : celui de l'acteur qui organise la réaction de résistance, celui de la force ou de l'agression objective, à laquelle cet acteur s'adapte, celui du processus de lutte ou d'effort, celui d'un résultat d'équilibre ou d'harmonie. Dans l'agression coloniale, les Africains, une fois militairement défaits, socialement et économiquement désorganisés, abattus par la débâcle idéologique, ont eu à subir le nouveau système médical (Domergue-Cloarec, 1986, p. 54).

La forme initiale de leur adaptation socio-culturelle à ce système sanitaire est de nature éthico-politique : c'est, malgré les résistances militaires localisées, la résignation sécuritaire devant les nouvelles actions de santé (déplacements de population, vaccinations, entreprises d'hygiène, plantations de rente), c'est l'acceptation, pour la survie, du nouveau rapport des forces, si défavorable soit-il aux Africains. La deuxième

forme de la même adaptation présente un caractère technico-économique : à travers la jeunesse autochtone, les aînés sociaux ont investi la formation médicale dans les limites du système social et politique ; d'un niveau subalterne à l'ère coloniale, cette formation est passée à un niveau supérieur et scientifique dès l'indépendance. Une troisième forme d'adaptation, apparentée à une réaction culturelle continue et souterraine de la médecine traditionnelle, est la modalité culturelle de résistance qui a rendu possible aujourd'hui l'institution d'un régime d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé comme dernière forme d'adaptation réciproque des agents des différents systèmes médicaux.

La théorie de l'*appropriation adaptative* complète la précédente en comblant ses lacunes. S'approprier, c'est faire sien ce qui appartient à un autre, c'est intégrer à son identité ce qui est étranger. Or le sien est un concept plurivoque : c'est le territoire de résidence et de vie, c'est la cour ou la maison, c'est la personnalité individuelle, le moi, subjectivité psychologique, subjectivité affective, subjectivité morale, subjectivité intellectuelle. S'approprier est un fait qui ne qualifie pas un propriétaire. Un acteur qui s'approprie, l'objet étranger qu'il s'approprie, le processus, la forme et la modalité de l'appropriation, le résultat final, voilà les présupposés du concept. Hegel distingue dans le processus vital trois moments successifs de l'appropriation : c'est l'internalisation, par laquelle ce qui est externe et étranger devient intérieur à son espace de vie et familial ; c'est l'assimilation qui intègre ce qui est familial à la substance de la culture, de la société, du moi ; et c'est la reproduction, par laquelle l'autre chose qui résulte de la transformation fait partie de l'identité réactualisée et créatrice (1971, tome 2, p. 469-486). Les quatre formes qu'implique notre concept les intègrent parfaitement.

La première, l'appropriation *consommatrice*, fait la synthèse des deux premiers moments hégéliens. La modernité dont l'Europe est le foyer et qui éclate dès le XV^e siècle à travers les révolutions de l'économie-monde, de la culture religieuse et morale, et de l'émancipation politique, diffuse par deux voies : la voie de la négociation qui répand en Afrique de nouvelles plantes vivrières, des boissons alcoolisées, le tabac, des ustensiles métalliques de cuisine et de table, etc. ; et la voie autoritaire qui inflige des

soins de santé aux captifs sur les bateaux négriers (Tardo-Dino, 1985). Par la conquête coloniale, la même modernité, alors plus avancée en techniques et savoirs, envahit la colonie sous des formes paradoxales, et est ainsi internalisée de force dans le milieu social et culturel indigène ; quant aux indigènes eux-mêmes, quoiqu'ils fassent, qu'ils le veuillent ou non, ils consomment des biens sanitaires de cette modernité imposée ; ils les consomment sur des modes variés : le mode alimentaire (caractère hygiénique des aliments et autres produits manufacturés, air salubre, eau saine), le mode ludique ou esthétique (c'est la jouissance de ce qui paraît propre : le vêtement, blouse blanche ; confortable : maison, mobilier ; puis beau ou coloré : verroterie, miroirs, tissus, jeux), le mode pédagogique (inspection médico-scolaire, services des grandes endémies, protection maternelle et infantile), le mode social (médecine du travail, service médical pénitentiaire, lutte contre l'alcoolisme, rééducation sociale), voire le mode technique et le mode politique (services spécialisés, écoles professionnelles, Ministère et Directions des services de santé) ; les consommant, ils les assimilent tant bien que mal, plus mal que bien, du moins dans les débuts tendus du rapport colonial. Ici, l'appropriation *reproductive* désigne non le terme achevé de l'assimilation hégélienne, c'est-à-dire l'identité créatrice, mais toutes les formes d'imitation et d'emprunt où l'image de l'autre est flagrante, quel qu'en soit par ailleurs le rapport d'adéquation ou d'inadéquation, quelle qu'en soit l'efficacité fonctionnelle. Au contraire de l'appropriation reproductive, l'appropriation *productive* est celle des personnels qualifiés qui, en raison de cette qualification même, savent, au sens à la fois économique et culturel, produire la santé.

Cette production présente deux formes, la forme négative, qui, tantôt protège de la maladie (comme le fait la moustiquaire des accès palustres), tantôt cantonne la maladie dans des espaces géographiques ou organiques où elle sera traquée (certaines maladies, certaines épidémies) et la forme positive, avec plusieurs modalités : la restauration de la santé (par les traitements, par les vaccinations...), l'extension de la santé à une plus grande population (extension de la couverture sanitaire, augmentation des effectifs du personnel, diversification des spécialités), l'allongement de l'espérance de vie, et enfin l'éradication de certains fléaux (variole,...). En ce sens,

les producteurs de la santé deviennent une force reproductrice.

Quatrième forme d'appropriation : les soignants chercheurs qui découvrent de nouvelles interprétations aux données, qui inventent des techniques plus efficaces de soins et des compositions plus rapides de traitement, manifestent au plus haut niveau l'appropriation *créatrice*, cette sphère où planent en plus grand nombre les chercheurs en matière de santé des pays industrialisés.

Conclusion

C'est parce que, au départ, la Côte d'Ivoire dispose de plusieurs héritages sanitaires différents quant à leurs origines, leurs âges, leurs modes d'intervention dans l'histoire locale que la modernisation y présente diverses voies, diverses formes et modalités, des rythmes variés de progrès, des résultats différenciés et inégaux. Hors de tout jugement moral et politique, le régime colonial introduit les premiers biens de santé de la modernité, mais il le fait par la force, ce qui entraîne des actions de résistance ou de détournement et en limite les effets bénéfiques à une faible partie de la population : la population urbaine, instruite et riche. Dans la deuxième phase du développement colonial, une petite élite de personnels de santé prend en charge la production de la santé. C'est au moment de la décolonisation qu'à cette phase de modernisation de fait s'oppose, en rapport avec le nouveau contexte d'émancipation, une modernisation de droit du système de santé. L'appropriation productive devient progressivement plus large dans sa base sociale (formation de docteurs en médecine, multiplication des écoles professionnelles, extension géographique du couvert sanitaire) ; mais ce résultat spectaculaire qu'organise l'action de l'État indépendant reste une modernisation par le haut. Or, pour que la modernité médicale devienne en Europe une modernité nationale, elle a dû devenir culturelle, c'est-à-dire obtenir la participation des milieux ouvriers et ruraux. Depuis 1995, alors que d'autres États africains y étaient déjà bien engagés, on peut dire sans exagérer que la Côte d'Ivoire se trouve à ce carrefour où la modernité médicale ne peut devenir nationale que si elle parvient à entraîner un mouvement culturel faisant participer au système de santé tant ses élites que ses populations urbaines et rurales. Le nouveau cadre institution-

nel, destiné en principe à intégrer la médecine traditionnelle au système de santé national a cette double vocation : élargir la base de la modernisation par le haut, et entraîner par négociation une modernisation par le bas. Mais cette dernière, officielle et donc aussi bien modernisation de droit, est déjà en cours, on l'a vu, sous la

forme des contradictions et luttes, sous la forme des initiatives réciproques et conjointes des personnels des deux types de médecine, sous la forme des initiatives spécifiques des personnels de santé traditionnels, toutes formes qui caractérisent la modernisation de fait par le bas. Souhaitons-lui donc bonne chance pour cette étape !

Références

- AUGÉ, M. 1988. « Les syncrétismes ». Dans : *Le grand atlas des religions*. Paris, Encyclopaedia Universalis.
- BERCHE, T. 1999. « Qu'attendre des guérisseurs ? Conflits de légitimité et stratégies dans le domaine du sida en Abidjan ». Dans : Brunet-Jailly, J. (dir. publ.). *Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*. Abidjan, CEDA.
- BLIBOLO, A.-D. 1998. « Ecologie sociale d'une maladie, réponses de prévention et de prise en charge thérapeutiques et psychosociales de l'infection à VIH/sida ». Thèse pour le doctorat de 3^e cycle de socio-anthropologie médicale, département de sociologie, Faculté des Lettres, Arts et des Sciences humaines, université d'Abidjan.
- DOMERGUE-CLOAREC, D. 1986. *La santé en Côte d'Ivoire 1905-1958*. Académie des sciences d'outre-mer et Association des publications de l'université de Toulouse-Le Mirail, 2 volumes, 1319 p.
- DOZON, J.-P. 1995a. *La cause des prophètes. Politique et religion en Afrique contemporaine*, suivi de *La leçon des prophètes* par Marc Augé. Paris, Le Seuil, 298 p.
- . 1995b. « Médecine traditionnelle et sida : les modalités de sa prise en charge par un tradipraticien ivoirien ». Dans : Dozon, J.P. ; Vidal, L. (éditeurs scientifiques), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Paris, ORSTOM, 300 p.
- JOBSON, R. 1683. *The Golden Trade*. London (2^e édition 1932), xix + 218 p.
- HEGEL, G.W.F. 1971. *Science de la logique*. Traduction par S. Jankélévitch. Paris, Aubier-Montaigne.
- KAKÉ, B. (dir. publ.), 1987 *Mémorial de Côte d'Ivoire*. 4 volumes, Abidjan, Editions AMI.
- MEMEL-FOTÉ, H. (dir. publ.) 1998. *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*. Organisation mondiale de la santé (OMS)/Groupement ivoirien de recherche sur l'économie, la société et la culture africaines (GIRESCA), Paris, L'Harmattan, 209 p.
- DE ROSNY, E. 1992. *L'Afrique des guérisons*. Paris, Karthala, 213 p.
- TARDO-DINO, F. 1985. *Le collier de la servitude, la condition sanitaire des esclaves aux Antilles françaises du XVII^e au XIX^e siècle*. Paris, Editions Caribéennes.
- TERRAY, E. 1995. *Une histoire du royaume abron du Gyaman, des origines à la conquête coloniale*. Paris, Karthala.
- VIDAL, L. 1995. « Enjeux d'une anthropologie de la connaissance du sida. Les expériences des séropositifs des centres antituberculeux d'Abidjan ». Dans : Dozon, J.P. ; Vidal, L. (éditeurs scientifiques) *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Paris, ORSTOM, p. 177-183.
- . 1996 *Le silence et le sens, essai d'anthropologie du sida en Afrique*. Paris, Anthropos, 218 p.
- Documents
- Organisation mondiale de la santé, 8^e programme général de travail pour la période déterminée (1990-1995), programme mondial à moyen terme, programme 12-4, TRM/97-1, décembre 1987, original anglais.
- Journal officiel de la République de Côte d'Ivoire* : décret n° 96-179 du 1^{er} mars 1996 portant attributions des membres du gouvernement ; décret n° 96-231 portant organisation du Ministère de la santé publique ; décret n° 96-818 du 25 octobre 1995 fixant les conditions d'autorisation et d'immatriculation pour l'installation des professions de santé dans le secteur privé ; arrêté n° 346 MSP-CAB du 25 octobre 1996 fixant les attributions, l'organisation et le fonctionnement de la Direction des établissements et des professions sanitaires ; lettre n° 3967 PR-CAB du 27 avril 1997 relative à la médecine traditionnelle (*JORCI*, 23 avril 1998, p. 427-428).
- Plan national de développement sanitaire (PNDS) 1995-2005, tome 2 : programme de financement pour 1996-1998 (avril 1996).

Professionnels et usagers des services de santé

Harrié Van Balen et Monique Van Dormael

Introduction

La médecine moderne a été marquée, durant la première moitié du XX^e siècle, par l'importance croissante des hôpitaux qui se sont progressivement affirmés comme centres par excellence de dispensation de la bonne médecine curative. Dans les années cinquante, les progrès techniques nourrissaient l'énorme espoir de vaincre la maladie, pour autant que l'on rende accessibles à tous les citoyens les soins de santé modernes et la technologie médicale. Des systèmes de Sécurité sociale à couverture universelle ont été institutionnalisés dans les pays industrialisés tandis que, dans les pays en développement, les nouveaux États indépendants se chargeaient, souvent avec l'aide d'experts internationaux, d'organiser le développement par une planification technocratique centralisée. Le modèle de développement était celui des pays occidentaux, l'État-providence constituait un idéal.

Les indépendances entraînèrent en effet peu de réorientations des systèmes nationaux de santé, et les gouvernements du tiers-monde s'efforcèrent surtout d'améliorer l'accessibilité pour tous à des soins de santé gratuits. Mais les grandes lignes de l'organisation des services de santé, héritées du passé colonial, furent maintenues ou même renforcées (Van Dormael, 1997) : d'une part des services curatifs centrés sur les hôpitaux, d'autre part la lutte contre des maladies

endémiques spécifiques, menée par des équipes mobiles censées couvrir toutes les populations à risques. Alors que les discours indépendantistes prônaient la santé rurale, dans les faits les budgets de la santé étaient absorbés par les hôpitaux. Plutôt que de développer les dispensaires ruraux, considérés comme des pis-aller pour les zones où l'accès géographique à l'hôpital posait problème, les grandes campagnes de masse furent renforcées. Les planificateurs mirent ainsi

l'accent sur le contrôle, parfois avec un espoir d'éradication, d'un nombre limité de maladies considérées comme responsables d'une large part des problèmes de santé : variole, fièvre jaune, pian, méningite, trypanosomiase, malaria. Les besoins prioritaires étaient définis par les professionnels sur la base de critères objectifs. Ces programmes de lutte étaient organisés sous forme de campagnes de masse utilisant des méthodes normalisées, souvent mises en œuvre

par des équipes mobiles. Grâce à des mesures rationnelles fondées sur les progrès scientifiques et techniques, on pouvait croire à l'éradication possible de maladies telles que la malaria, pour autant que les ressources nécessaires soient rendues disponibles.

Dans ce contexte, l'intervention des populations bénéficiaires se limitait largement à un rôle passif, au nord comme au sud. C'était en effet aux experts médicaux de déterminer les besoins en santé et les réponses appropriées, et la participation demandée à la population consistait à

Harrié Van Balen a pratiqué la médecine en Afrique Centrale avant de devenir professeur en santé publique Monique Van Dormael, sociologue, enseigne et étudie les dimensions sociales de la santé publique. Tous deux encadrent de nombreux projets d'organisation des services de santé en Afrique, Asie, Amérique latine et Europe. Adresses : Institut de médecine tropicale, Unité de recherche et d'enseignement en santé publique, 255 Nationalestraat, B 2000 Antwerpen, Belgique. emails : isa@itg.be, mvd@itg.be

accepter avec confiance ce qui lui était proposé. Il s'agissait en somme d'une reproduction à l'échelle collective de la relation entre un patient considéré comme dépossédé de la maîtrise de soi par la maladie et un médecin qui, observant des signes objectifs, établit un diagnostic et prescrit « en son âme et conscience » le traitement qu'il juge techniquement le meilleur.

Le postulat était que ces mesures destinées à améliorer le bien-être des populations des pays en développement seraient reçues avec enthousiasme. Or, comme on a pu le constater de manière répétée depuis lors, la réaction des populations n'est pas toujours conforme aux prévisions des professionnels : le personnel se plaint que beaucoup de malades s'adressent au service de santé avec retard, ne suivent pas les directives de traitement, et ne se conforment pas aux conseils de prévention, qu'il s'agisse de mesures d'hygiène, de styles de vie ou de dépistage systématique.

C'est au cours des années soixante et soixante-dix que se sont forgées, sur le plan international, des conceptions alternatives des soins de santé où le patient individuel et les groupes de populations n'étaient plus considérés comme des bénéficiaires passifs d'activités sanitaires conçues indépendamment d'eux, mais bien comme partenaires actifs : leurs savoirs propres, leurs capacités autonomes de résoudre leurs problèmes et leurs aspirations subjectives, jusque-là ignorés, voire dénigrés, par les professionnels étaient, au moins en principe, réhabilités. Ces conceptions résultent de l'interaction de pratiques de terrain et de réflexions qui ont affecté globalement la manière de penser le développement au cours de la seconde moitié du XX^e siècle. Elles ont connu un moment culminant avec la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires en 1978 et continuent d'évoluer de manière diversifiées. Elles ont en commun de mettre en tension, dans un équilibre sans cesse à rétablir, les principes de rationalisation faisant appel à l'expertise technique et ceux de la participation fondés sur les savoirs populaires et les aspirations subjectives des individus et collectités. Cet article tente de retracer, en les illustrant par des observations empiriques faites au cours des trente dernières années, les succès, échecs, écueils qu'ont connus les processus de réhabilitation de la parole des citoyens en matière de santé et leur concrétisation dans des formes plus ou moins structurées de dialogue. Il

s'oppose à une idée courante selon laquelle les soins de santé primaires seraient le fruit d'une pensée idéaliste, voire irréaliste, et déconnectée de la pratique pour montrer comment l'expérience de terrain a contribué aux mouvements de pensée.

Le détour par l'éducation sanitaire

Considérant qu'un facteur essentiel d'amélioration de la santé était le changement de comportement des populations, les professionnels de santé des années 1950-1960 ont fait une large place à une éducation sanitaire volontairement directive, dans le but de convaincre les populations d'adopter des comportements prônés par les experts. Or ces messages susciterent bien souvent des réactions inattendues et les désillusions furent nombreuses.

C'est ainsi que, dans les années soixante, les professionnels de santé tentèrent par exemple de promouvoir l'utilisation de vermifuges non toxiques nouvellement apparus sur le marché. Mais leurs messages d'éducation sanitaire furent réinterprétés dans des sens souvent fort différents de leur intention initiale. Dans des groupes de population qui expliquaient certains maux de tête par « un ver dans la tête » et certaines douleurs articulaires par « un ver dans l'articulation », les vermifuges étaient très prisés. Et, comme l'un des panneaux utilisés pour l'éducation sanitaire mentionnait : « Je fais de bonnes études car je n'ai pas de vers : je prends X », une réaction des élèves d'une école d'infirmiers fut de demander combien de temps avant l'examen le vermifuge devait être pris pour bien réussir.

Un autre exemple illustre le phénomène de réinterprétation par les patients d'instructions thérapeutiques fournies en dehors d'un réel dialogue. Au début des années soixante au Rwanda, les malades tuberculeux recevaient un traitement ambulatoire après une courte hospitalisation : le patient devait donc se rendre mensuellement à l'hôpital pour y recevoir ses médicaments. Trimestriellement on faisait une radioscopie des poumons, et les résultats étaient communiqués au patient. L'un d'entre eux n'étant pas venu chercher ses médicaments au cours du trimestre écoulé, le médecin le lui fit remarquer à l'occasion de la radioscopie. Le patient répliqua qu'il était par contre très régulier pour la scopie. Le médecin lui dit alors que pour guérir, il devait



Gravure représentant la transfusion du sang de l'animal à l'homme, pratiquée le 15 juin 1667 par Denys de Montpellier. Musée des Arts décoratifs, Paris/Harlingue/Viollet.

prendre les médicaments, et que la scopie n'influçait pas la guérison. Le patient répondit que les médicaments lui donnaient mal à l'estomac, tandis qu'après être passé « derrière la machine », il se sentait chaque fois très soulagé. Quand le médecin répéta que la scopie n'avait pas d'effet thérapeutique, le patient lui demanda, très logiquement, pourquoi on lui demandait alors d'y passer tous les trois mois... Cet incident a au moins permis au médecin de comprendre comment une technologie, réinterprétée dans une logique « magique », pouvait dévier l'attention du patient de ce qui était essentiel du point de vue de l'efficacité biomédicale, à savoir la régularité du traitement médicamenteux.

Face à de tels échecs, les professionnels ont pris conscience des limites d'une communication unidirectionnelle et de l'intérêt qu'il y avait à comprendre préalablement les savoirs populaires

et à les prendre comme point de départ d'un réel dialogue avec les usagers : en effet des messages inacceptables dans leur formulation initiale pouvaient, une fois reformulés, constituer des réponses adaptées aux préoccupations des gens. C'est ce que montre l'exemple suivant qui illustre les efforts réalisés au Rwanda pour faire accepter par la population l'espacement des naissances. L'approche était au départ basée sur des messages ponctuels et unidirectionnels renforcés par des supports audiovisuels. Les arguments, conçus par des professionnels de santé, étaient étrangers aux préoccupations de la population rurale, qui ne se sentait pas concernée. Or, en écoutant ultérieurement des femmes rwandaises, des professionnels se sont rendu compte que leur désir d'espacement des naissances était bien réel mais qu'il était lié à leur désir d'un enfant « à terme ». En effet, dans le système de représenta-

tions de ces femmes, la symbiose mère-enfant comprenait une grossesse intra-abdominale suivie d'une « grossesse externe ». Le placenta était d'ailleurs désigné par le même mot que celui utilisé pour parler de la peau de mouton dans laquelle la mère porte le nouveau-né sur son dos : « Ingobyi ». Lorsqu'une femme enceinte sentait les mouvements du fœtus, elle disait que l'enfant « prenait le sein » en tétant les seins « internes ». Après l'accouchement, l'enfant déménageait du ventre (« grossesse interne ») au dos (« grossesse externe ») de la mère, et elle continuait de l'allaiter, grâce cette fois à ses seins « externes ». Si elle devait interrompre l'allaitement avant deux ans, cet enfant était en quelque sorte « né prématurément ». On comprend dès lors que les contraceptifs, présentés comme un moyen pour garantir que l'enfant porté sur le dos puisse être porté « à terme », devenaient très acceptables dans le cadre du système de valeurs traditionnel (Van Balen, 1992). Ailleurs, dans des régions où une abstinence sexuelle prolongée de la mère était traditionnellement respectée pour espacer les naissances, des professionnels de santé présentant la régulation des naissances comme une « invention » de l'Europe n'avaient aucune chance d'être écoutés. Par contre en valorisant les traditions relatives à l'espacement des naissances, les contraceptifs pouvaient être proposés comme une solution alternative là où la période d'abstinence était progressivement abolie.

Savoirs biomédicaux et savoirs populaires

En règle générale, que ce soit dans les pays industrialisés ou les pays en développement, la biomédecine prétend le plus souvent se substituer aux savoirs et savoir-faire populaires plutôt que de les compléter. Les malentendus et incompréhensions entre professionnels développant leur logique d'experts et usagers se référant à leur logique populaire ne sont pas spécifiques au tiers-monde et font partout partie des problèmes de communication entre soignants et soignés.

Dans les pays du tiers-monde, l'écart entre la biomédecine importée de l'Occident et les savoirs populaires issus des traditions locales est parfois renforcé par le fait qu'une partie du personnel lui-même se dégage difficilement d'une vision dichotomique à propos de la santé et de la maladie. C'est ainsi que, au Zaïre, des infirmiers

(praticiens formés durant quelques années en biomédecine) continuaient à faire la distinction entre « maladies européennes » (décrites dans les livres) et « maladies africaines ». Les étudiants n'avaient pas été aidés ni stimulés à chercher les points communs entre l'expression traditionnelle des symptômes et ce qu'ils apprenaient dans les livres. Or la connaissance de ces points communs les aurait sans doute préparés à une meilleure communication entre soignant et soigné. Faute de quoi, écouter la plainte du malade dans sa formulation spontanée de « maladie africaine » équivalait à renoncer à la traiter en tant que professionnel, et inversement affirmer son statut professionnel supposait de prêter le moins possible attention à la parole du malade.

Or on peut parfaitement tenter de rapprocher ces deux types de savoirs. Lors d'une session de formation continue au Burkina Faso (encore Haute Volta à cette époque), un infirmier expérimenté était chargé d'introduire une discussion sur le paludisme et les moyens de le contrôler. Parce qu'il avait ressenti le besoin de faire le rapprochement entre ses connaissances scolaires et le savoir populaire, il commença par citer les noms que la population locale donnait à différentes manifestations de la maladie : « La grosse rate des enfants », « la fièvre des marais », « la fièvre amenée par la saison des pluies », « la maladie provoquée par le hibou qui survole la maison » (les convulsions), « les arbres qui bougent » (les hallucinations)... Ensuite, à l'aide du « livre », il établit des liens entre ces phénomènes et montra au personnel en formation comment les connaissances biomédicales pouvaient rendre compte des problèmes tels qu'ils étaient définis par la population. Il est certes illusoire de vouloir traduire terme à terme les signes ou maladies d'un système nosologique à l'autre : les systèmes nosologiques traditionnels et biomédical ne sont pas réductibles l'un à l'autre. Mais une telle approche, surtout lorsqu'elle est adoptée par un professionnel dont l'expertise est reconnue, est susceptible de stimuler le personnel à écouter les patients avec respect et intérêt, puis à compléter les savoirs populaires par des messages acceptables. Malheureusement, malgré le potentiel énorme de cette approche pour améliorer la communication avec la population, les programmes de formation, tant initiale que continue du personnel de santé, souvent rédigés au niveau central, ne prévoient pas de comparer perceptions et expressions locales et tableaux cliniques des

phénomènes enseignés. Il y a eu cependant quelques expériences ponctuelles, comme à Maroua (Cameroun) où les étudiants étaient invités, pendant les vacances, à faire décrire des maladies telles qu'elles étaient vécues par les habitants de leurs villages d'origine, pour ensuite faire le lien avec l'enseignement savant.

La césure entre deux savoirs maintenus hermétiquement cloisonnés par l'institution médicale est probablement en partie à l'origine des difficultés de communication entre soignants et soignés. Le personnel des services du tiers-monde semble comme écartelé entre deux identités contradictoires, l'une sociale, l'autre professionnelle. Leur identité sociale de base s'appuie sur des pratiques et savoirs traditionnels transmis par leur milieu social dès leur enfance. Or lors de la formation professionnelle, cette identité sociale n'est pratiquement jamais prise en compte si ce n'est pour présenter les savoirs traditionnels comme des « superstitions », résidus honteux du passé. Leur identité professionnelle prétend être basée sur des savoirs objectifs et neutres, et porte en elle l'illusion de la science pure. Devant la difficulté d'intégrer ces deux démarches pourtant complémentaires, bon nombre de professionnels de santé excluent l'une des deux, selon le contexte : face à un patient, ils privilégieront souvent les attitudes de détachement acquises lors de leurs études, quitte à dénigrer les pratiques traditionnelles, alors que par ailleurs ils y ont éventuellement recours pour eux-mêmes ou leur famille lorsqu'ils sortent de leur rôle professionnel.

Ce conflit d'identité contribue probablement en grande partie aux dysfonctionnements dans la communication entre prestataires de soins et patients. Ainsi, les sages-femmes ayant bénéficié d'une formation moderne sont-elles souvent plus jeunes que les parturientes, ce qui dans certaines sociétés est contraire aux usages sociaux. C'est le cas au Niger, où une étude a mis en évidence que les jeunes sages-femmes, pour pouvoir appliquer leurs savoirs techniques, mettent temporairement entre parenthèses leur identité sociale de jeune femme et les règles sociales relatives à la pudeur entre femmes d'âges différents, incompatibles avec leur rôle professionnel. Mais le corollaire en est la négation de la relation humaine normale, avec pour effet contreproductif une « mauvaise réputation » tant des sages-femmes que de la maternité auprès de la population (Jaffré & Prual, 1993).

Un tel conflit d'identité n'est pas insurmontable. Toutefois cela suppose non seulement de reconnaître l'existence des savoirs populaires, mais également de les considérer comme des ressources plutôt que des obstacles. Dans une telle optique, le service de santé vient en complément de ce que la population peut réaliser elle-même, et fournit une assistance pour renforcer l'efficacité des initiatives de la population. Au début des années soixante déjà, peu avant l'indépendance, un slogan circulait au Zaïre : « Une erreur technique est moins grave qu'une erreur qui nuit à la confiance en soi des gens. » C'est ainsi que s'annonçait un renversement de conceptions qui s'est étendu et accentué par la suite : c'est la population elle-même, et non l'expertise technique prise isolément, qui constitue la principale ressource du développement dans les différents domaines de la vie sociale (Ake, 1993). Dans le domaine de la santé, c'est dans le courant des années soixante et soixante-dix qu'a émergé la prise de conscience du fait que les experts seuls ne viendraient pas à bout des problèmes, même en déployant sans limites les ressources technologiques, et que les pratiques spontanées des gens constituaient un point de départ valable et incontournable pour l'organisation du service.

À contre-courant des idées dominantes selon lesquelles il fallait aider les populations à vaincre les « obstacles culturels » qui les empêchaient d'adopter des comportements jugés plus adéquats par les experts, des chercheurs et praticiens ont inversé la démarche pour s'intéresser au potentiel contenu dans les savoirs populaires et les pratiques spontanées. Le travail du National Institute of Tuberculosis à Bangalore illustre cette démarche. Alors que jusque-là on imputait les échecs des programmes de tuberculose aux malades eux-mêmes – parce qu'ils ne percevaient pas les symptômes, ne participaient pas aux programmes de dépistage, ne suivaient pas leur traitement ... – une recherche portant sur des malades tuberculeux non traités a mis en évidence que 95 % d'entre eux étaient conscients de leurs symptômes, que près de 75 % exprimaient spontanément de l'inquiétude, et que la moitié des malades interrogés avaient consulté un service de santé qui, presque invariablement, leur avait prescrit un sirop antitussif (Banerji et Andersen, 1963). Bien sûr ces malades non traités ne savaient pas qu'ils étaient atteints de tuberculose, mais le fait même de consulter un service de santé exprimait qu'ils savaient que le

problème pouvait être grave. C'est le service qui s'avérait déficient en ne mettant pas à profit la demande de soins spontanée pour identifier et traiter les tuberculeux : le programme préconisait en effet une stratégie de dépistage de masse pour identifier les malades tuberculeux. Les implications d'un tel renversement de perspective étaient énormes : plutôt que de considérer les gens comme des obstacles à leur propre santé, il fallait au contraire réhabiliter les perceptions subjectives et les savoirs populaires, que ceux-ci s'expriment par des paroles ou des comportements, et « go to the people to learn from them » (Banerji, 1986).

Le développement communautaire

Cette idée que la population elle-même est moteur de son devenir constitue un soubassement essentiel du mouvement de développement communautaire qui a émergé dans les années 1950-1960. Il s'agissait, dans tous les domaines de la vie sociale, d'encourager les communautés à définir elles-mêmes leurs besoins et à y trouver des solutions ; le rôle des autorités était d'appuyer les initiatives communautaires, que ce soit par de l'équipement, de la formation, du personnel ou une mise de fonds initiale.

Alors que la santé et la maladie constituent la priorité par excellence des professionnels de santé, elles ne sont, du point de vue de la population, qu'un élément parmi beaucoup d'autres qui affectent le bien-être, et pas nécessairement le plus important. Les priorités de la population peuvent tour à tour concerner des secteurs aussi variés que les moyens de transports collectifs, l'enseignement, la santé ou la production agricole. Au début des années soixante, des programmes de développement communautaires ont connu un essor remarquable dans plusieurs pays. Cette approche convenait bien à la dynamique des populations récemment indépendantes qui aspiraient à prendre elles-mêmes leur développement en main, que ce soit en matière d'enseignement, d'agriculture ou de santé.

Ainsi au Niger, dans les années qui suivirent l'indépendance, des « agents de développement », fonctionnaires du gouvernement, se rendaient dans les villages pour inciter les villageois à définir leurs problèmes les plus préoccupants ; ils devaient ensuite sélectionner un de ces problèmes et décider quels efforts (en termes de

main-d'œuvre, matériel ou argent) la communauté était prête à investir. Alors seulement, un échange avec un technicien du secteur concerné était organisé pour examiner s'il était réaliste, vu les ressources mobilisables, de s'attaquer à ce problème et, le cas échéant, de définir une stratégie qui devait augmenter la capacité des gens à contrôler ce problème le plus efficacement possible. L'acquisition d'un savoir-faire, la maîtrise de techniques réellement appropriées au niveau local, l'augmentation de l'autodétermination, la participation aux décisions, à la programmation et à l'exécution étaient au cœur de cette approche.

Dans certains villages, la population avait décidé de consacrer ses efforts à la résolution de ses problèmes de santé. Un médecin des équipes mobiles était prêt à analyser avec les villageois pour quels problèmes une solution pouvait être mise en œuvre avec les ressources disponibles. La formule retenue en commun comprenait généralement les éléments suivants : une pharmacie de village dont l'approvisionnement était garanti par le service de santé contre paiement, un ou deux agents de santé de village, et un comité de santé. Il apparut très vite que, pour maintenir un niveau de qualité acceptable, les contacts sporadiques avec l'équipe mobile ne suffisaient pas. Dans les villages qui s'étaient engagés dans cette formule, les habitants et les agents de santé de village bénéficièrent d'un appui privilégié de l'équipe du dispensaire le plus proche. Il fallut se rendre à l'évidence qu'un même dispensaire ne pouvait entretenir ces échanges, nécessairement intenses pour que les soins restent utiles, qu'avec un nombre limité de villages de sa zone d'influence (Belloncle et Fournier, 1975). Mais dans la mesure où seuls les villages volontaires étaient concernés, cela ne posait pas de réel problème.

Face aux succès locaux remportés par cette formule, un bailleur de fonds offrit à la fin des années soixante-dix de financer la généralisation du système au niveau national. Mais on perdit de vue les facteurs qui avaient conditionné le succès des expériences locales : la dynamique instaurée par le fait que les villageois eux-mêmes avaient décidé de s'attaquer à ce problème, laissant mûrir les décisions à leur propre rythme ; des agents de santé de village institués par la communauté villageoise ; un dialogue soutenu avec le dispensaire ; un comité de santé garantissant des décisions participatives, etc. Une direction nationale

des soins de santé primaires fut créée, des cadres nommés à tous les échelons, et un calendrier fixé pour équiper en cinq à dix ans tous les villages de telles unités de santé communautaires. Enfin, pour accélérer le processus, il fut décidé d'accorder des stimulants financiers aux agents de santé de village. Il ne s'agissait plus d'augmenter la capacité de la communauté à résoudre ses problèmes, les agents de santé étaient transformés en exécutants d'un programme planifié de haut en bas, et la capacité de soutien des dispensaires s'est avérée insuffisante. Dans bien des endroits, le programme a connu des déviations (notamment vente de médicaments à la demande) ou a été abandonné.

Cette expérience illustre un des écueils majeurs des programmes de développement – que ce soit en santé ou dans d'autres domaines – qui prétendent « faire participer » la population à des projets conçus hors d'eux, et qui s'attachent à la mise en place de structures, sans réaliser que leurs effets concrets dépendent au moins autant de la dynamique sociale locale que de la structure elle-même. Celle-ci conçue par la population pour répondre à un besoin qu'elle ressent va pouvoir, au moins dans un premier temps, remplir les fonctions pour laquelle elle a été créée. La même structure proposée de l'extérieur risque, dans bien des cas, d'être réinterprétée selon les préoccupations locales et de faire l'objet d'un double processus de sélection (les bénéficiaires n'en retiennent que ce qui paraît utile dans leur propre logique) et de détournement de son objet initial conçu par les planificateurs (Olivier de Sardan, 1995).

La conscience que l'approche participative était à la fois un droit démocratique et une nécessité pour améliorer la santé s'est renforcée partout dans le monde au cours des années 1960-1970. Les relations autoritaires ou paternalistes entre professionnels de soins et usagers étaient décriées. La notion de la consultation comme « rencontre d'une conscience et d'une confiance » n'était plus satisfaisante : il fallait faire plus de place à l'autonomie des patients, à la qualité des relations humaines avec le personnel soignant, au droit à la parole et à l'information, au droit de participer aux décisions thérapeutiques. Progressivement, la formation des médecins et infirmières a intégré les dimensions relationnelles soignant-soigné, notamment en médecine de famille.

Au niveau collectif, l'inscription de la santé dans le développement global supposait que soient revues les approches technocratiques des politiques de santé. À Bruxelles, le Groupe d'étude pour la réforme de la médecine, groupe de réflexion constitué de professionnels de disciplines diverses, publia en 1971 un document proposant cinq lignes de force pour une politique de la santé : la participation de la communauté à la promotion de la santé ; la prise en compte des priorités autres que la santé lors de l'établissement d'une politique de santé ; l'équité dans l'accessibilité aux soins ; l'évaluation continue des mesures de santé pour en assurer l'efficacité et l'efficience ; et enfin le principe selon lequel l'organisation médico-sanitaire doit être libératrice et contribuer à renforcer l'autonomie des individus et de la collectivité plutôt que de les maintenir dans un état de dépendance. Une condition pour établir un équilibre entre ces différents principes et pour adapter cet équilibre en permanence aux évolutions de contexte était posée : la communication et le dialogue entre les professionnels de santé et la population, à la fois en tant qu'individus et en tant que collectivité.

L'énoncé de ces lignes de force rejoignait les conclusions tirées par d'autres professionnels d'observations et d'actions concernant des systèmes de santé tant en Europe que dans des pays en développement. En particulier les expériences présentées par K.W. Newell dans le livre *Health by the People* (Newell, 1975) montraient qu'un dialogue réel entre prestataires de soins et population augmentait l'initiative et l'autonomie de cette dernière. La déclaration d'Alma Ata, formulée en 1978 par les États membres de l'OMS, a été un point culminant d'une longue période d'expériences de terrain et de recherches concernant l'optimisation des soins de santé. La définition donnée dans cette déclaration aux soins de santé primaires insiste sur l'équilibre dynamique entre d'une part l'autonomie de la population et sa responsabilité, d'autre part l'efficacité et l'efficience des services de santé. Il ne faut pas choisir entre la participation de la population et la rationalité technique des décisions, mais trouver dans chaque situation particulière un équilibre satisfaisant. Ceci suppose des processus de prise de décision participatifs en matière de santé, et donc l'existence d'une interface, de lieux d'interaction entre la population et les dispensateurs de soins.

La structuration de lieux de dialogue

Comment opérationnaliser des systèmes de soins de santé qui mettent en œuvre une telle articulation entre les aspirations des individus et de la collectivité d'une part, l'efficacité technique des soins d'autre part ? Comment susciter des lieux d'interaction et de dialogue entre services de santé et population ? Il existe bien sûr de nombreux canaux de dialogue possibles en dehors du service de santé, comme les écoles, les mouvements de femmes ou les associations religieuses ou culturelles locales. Néanmoins, si les prestataires de soins veulent favoriser le dialogue avec la population, les services de santé constituent un lieu d'interaction privilégié. Or l'expérience avait montré que, si les professionnels souhaitaient susciter un tel dialogue, il leur fallait d'abord gagner la confiance de la population en répondant à ses besoins ressentis.

La notion de besoins ressentis mérite clarification. Les « besoins » de santé désignent l'ensemble des activités ou soins que l'on peut raisonnablement considérer comme nécessaires au maintien ou à l'amélioration de la santé, dans l'état des connaissances scientifiques disponibles. Certains problèmes de santé sous-jacents à ces besoins sont ressentis directement par les gens. Si leur savoir-faire ne leur permet pas de résoudre ces problèmes, ils font appel à un service de santé dans lequel ils ont confiance. La demande de soins ne couvre donc pas tous les « besoins ». Une autre part de la demande de soins n'a pas de rapport avec les « besoins » : elle concerne des problèmes ressentis par les gens, mais pour lesquels les professionnels estiment ne pas disposer d'une solution efficace. Demande et besoins ne se superposent donc que partiellement. C'est pourquoi des professionnels se plaignent que la population ne perçoit pas l'utilité d'activités qui lui sont proposées (les vaccinations par exemple), et par contre demande des soins qui, d'un point de vue technique, n'ont pas d'effet bénéfique (des injections de vitamines, par exemple). Si l'on prend ces désaccords comme base du dialogue, il est probable que chaque partie campera sur ses positions. Or une partie non négligeable de la demande de soins correspond à un réel besoin : ce sont les besoins ressentis par la population, comprenant en premier lieu les besoins en soins curatifs pour des problèmes aigus. Le service qui

a soigné avec succès la pneumonie d'un enfant sera par la suite plus crédible pour parler de vaccination. D'autre part, l'écoute empathique de plaintes à première vue anodines permet au personnel d'identifier des besoins qu'il ne soupçonnait pas : par exemple une femme se plaignant de règles irrégulières peut exprimer ainsi sa crainte de stérilité. Prendre les besoins ressentis comme point de départ de la relation ne suppose pas de satisfaire à toute demande, mais de partir de cette demande pour formuler une réponse aussi rationnelle que possible – c'est-à-dire susceptible d'avoir un impact réel sur le problème – tenant compte tant des connaissances disponibles sur la pathologie locale que des ressources mobilisables.

Répondre aux besoins ressentis suppose bien sûr de la part des professionnels des attitudes d'écoute et un intérêt pour les préoccupations des gens autant que des compétences techniques. Mais l'expérience avait aussi montré que la mise en œuvre d'un dialogue, à la fois individuel et collectif, dépendait aussi fortement de la structure de l'organisation des soins de santé.

L'approche très sélective accordant la priorité absolue à un nombre restreint de maladies, tout en étant parfois nécessaire, s'est avérée insatisfaisante pour développer un partenariat entre le service et la population, que ce soit dans le contexte des équipes mobiles de la période coloniale et postcoloniale, ou dans la version actualisée des soins de santé primaires sélectifs (Unger et Killingsworth, 1986 ; Grosdos et de Béthune, 1988). En effet, elle ne répond pas aux besoins ressentis et laisse les gens confrontés à l'ensemble des autres problèmes de santé qui les touchent, plus nombreux que ceux dont on les libère, et peut-être à leurs yeux plus importants. Dans ces circonstances, on constate que les gens ne restent pas inactifs, mais au contraire, si leurs méthodes traditionnelles n'en viennent pas à bout, cherchent activement des solutions à ces problèmes à partir des ressources accessibles : des médicaments achetés à des dépositaires légaux ou illégaux, des services privés à but lucratif ou de type caritatif, des « injectionnistes » ambulants... La surmédicalisation des problèmes et l'usage inapproprié de médicaments qui en résulte bien souvent ne sont pas nécessairement néfastes pour leur santé : même si le traitement n'a pas d'efficacité pharmacologique, il peut en donner l'impression, que ce soit en raison de

l'évolution autorésolutive de la maladie ou d'un quelconque effet placebo. Par contre les conséquences peuvent être désastreuses pour les maigres revenus des familles, qui dépensent parfois des sommes considérables par rapport à leurs revenus pour l'achat sur le marché libre de médicaments parfois nuisibles, souvent inefficaces, et toujours exagérément coûteux (Banque mondiale, 1994, p. 82 et 182). L'approche sélective n'est donc qu'une manière de déplacer le problème : ce n'est pas parce que le service public ne se charge pas de l'ensemble des problèmes de santé d'une communauté que celle-ci va renoncer à y trouver des solutions, à coût élevé et à efficacité douteuse.

Pour répondre aux besoins ressentis, le service de santé doit être polyvalent et non se limiter à quelques pathologies prédéterminées. Ce n'est qu'au niveau d'un service polyvalent que pourra s'établir un dialogue entre l'utilisateur et l'agent de santé pour mener à la recherche de solutions aux problèmes rencontrés, soit moins chères, soit plus fondamentales, tentant de déjouer ainsi les pièges de la surmédicalisation et des dépenses inutiles. En effet ce dialogue doit permettre au demandeur de soins de prendre conscience du degré de gravité de son problème, de l'impact réel que lui-même et/ou le service peuvent avoir sur ce problème, et du coût (financier mais aussi humain) des différentes solutions envisageables. Ainsi le demandeur pourra juger si l'amélioration qu'il peut escompter de chacune de ces solutions en vaut la peine (ne rien faire étant également une solution possible). Surtout s'il paye, ne fût-ce que partiellement les soins, l'utilisateur bien informé sera probablement moins enclin à demander un examen dont on lui a expliqué l'inutilité, ou encore des médicaments coûteux s'il peut résoudre son problème lui-même (par exemple par une alimentation équilibrée au lieu d'acheter des vitamines). Le dialogue avec les représentants de la population servie doit permettre de dépasser les intérêts individuels : le professionnel de santé doit en effet pouvoir justifier les solutions qu'il propose dans les limites des ressources mobilisables. Ainsi la négociation avec un comité de santé soucieux de justice sociale doit permettre de garantir de manière prioritaire l'accès pour tous aux soins qui améliorent de manière efficiente les problèmes graves et fréquents, et d'éviter les décisions dont le coût mettrait en péril la réalisation de ces priorités.

Quel service polyvalent ? En pratique, les consultations ambulatoires des hôpitaux généraux sont souvent utilisées, faute d'alternative acceptable, comme service de première ligne. Or l'hôpital s'avère, sauf exception, peu adapté pour établir un dialogue continu avec les usagers, et les interactions entre patients et personnel médical sont fortement impersonnelles. Les salles d'attente sont souvent surpeuplées et le temps de consultation consacré à chaque patient restreint au minimum. L'anonymat des relations est renforcé par la taille du service et une organisation du travail rendant peu probable qu'un même patient voie le même médecin lors de visites successives. Le personnel assurant la consultation générale est souvent frustré par la « banalité » (d'un point de vue biomédical) des problèmes de santé et estime que ces usagers n'ont pas leur place à l'hôpital. Enfin, la méconnaissance des conditions de vie des patients, qui proviennent de nombreux quartiers ou villages différents, a pour effet que le personnel n'est pas en mesure de situer les plaintes dans un cadre plus global. Dans de telles conditions, les chances d'établir des relations durables de dialogue entre le personnel hospitalier et les usagers sont faibles.

Il paraît donc plus opportun d'organiser les soins polyvalents de manière décentralisée, dans des petites unités proches de la population à desservir. Cela suppose qu'au lieu d'un système de soins composé d'un hôpital et d'équipes mobiles spécialisées dans certaines pathologies, l'on crée un réseau de centres de santé, appuyés par l'hôpital de référence pour les patients nécessitant des soins dont le niveau technique exige la structure hospitalière. C'est ce type de système à deux échelons, fonctionnant comme un tout cohérent sous l'impulsion d'une seule et unique équipe de gestion, que l'on appelle système de santé de district ou système de santé intégré.

Les centres de santé décentralisés et polyvalents constituent potentiellement un lieu privilégié de dialogue avec les individus et les familles, à condition d'être en mesure de répondre efficacement à la plus grande partie des besoins ressentis de la population, c'est-à-dire d'offrir des soins curatifs acceptables – ce qui n'est pas le cas des dispensaires qui, au moins jusque dans les années soixante-dix, s'occupaient surtout de prévention et où les soins curatifs se limitaient aux problèmes bénins. Cette conception de centres de santé polyvalents se heurtait au manque de personnel médical. En effet jusque-là on considérait

généralement que seuls les médecins pouvaient être chargés des décisions cliniques, et ceux-ci étaient bien trop peu nombreux pour être affectés aux centres de santé. Il fallait donc trouver des moyens permettant de déléguer ces fonctions cliniques à du personnel moins qualifié, sans pour autant nuire à la qualité technique des soins.

Le chapitre suivant illustre ce qui précède par un cas concret.

Une illustration : le projet Kasongo

Le projet Kasongo a été un projet parmi d'autres qui a tenté, à l'initiative des professionnels de la santé, de favoriser une participation croissante de la population en créant des lieux d'interaction dynamique entre prestataires de soins et population. Le but premier était de rendre accessibles à la population de la zone rurale de Kasongo (en RDC, ex-Zaïre) – soit environ 180 000 habitants – les meilleurs soins possibles dans les limites des ressources disponibles (Pangu, 1988).

En 1971, le gouvernement zaïrois avait confié la gestion de ce projet à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, en Belgique. Les deux responsables chargés de cette gestion étaient membres actifs du GERM et avaient contribué, à partir de leur expérience et analyse du fonctionnement des services de santé en Afrique Centrale et en Inde durant les années soixante, aux lignes de force d'une politique de santé formulées par le GERM et énoncées ci-dessus. Ils étaient convaincus que ces lignes de force étaient aussi valables en Afrique qu'en Europe. Avec leur aide, les professionnels nationaux et belges de l'équipe de direction qui animaient le projet sur le terrain, se sont efforcés d'explicitier et d'évaluer leur action, ont ainsi progressivement cerné les conditions favorables, les difficultés et écueils rencontrés localement à la participation communautaire, et y ont cherché des solutions.

Le service fut d'emblée structuré comme un service de santé à deux échelons. Le premier niveau était constitué d'un réseau de centres de santé, dans chacun desquels une équipe (composée d'un infirmier, d'une aide-soignante et d'un agent administratif) fournissait des soins de premier échelon à environ 10 000 habitants. Le deuxième niveau était un hôpital dont les fonctions comprenaient les activités qui, pour des raisons techniques et/ou économiques, ne pouvaient pas être organisées au premier échelon.

Une équipe de direction gérait le fonctionnement des différentes structures en un ensemble cohérent.

Les centres de santé étant considérés comme des lieux privilégiés de dialogue, tant avec les usagers individuels qu'avec la communauté locale, il fallait que le personnel inspire confiance à la population en répondant adéquatement à la demande spontanée, et tout particulièrement à la demande curative et aux soins materno-infantiles. Les premiers infirmiers affectés aux centres de santé étaient des infirmiers expérimentés de l'hôpital. Afin de renforcer leurs compétences cliniques, ils furent affectés à la consultation curative de l'hôpital où ils examinaient et traitaient les patients sous la supervision d'un médecin. Prenant comme point de départ leurs décisions spontanées, les médecins les associèrent à la réalisation d'arbres de décision ou algorithmes qui, pour chaque plainte ou symptôme, permettaient aux infirmiers de reconnaître, avec un risque d'erreur réduit, les pathologies sérieuses pour lesquelles ils pouvaient fournir un traitement spécifique efficace ou référer le patient si nécessaire vers l'hôpital, et dans les autres cas de proposer un traitement symptomatique adéquat, un appui moral et une dédramatisation du problème.

Lorsque les infirmiers étaient ensuite affectés à leur centre de santé, ils appréciaient d'autant plus ces algorithmes qu'ils avaient participé à leur élaboration, en comprenant au moins dans les grandes lignes la rationalité, et y trouvaient une plus grande sécurité pour apporter une solution satisfaisante à un nombre important de plaintes, y compris des problèmes graves, ce qui leur valait une satisfaction professionnelle et une considération importante dans la communauté. Des stratégies standardisées furent également réalisées pour les soins materno-infantiles et les vaccinations, qui correspondaient aussi à un besoin ressenti par la population de la zone. Chacune de ces stratégies était testée par les infirmiers des centres de santé et discutée lors de la supervision. Cette dernière ne se bornait effectivement pas au contrôle de l'exécution des instructions : elle visait avant tout la formation continue du personnel et permettait d'évaluer et d'améliorer les stratégies elles-mêmes, à partir des situations de doute rencontrées par les infirmiers. Ce type de supervision modifiait les classiques relations hiérarchiques entre médecins et infirmiers et favorisait le dialogue et la participation dans les relations professionnelles. Il est

probable que cette culture organisationnelle ait facilité pour le personnel du centre de santé l'adoption, à son tour, d'une position d'écoute et de respect à l'égard des usagers du centre.

Par la suite, les stratégies, destinées à donner davantage de responsabilités aux infirmiers, ont été parfois perçues comme contraignantes. Les infirmiers des premiers centres de santé, expérimentés et étroitement associés à l'élaboration des stratégies, se les étaient largement appropriées. Par contre les jeunes infirmiers affectés aux centres de santé ouverts ultérieurement eurent plus de difficultés : ils avaient peu d'expérience à faire valoir face aux médecins, les stratégies avaient pour la plupart déjà été testées par leurs aînés, et n'ayant pas participé aux doutes qui avaient accompagné leur mise en place, ils eurent parfois tendance à les interpréter comme des instructions à appliquer mécaniquement.

Néanmoins la capacité du personnel à répondre aux besoins ressentis créa des conditions qui rendirent possible l'approfondissement du dialogue. Outre les consultations quotidiennes au centre de santé, l'équipe se déplaçait régulièrement dans les communautés pour réaliser des visites à domicile ou des activités préventives délocalisées. Ces visites dans la communauté étaient considérées comme essentielles par les animateurs du projet : elles fournissaient l'occasion au personnel de comprendre dans leur contexte les problèmes de la population, et de discuter sur place, avec les individus ou la communauté concernée, des moyens pour y remédier.

C'est de manière progressive que l'on proposa à la population de participer au fonctionnement du centre de santé. Elle n'était pas demandeuse, et il n'était pas évident qu'elle ait été disposée à fournir un effort avant d'avoir expérimenté les avantages de ce qui était proposé. Le premier effort demandé à la population correspondait à un besoin ressenti : rendre le service plus accessible géographiquement. En effet, pour obtenir un centre de santé, la population locale devait s'engager à construire le bâtiment, conçu sur un plan simple, à le meubler en style local et à l'entretenir. Cette forme de collaboration constituait le premier pas vers la réalisation d'un comité de santé, impliqué ultérieurement dans le fonctionnement du centre de santé. Ce comité de santé se réunissait mensuellement avec le personnel du centre de santé, abordant des sujets tels que les heures d'ouverture du centre ou l'organi-

sation des activités préventives (Van Balen, 1994).

Une participation financière était demandée aux utilisateurs sous forme de paiement à l'épisode, une somme forfaitaire couvrant tous les soins et médicaments liés à un épisode de maladie, y compris l'éventuelle hospitalisation. Si le principe du paiement à l'épisode était au départ une exigence du service, le montant en était déterminé par le comité de santé, en concertation avec le service : il s'agissait de concilier la double exigence d'accessibilité financière pour les patients et, pour le centre de santé, de recette suffisante pour offrir un service acceptable en dépit de la faiblesse des autres ressources. Les recettes étaient prioritairement affectées aux frais récurrents du centre de santé, qui assuraient les conditions minimales de fonctionnement de base du centre de santé ; ces conditions n'étaient pas négociables. Le comité de santé était informé de l'affectation de ces ressources, qui était chaque fois expliquée et justifiée. Ce n'est qu'une fois ces frais couverts que l'utilisation du surplus était négociée au cas par cas avec les représentants de la communauté : bicyclette pour faciliter les déplacements de l'infirmier dans les villages, aménagement d'un puits d'eau potable ou d'un système d'adduction d'eau, construction et équipement d'une salle d'accouchement, constitution d'une caisse de solidarité permettant d'exempter certaines catégories de personnes du paiement, paiement de primes aux infirmiers lorsqu'il apparaissait que les salaires gouvernementaux devenaient de plus en plus insuffisants.

Ce processus a mis en évidence le caractère conflictuel de la participation. Il était fréquent que des désaccords surgissent entre populations de villages différents desservis par le même centre de santé, concernant par exemple l'emplacement même du centre de santé. Par ailleurs, la population n'étant pas homogène, des questions relatives à la représentativité se posaient inévitablement dans la constitution des comités de santé. À cet égard, les relations du personnel avec les différentes composantes de la communauté lui permettait d'être au moins conscient d'éventuels désaccords ou divergences d'intérêts au sein de la communauté. Enfin, des conflits d'intérêt entre personnel du centre de santé et représentants de la population ont à maintes reprises amené la direction de la zone à intervenir dans les négociations.

Quelque temps après, la nécessité de disposer d'un lieu de dialogue concernant l'hôpital s'est manifestée. Les problèmes évoqués par les usagers de l'hôpital concernaient souvent les relations entre personnel hospitalier et patients hospitalisés et leurs familles, beaucoup plus marquées par l'anonymat que ce n'était le cas entre personnel du centre de santé et villageois. Isolés de leur communauté, les patients se sentaient régulièrement victimes d'abus de pouvoir de la part du personnel hospitalier. Toutefois les efforts pour mettre en place un comité de santé au niveau de l'hôpital se sont heurtés à davantage de difficultés qu'au niveau des centres de santé. L'absence de relations sociales de familiarité entre personnel et représentants de la population en était une raison. Par ailleurs il s'est avéré difficile de faire en sorte que la population rurale plus éloignée soit représentée dans le comité de santé de l'hôpital : les membres les plus influents étaient de fait des personnes instruites de la ville, face auxquelles les paysans prenaient difficilement la parole. La difficulté était accrue par le caractère nettement plus technique de bon nombre de problèmes de l'hôpital, qui en rendait la compréhension malaisée. Ces problèmes n'étaient peut-être pas insurmontables, mais l'expérience de Kasongo n'a, là, pas abouti.

À Kasongo, la participation communautaire s'est donc développée comme un processus de négociation entre le service et la communauté, proposé à l'initiative du service. Tout n'était pas négociable et le service a imposé des principes de base, jugés techniquement nécessaires pour garantir l'efficacité et la pérennité du service dans le cadre des ressources disponibles : un système à deux niveaux (centres de santé et hôpital), un plan de couverture prévoyant un centre de santé pour environ 10 000 habitants, un paquet minimum de soins à réaliser dans chaque centre de santé, le principe du paiement à l'épisode, etc. Mais le fait que ce soit le service qui fixe les règles du jeu n'a pas empêché la population de jouer un rôle actif et de s'approprier progressivement son centre de santé. La mobilisation de la population a d'ailleurs mené, dans certains cas, le service à revoir certains principes à la lumière des arguments apportés par la population. C'est ainsi qu'une communauté de 6 000 habitants, géographiquement isolée d'autres groupes de population, et très motivée à s'investir dans l'obtention d'un centre de santé, s'est opposée au « principe » d'un centre de santé

pour 10 000 habitants. La négociation entre cette communauté et les médecins a abouti à la création du centre de santé demandé, et le service a considéré que, si la notion de 10 000 habitants par centre de santé restait valable comme référence, elle ne pouvait être érigée en principe mais devait être modulée selon les circonstances.

Après une dizaine d'années de fonctionnement, l'acceptabilité du système de soins a été évaluée. Les centres de santé parvenaient à répondre à 90 à 95 % des épisodes de soins, réduisant ainsi considérablement les hospitalisations. Parmi les patients tuberculeux, placés sous traitement ambulatoire et suivis par les centres de santé, 70% terminaient leur traitement, alors que ce taux de succès n'était que de 30% lorsque le traitement était réalisé à l'hôpital. Environ 80 % de la population cible participait à la consultation prénatale et à la consultation des nourrissons, et les trois quarts des enfants recevaient la troisième dose de DPT et le vaccin antirougeoleux avant leur premier anniversaire. Le fonctionnement des comités de santé était bien entré dans les mœurs, et le coût global du système (centres de santé, hôpital et appui logistique et méthodologique) s'élevait à 3 à 4 dollars par habitant et par an.

Conclusions : les leçons de l'expérience

Les expériences relatées dans cet article permettent de dégager quelques leçons à propos des attitudes et stratégies que peuvent adopter les dispensateurs de soins et les gestionnaires de services de santé pour favoriser l'établissement et l'expansion d'une relation de dialogue entre le service et la population. Un tel dialogue est en effet la condition nécessaire pour prendre des décisions qui rencontrent tant l'autonomie et les priorités des individus et des communautés que l'efficacité et l'efficience du service. Il permet de développer un processus de négociation continu et un équilibre dynamique entre les points de vue des prestataires et celui des usagers. Les structures de dialogue possibles sont toutefois multiples, et il convient d'encourager la création de ces lieux avec un réel potentiel de négociation continue plutôt que d'imposer des mesures concrètes qui ont connu un succès dans un contexte particulier.

Une condition pour le développement d'un tel dialogue est que les gestionnaires de service et dispensateurs de soins reconnaissent que la

population n'est pas nécessairement demandeuse de « participation ». La santé, qui est une priorité pour le service, n'est pour la population qu'un bien parmi d'autres. Vouloir « faire participer » un individu, une famille ou une collectivité à des activités de santé qui ne sont pas prioritaires à ses yeux et qui ont été définies hors d'elle ne conduit souvent qu'à l'échec. La première démarche est donc de créer des conditions pour que les usagers puissent juger concrètement de l'intérêt de ce qui leur est proposé. Le processus de participation n'est pas statique, mais connaît des moments d'expansion et de régression.

Rencontrer les préoccupations des usagers – même si celles-ci ne sont pas nécessairement prioritaires aux yeux du service – implique de prendre pour point de départ les besoins ressentis. Ceux-ci varient bien sûr selon les personnes et les collectivités. Mais l'expérience montre aussi que, partout dans le monde, un service curatif accessible et efficace est apprécié par la population – qu'il s'agisse d'un médecin de famille ou d'un centre de santé. La consultation curative constitue, pour le personnel médical, le lieu premier où ils peuvent tenter de nouer un dialogue interpersonnel avec le patient, éventuellement entouré de sa famille, à propos de problèmes pour lesquels l'utilisateur attend une réponse. Ce dialogue au niveau de la consultation curative est, pour les individus et les familles, une occasion essentielle de participer aux décisions qui les concernent, et pour le personnel une source d'information sur leurs préoccupations et leurs problèmes.

Sur la base d'une relation de confiance établie grâce à l'expérience de réponses satisfaisantes aux besoins ressentis, il est alors possible d'élargir le dialogue à des besoins considérés comme importants par le service et qui ne sont pas perçus comme tels par la population. L'éducation pour la santé, intégrée dans les activités d'un service qui a la confiance de la population, augmente ses chances d'être crédible et donc efficace. La connaissance, toujours améliorable, que le service a des préoccupations et savoirs populaires de ses usagers, lui permet d'adapter les messages. Inversement, ce dialogue peut également aboutir à ce que le service prenne conscience de besoins de la population dont il n'était pas nécessairement conscient.

La promotion de décisions participatives suppose de la part du personnel des attitudes d'écoute et d'intérêt pour les gens. Il est évident

que la formation à la communication empathique devrait faire partie de la formation de tout personnel de santé et en premier lieu de celui travaillant au premier échelon, comme cela s'est fait dans plusieurs pays d'Europe pour la formation des médecins généralistes. Surtout dans le tiers-monde, où l'écart entre la « culture médicale » de la population et celle des services de santé est souvent important, il est fondamental d'attirer l'attention du personnel sur l'importance des traditions et savoirs populaires et de développer ses capacités à établir des liens entre ces savoirs populaires et les savoirs professionnels.

Mais la formation reste insuffisante si les structures dans lesquelles sont dispensés les soins ne sont pas adéquates. Le système de soins intégré – ou encore le district sanitaire basé sur les soins de santé primaires – constitue un mode d'organisation favorable au renforcement de la participation, pour autant bien sûr que sa mise en œuvre soit conçue dans ce sens. Les centres de santé polyvalents constituent les lieux privilégiés d'interface avec la population. La qualité du dialogue et de son développement continu suppose des centres de petite taille, avec un personnel stable et capable d'établir des relations de proximité sociale avec les usagers. L'appui technique de l'hôpital et la formation continue en sont également des conditions essentielles.

Enfin, la participation communautaire est un processus qui s'avère souvent conflictuel, dans la mesure où des intérêts, au moins en partie divergents, s'affrontent, et où les interactions sont marquées par des jeux de pouvoirs. Le terme « communauté » est d'utilité pratique pour les agences de développement ou les services : il permet d'imaginer une relation simplifiée avec une population qui serait homogène. Mais il est aussi trompeur, car même dans les communautés villageoises les plus cohérentes sur le plan social et culturel, les divergences de vue, les conflits d'intérêts ou les antagonismes familiaux marquent généralement la vie sociale. Les conflits peuvent aussi se situer entre le personnel et la population, que ce soit en termes d'horaires de travail, de types de prestations, de paiements extralégaux, d'engagement de personnel... Par ailleurs la maîtrise du savoir technique confère au professionnel un indéniable pouvoir et un rôle central dans le dialogue et place de fait les usagers dans une situation de dépendance. Enfin le service non plus n'est pas homogène, et les relations conflictuelles entre différentes catégories

de personnel, notamment entre supérieurs et subordonnés, peut également dévier les mécanismes de participation de leurs fonctions, les décisions devenant davantage des enjeux pour les relations de pouvoir internes au service que pour la qualité du service en soi. C'est pourquoi le genre de relations établies au sein du personnel et entre supérieurs hiérarchiques et prestataires de soins à la base – un des éléments de la culture organisationnelle – peut avoir une influence considérable sur la nature participative ou non des relations entre ces prestataires de soins et la population.

Les connaissances pratiques acquises en matière de participation communautaire et de systèmes de santé de districts de ces trente dernières années sont essentielles, mais le contexte dans lequel il s'agit de les appliquer est en constante évolution. D'une part, le processus d'urbanisation que connaissent les pays du tiers-monde modifie les liens sociaux et familiaux, et les modalités de participation expérimentées au niveau de communautés villageoises sont difficilement reproductibles telles quelles dans des grandes villes. D'autre part, les expériences sur lesquelles se base cet article sont largement cantonnées au secteur public. Or la privatisation des services en cours dans la plupart des pays du tiers-monde risque de déplacer les conflits d'intérêt : les services de santé se transforment en objets de transaction marchande, les usagers des services en consommateurs, et les pouvoirs

publics ne parviennent pas à réaliser la nouvelle fonction de régulation qui leur est impartie. Dans ce contexte, les producteurs de soins se préoccupent certes de la satisfaction immédiate de la demande de leurs clients. Mais en l'absence de systèmes efficaces pour garantir la qualité des soins, la rationalité technique des décisions tend à passer à l'arrière-plan. Par ailleurs les services privés sont préoccupés de rencontrer la demande de la population solvable, et les inéquités en matière d'accès aux soins se creusent, à l'encontre d'un processus de développement global.

Si les leçons de l'expérience restent variables, il s'agit d'un processus toujours inachevé. Cet article a mis l'accent sur les initiatives que peuvent prendre les services pour établir un dialogue avec la population. Il est possible qu'à l'avenir, les processus de participation soient davantage initiés par des nouveaux acteurs issus des mouvements sociaux internes à la société. Toutefois les professionnels de santé resteront les garants de ce que les individus et collectivités posent des choix en connaissance de cause. Ce rôle inclut de mettre en garde les usagers contre la surconsommation d'actes et produits médicaux inefficaces, et de démedicaliser et dédramatiser si nécessaire. Ils garderont une responsabilité essentielle dans l'information correcte des non-professionnels à propos de leurs problèmes de santé, ainsi que de l'efficacité probable et du coût financier et humain des solutions envisageables.

Références

- AKE, C. 1993. « The unique case of african democracy ». *International Affairs*. Vol. 69, n° 2.
- BANERJI, D. ; ANDERSEN, S. 1963. « A sociological study of awareness of symptoms among persons with pulmonary tuberculosis ». *Bulletin World Health Organisation*. N° 29, p. 665-683.
- BANERJI, D. 1986. *Social Sciences and Health Service Development in India. Sociology of Formation of an Alternative Paradigm*. New Dehli, Lok Pash.
- BANQUE MONDIALE 1994. *Pour une meilleure santé en Afrique. Leçons de l'expérience*. Washington.
- BELLONCLE, G. ; FOURNIER, G. 1975. *Santé et développement en milieu rural africain* Paris, Editions ouvrières.
- GERM 1971. *Pour une politique de la santé*. Bruxelles, La revue nouvelle/Vie ouvrière.
- GROSDOS, D. ; DE BÉTHUNE, X. 1988. « Les interventions sanitaires sélectives : un piège pour les politiques de santé du tiers-monde ». *Social Science and Medicine*. Vol. 26, n° 9, p. 879-889.

- JAFFRÉ Y. ; PRUAL, A. 1993. « Le corps des sages-femmes. Entre identité sociale et professionnelle ». *Sciences sociales et santé*. Vol. XI, n° 2, p. 63-80
- NEWELL, K.W. 1975. *Health by the People*. Genève. World Health Organisation.
- OLIVIER DE SARDAN, J.P. 1995. *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris. APAD-Karthala.
- PANGU, K.A. 1988. *La « santé pour tous ». D'ici l'an 2000 : C'est possible. Expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la zone de Kasongo au Zaïre*. Thèse de doctorat en santé publique, Université Libre de Bruxelles.
- UNGER, J.P. ; KILLINGSWORTH, J.R. 1986. « Selective primary care. A critical review of methods and results ». *Social Science and Medicine*. Vol. 22, n° 10, p. 1001-1013.
- VAN BALEN, H. 1992. « Soins de santé primaires : espacement des naissances et priorités ». *Annales de la société belge de médecine tropicale*. N° 72, p. 93-102.
- . 1994. « The Kasongo project. A case study in community participation ». *Tropical Doctor* N° 24, p. 13-16.
- VAN DORMAEL, M. 1997. « La médecine coloniale ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le tiers-monde ». *Studies in Health Services Organisation and Policy*. N° 1, p. 1-39.
-

À la recherche de l'action communautaire contre le VIH et le sida en Asie

Anne Scott et Monica Rosko

Le VIH et le sida en Asie

Les responsables du programme des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estiment qu'en janvier 1998, 30 millions de personnes dans le monde ont été contaminées par le VIH. D'autre part, presque 12 millions de personnes sont déjà mortes de maladies liées à ce virus (ONUSIDA/OMS, 1998).

Le VIH est arrivé en Asie plus tard qu'en Afrique. La progression de l'épidémie en Asie n'est évidente que depuis la fin des années quatre-vingt. Malgré son arrivée tardive, le virus s'est propagé rapidement dans plusieurs pays de la région. Sa présence est aujourd'hui bien établie et l'épidémie continue de s'étendre. Environ 6,4 millions de personnes seraient actuellement porteuses du virus (séropositives) en Asie et dans le Pacifique : elles représenteraient un peu plus du cinquième des porteurs du virus dans le monde. Cette proportion devrait s'accroître et atteindre un quart à la fin de l'an 2000 (ONUSIDA/OMS, 1998).

Le VIH est particulièrement répandu dans plusieurs pays d'Asie du Sud-Est, notamment en Thaïlande, au Myanmar et au Cambodge. Ainsi, la proportion de prostituées séropositives est passée au Myanmar de 4 à 20 % entre 1992 et 1996. Et presque deux tiers des consommateurs de drogues injectables par piqûre intraveineuse, au Myanmar, sont séropositifs. Une enquête de

dépistage récemment effectuée dans six zones urbaines a montré que plus de 2 % des femmes enceintes – catégorie traditionnellement considérée comme peu menacée par l'épidémie – ont en fait contracté le VIH (ONUSIDA/OMS, 1998).

Le VIH s'est aussi disséminé rapidement en Asie du Sud, notamment en Inde, et l'on craint que ce pays ne devienne un nouveau centre de la pandémie mondiale. Déjà très répandu dans plusieurs États de l'union indienne, le virus continue

de se propager rapidement dans les zones rurales comme dans les zones urbaines. Une enquête de dépistage effectuée auprès d'un échantillon de la population totale du Tamil Nadu a récemment montré, par exemple, que la proportion des individus séropositifs (par rapport à la population totale) était de 7,4 % dans les zones urbaines et de 7,0 % dans les zones rurales (Solomon *et al.*, 1997). Ces chiffres dépassent d'environ deux points ceux corres-

pondant à la Thaïlande, qui possède à peu près le même nombre d'habitants que le Tamil Nadu. Suivant les prévisions actuelles, l'Inde devrait compter en l'an 2000 au moins cinq millions d'individus séropositifs et plus de deux millions de cas de sida.

Bien que dans les pays d'Asie, sauf peut-être en Thaïlande, les statistiques tendent à sous-évaluer la fréquence de la séropositivité, il semble que cette fréquence soit restée relativement faible dans plusieurs pays, notamment au Bangladesh, en Indonésie, au Laos, aux Philip-

Anne Scott est administratrice de programme pour l'Asie du Sud à l'International HIV/AIDS Alliance, 2 Pentonville Road, Londres N1. Royaume-Uni. annewscott@compuserve.com. Elle a travaillé avec des organisations non gouvernementales dans plusieurs pays d'Asie, notamment en Inde et en Indonésie. Monica Rosko est une consultante indépendante (1076 Lalor St., Trenton, New Jersey 08610, Etats-Unis d'Amérique, mlrosko@hotmail.com). Elle a effectué de nombreuses recherches universitaires sur les processus communautaires et la théorie des communautés.

pinés et à Sri Lanka – malgré les comportements à risques de nombreux habitants de ces pays (ONUSIDA/OMS, 1998).

Une action intensive dans le domaine de la santé publique a été entreprise en Thaïlande, où les enquêtes de dépistage les plus récentes indiquent une diminution du nombre des primo-infections, en particulier parmi les prostituées. Les autorités thaïlandaises attribuent ces bons résultats à des mesures de prévention rigoureuses, soutenues et variées, qui encouragent l'utilisation du préservatif dans les relations hétérosexuelles, découragent la fréquentation des prostituées, et offrent aux jeunes femmes des possibilités d'éducation et de travail pour accroître leurs chances d'échapper à la prostitution.

Si le nombre des primo-infections diminue dans les groupes-cibles, il continue d'augmenter dans d'autres groupes qui n'étaient pas spécialement visés par les campagnes de prévention. Ainsi le taux d'infection des consommateurs thaïlandais de drogues injectables est resté d'environ 40 %. Les responsables de la santé publique signalent d'autre part que la conscience des risques de sida et l'usage des préservatifs sont peu développés chez les homosexuels du nord de la Thaïlande (ONUSIDA/OMS, 1998).

Les autres pays d'Asie du Sud-Est n'ont pas élaboré de programmes d'éducation préventive aussi détaillés que celui de la Thaïlande. Au Cambodge, par exemple, on estime qu'une femme enceinte sur trente, un soldat ou un policier sur six et une prostituée sur deux sont séropositifs. Bien que le nombre de préservatifs vendus chaque mois soit passé en trois ans seulement de presque zéro à un million, beaucoup de Cambodgiens continuent d'avoir des relations sexuelles non protégées et le gouvernement n'a pas encore organisé de campagne concertée d'éducation préventive. Le manque de ressources, la priorité donnée à d'autres objectifs, le refus de reconnaître le problème et la difficulté d'atteindre des populations éloignées et marginalisées font souvent obstacle à l'action des pays d'Asie contre le VIH et le sida.

L'épidémiologie et les mesures de santé publique contre le VIH et le sida

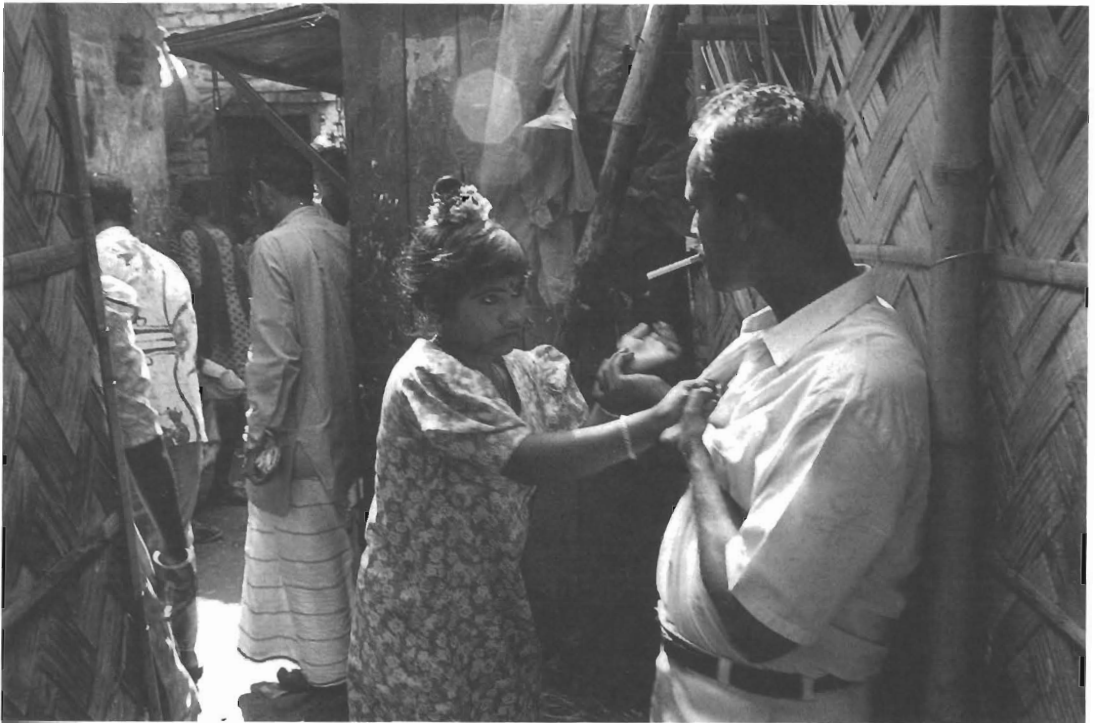
Les premières tentatives pour mesurer la diffusion du VIH et du sida dans le monde ont été

faites, en grande partie, par des épidémiologistes au service de l'Organisation mondiale de la santé et des établissements de recherche qui s'y rattachent. Ils ont analysé la progression de l'épidémie et découvert que certaines populations y étaient particulièrement exposées. Les gouvernements et les offices de développement asiatiques ont rapproché les résultats des enquêtes épidémiologiques de ceux d'autres types d'enquêtes pour élaborer des programmes de santé publique. Mais, ce faisant, ils ont défini à tort les populations à risques comme des communautés à atteindre. Ces « communautés » sont en fait le produit d'extrapolations et n'ont guère de fondement dans la réalité.

L'épidémiologie est l'étude des épidémies ou des modes de répartition des maladies dans la population. Elle essaie de déterminer qui a contracté telle ou telle maladie et où vivent les malades. L'ensemble des individus qui, dans le monde, ont été infectés par le VIH est divisé en sous-ensembles : par exemple, le sous-ensemble des personnes contaminées qui vivent dans une région du monde, dans un pays, sur un territoire ou dans une agglomération déterminée, ou qui appartiennent à un groupe social donné. Les premières recherches épidémiologiques effectuées à l'échelle mondiale sur le VIH et le sida ont ainsi montré que l'Asie du Sud-Est était un des centres de l'épidémie régionale. La proportion des individus séropositifs était particulièrement élevée dans les capitales et aux frontières de la Thaïlande, et parmi les consommateurs de drogues injectables, les prostituées et les soldats.

La présence de la maladie doit être attestée empiriquement, par des méthodes d'analyse scientifiques. Les enquêtes de dépistage permettent de rassembler des informations. On analyse les échantillons de sang fournis par un ensemble représentatif d'individus appartenant à une population déterminée. Les résultats sont ensuite généralisés et étendus à l'ensemble de la population. Si, par exemple, la présence du VIH est attestée dans 500 échantillons de sang sur 1 000 fournis par des prostituées de Bangkok, on peut en déduire que 50 % de toutes les prostituées de cette ville sont séropositives.

En épidémiologie comme dans toutes les autres disciplines scientifiques, l'unité de mesure fondamentale est la population, c'est-à-dire tout simplement l'ensemble du groupe que le chercheur veut étudier. La population est définie en fonction du sujet de la recherche et n'a de sens



Dispute entre un client et une prostituée sur le paiement, après une passe, au bordel de Kandupatti (vieux Dhaka), Bangladesh. Shehzad Noorani/MAP/Ediing.

que par rapport à celui-ci. Un chercheur peut essayer de connaître, par exemple, la proportion des individus séropositifs parmi tous les êtres humains du monde âgés de moins de 21 ans, parmi les immigrants d'origine asiatique en Europe, ou parmi les consommateurs de drogues injectables de New York.

L'épidémiologie permet de comparer les taux de séropositivité de populations semblables ou différentes. Par exemple, un chercheur peut comparer de ce point de vue la population des consommateurs de drogues injectables de cinquante villes du monde. Si la proportion des individus séropositifs est élevée dans toutes les populations comparées, il peut en conclure que les consommateurs de drogues injectables sont susceptibles de contracter le VIH.

Le chercheur peut aussi comparer la proportion d'individus séropositifs parmi les consommateurs de drogues injectables et dans la population totale (les femmes enceintes sont traditionnellement considérées comme un échantillon représentatif de la population totale). Si la pro-

portion d'individus séropositifs est nettement plus élevée parmi les consommateurs de drogues injectables que dans la population totale, le chercheur peut en déduire que les toxicomanes sont particulièrement menacés par l'épidémie.

Enfin, les épidémiologistes considèrent aussi les modes de transmission de la maladie pour déterminer quels individus courent le plus de risques. Les personnes qui se livrent fréquemment à des pratiques à risques comme les relations sexuelles non protégées ou les injections intraveineuses sont plus susceptibles de contracter le VIH que celles qui évitent de telles pratiques. C'est pourquoi la population des prostituées et celle des consommateurs de drogues injectables apparaissent comme les principaux groupes à risques.

Par sa théorie et sa méthode, l'épidémiologie a défini un cadre de référence qui reste en usage pour l'étude du VIH et du sida (Moodie, 1997). Le procédé qui consiste à étendre à une population entière les résultats fournis par un groupe représentatif, à diviser l'humanité et la

société en populations, et à se concentrer sur les populations à risques, a marqué jusqu'à présent nos efforts pour décrire, comprendre et combattre la maladie. Il a de ce fait exclu toute autre façon d'aborder le problème.

Afin de comprendre pourquoi certains individus sont particulièrement vulnérables devant l'épidémie, les gouvernements et les offices de développement ont rassemblé les résultats d'enquêtes supplémentaires sur des facteurs liés à l'infection par le VIH. Fondées sur les mêmes principes que les enquêtes de dépistage, les enquêtes sur les comportements à risques mesurent la fréquence de tels comportements dans un échantillon représentatif d'une population donnée. De même, les études sur la connaissance de la maladie, les attitudes, les comportements et les pratiques essaient de mettre en évidence d'autres facteurs de vulnérabilité à l'épidémie, tels que les croyances erronées concernant le sida, l'alcoolisme ou l'utilisation de remèdes traditionnels pour soigner d'autres maladies sexuellement transmissibles.

La validité des hypothèses sur les risques plus ou moins considérables d'infection par le VIH auxquels sont exposés différents groupes est de plus en plus fortement contestée dans la mesure où les informations fournies par les enquêtes sur les comportements à risques et par les études sur la connaissance de la maladie, les attitudes, les comportements et les pratiques sont venues brouiller les catégories traditionnelles de l'épidémiologie. Des groupes que l'on croyait peu menacés par l'épidémie sont en fait particulièrement vulnérables. Il est désormais largement admis, par exemple, que les femmes mariées courent de très grands risques d'infection par le VIH. En effet, les femmes qui ont des relations sexuelles vénales peuvent parfois persuader leur partenaire de mettre un préservatif, mais la négociation sur ce point est plus difficile entre une femme et son époux. En outre, des enquêtes récemment menées par des organisations non gouvernementales dans plusieurs pays d'Asie ont montré que les femmes mariées, dans ces pays, ont, à l'occasion, des relations sexuelles vénales avec des partenaires multiples.

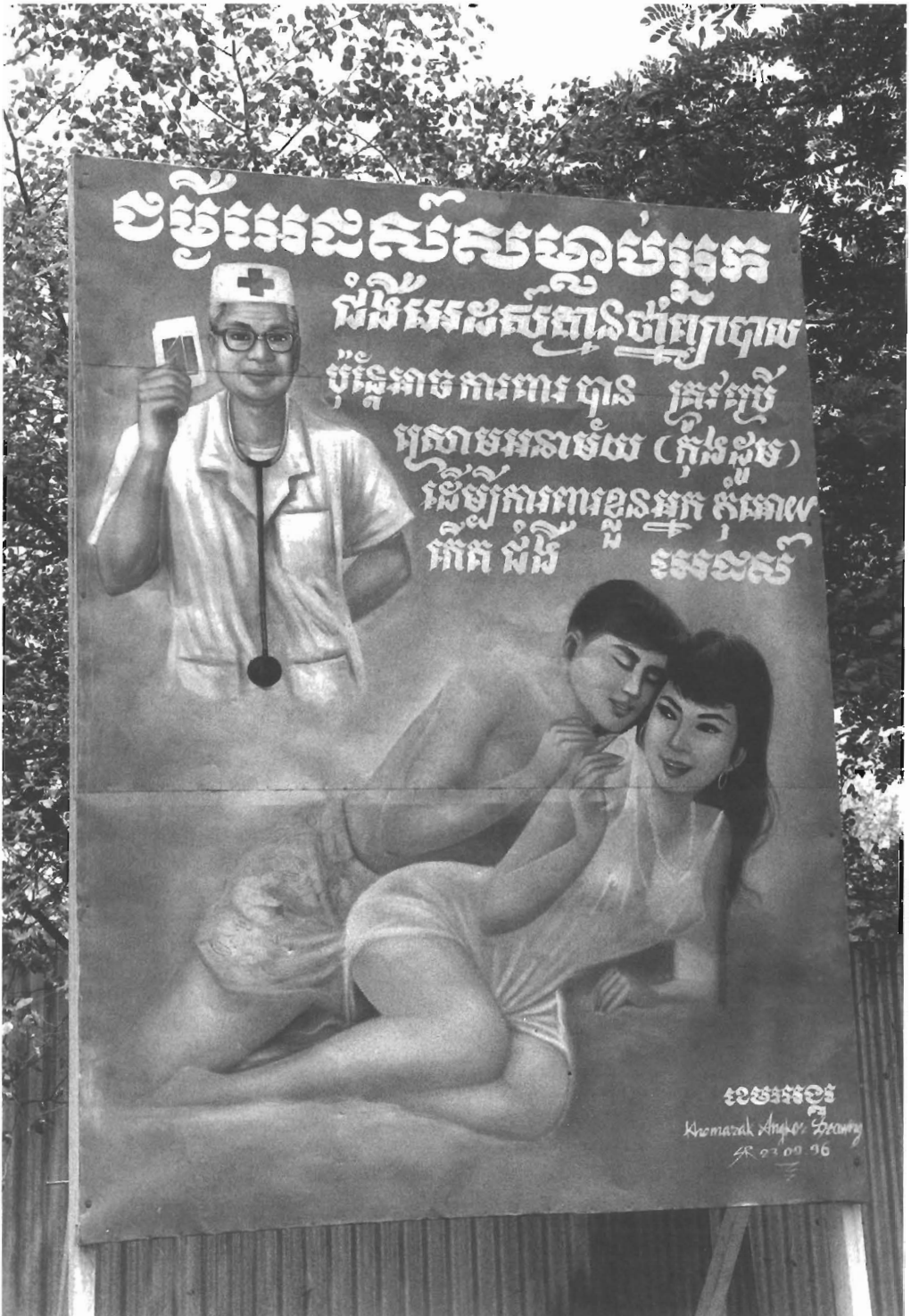
À mesure que la lumière s'est faite sur les comportements et les pratiques, la définition des catégories à risques est entrée dans un détail de plus en plus précis – au point d'ôter toute signification aux catégories utilisées. La liste des groupes à risques s'est allongée : elle ne com-

prend plus seulement les consommateurs de drogues injectables et les prostituées, mais aussi les femmes mariées, les homosexuels, les routiers, les contractuels étrangers, les militaires, les hommes d'affaires, les jeunes déscolarisés, etc.

Les gouvernements et les organismes donateurs se sont appuyés sur les données épidémiologiques ou liées à l'épidémiologie pour déterminer la meilleure façon d'employer leurs ressources, formuler leurs politiques et mettre au point des programmes contre le VIH et le sida. Les données épidémiologiques pour la Thaïlande, par exemple, attestaient la forte présence du virus dans ce pays. La proportion de personnes séropositives était particulièrement élevée parmi les prostituées et augmentait rapidement dans certaines classes d'âge et dans certains groupes d'hommes. Les enquêtes sur les comportements à risques et les études sur la connaissance de la maladie, les attitudes, les comportements et les pratiques ont montré que la plupart des hommes, en Thaïlande, avaient régulièrement des relations sexuelles avec des prostituées et qu'ils n'aimaient pas se servir de préservatifs. Beaucoup de femmes se prostituaient sous la pression de leur famille ou de leur plein gré, pour des raisons économiques.

Sur la base de ces informations, les dirigeants thaïlandais ont adopté une politique d'« utilisation du préservatif dans 100 % des cas » et investi des ressources considérables dans des campagnes d'information par les médias destinées à modifier les normes sociales relatives à l'utilisation du préservatif. Ces campagnes ont atteint un grand nombre d'hommes et répandu l'usage du préservatif, qui est le plus accessible des moyens de protection contre le VIH. D'autre part, les offices de développement ont financé des interventions spécifiques afin d'amener les tenanciers des maisons de prostitution à promouvoir l'utilisation des préservatifs et d'apprendre aux prostituées à en négocier l'utilisation avec leurs clients. Les tentatives pour atteindre les autres groupes à risques n'ont pas produit, en Thaïlande, d'aussi bons résultats, non plus que les efforts déployés pour procurer de nouvelles sources de revenus aux prostituées sans travail.

Contrairement à d'autres gouvernements de la région, le gouvernement thaïlandais avait la volonté et les moyens de consacrer d'importantes ressources à la lutte contre le VIH et le sida. Des enquêtes détaillées, à grande échelle, sur la progression de l'épidémie et les comportements à



Publicité pour la sécurité dans les rapports sexuels, Cambodge, 1996. Sean Sprague/Ciric.

risques ont ainsi livré des informations qui ont permis de concevoir et d'élaborer des programmes d'éducation préventive, que l'on applique également à grande échelle. Les programmes de dépistage et d'éducation préventive plus limités mis en œuvre dans d'autres pays d'Asie – et, en Thaïlande même, auprès d'autres groupes à risques – ont été moins efficaces.

Ces succès et ces échecs montrent que les mesures de santé publique qui visent les populations à risques définies par les études épidémiologiques parviennent effectivement à limiter la progression de l'épidémie quand on dispose de ressources suffisantes pour effectuer des analyses et des interventions sur une grande échelle. Toutefois, en réduisant la proportion d'individus séropositifs dans ces populations, on n'agit pas nécessairement sur les autres facteurs (tels que la pauvreté) qui font qu'elles restent très vulnérables. D'autre part, les enquêtes sur les comportements à risques et les études sur la connaissance de la maladie, les attitudes, les comportements et les pratiques montrent que d'autres groupes, comme les homosexuels et les jeunes déscolarisés, courent des risques relativement élevés d'infection par le VIH. Les mesures de santé publique sont rarement appliquées à ces autres groupes, au sein desquels le virus continue de se propager.

Le legs de l'épidémiologie dans la conception des communautés en matière de sida

Avec l'adoption, en Asie, de mesures de santé publique contre le VIH et le sida, les populations définies comme des populations à risques par les enquêtes de dépistage et les enquêtes sur les comportements à risques sont apparues comme des « communautés » qu'il fallait atteindre par des interventions. Ainsi, les prostituées sont devenues des « communautés » de prostituées. En même temps, les sociologues et d'autres spécialistes ont apporté des informations complémentaires sur des facteurs sociaux, économiques et culturels plus généraux liés à l'épidémie. Des facteurs sociaux et culturels comme l'existence d'un gouvernement fort et de valeurs familiales et religieuses bien établies, des facteurs économiques comme une croissance rapide, l'urbanisation et la mobilité de la main-d'œuvre sont très souvent mis en rapport avec l'épidémie de sida

en Asie. Le VIH et le sida ont été redéfinis dans une perspective plus large comme des obstacles au développement, et ces communautés se sont vu attribuer la caractéristique supplémentaire d'être particulièrement menacées par l'épidémie ou marginalisées au sein de la société.

Ces facteurs ont bientôt fait leur apparition dans le discours tenu sur l'épidémie. Des dirigeants politiques en vue, des médias et des militants ont attiré l'attention sur le sida et obtenu des ressources pour le combattre, en expliquant que certaines communautés étaient marginalisées et menacées par l'épidémie. Cependant, tout le monde ne s'accorde pas encore sur la façon dont ces facteurs agissent les uns sur les autres et influent sur la transmission du VIH. Certains facteurs, par exemple la religion, sont présentés tantôt comme des obstacles à la progression de l'épidémie, tantôt comme des causes de vulnérabilité. D'autres, comme l'urbanisation, passent pour augmenter les risques d'infection en provoquant l'effondrement de la structure familiale traditionnelle, laquelle est présentée tantôt comme un soutien dans les périodes de crise, tantôt comme un moyen de contrôle social sur les comportements individuels. On n'a pas encore déterminé quelles relations ces facteurs entretiennent les uns avec les autres et avec la transmission du VIH.

La solution du problème réside, en partie, dans la possibilité de relier les risques individuels aux tendances économiques, aux politiques publiques et aux normes sociales. Quel est à cet égard le rôle des communautés ? Comment peuvent-elles atténuer, renforcer ou interpréter les changements qui touchent l'ensemble de la société ? Ces questions restent sans réponse, car le discours sur le VIH et le sida continue d'opposer les communautés marginalisées aux forces sociales dominantes.

En fait, ces prétendues « communautés marginalisées » ne sont pas du tout des communautés. Le mot « communauté » est appliqué aujourd'hui, de façon tout à fait incorrecte, à différentes populations à risques. Le concept de population (des consommateurs de drogues injectables, des prostituées, des homosexuels, etc.), a un sens dans le contexte des enquêtes épidémiologiques et des enquêtes sur les comportements à risques. Mais les populations ainsi définies ne sont pas nécessairement des communautés.

Par exemple, la dissémination transfrontière du VIH est un des traits distinctifs de l'épidémie

en Asie. Le virus se propage d'un pays à l'autre quand des individus contaminés traversent les frontières nationales à la recherche de travail ou d'autres possibilités. La mobilité des individus est considérée comme un facteur qui accroît les risques de contagion. Les expressions « population des migrants » et « communauté des migrants » sont souvent employées comme des synonymes par les spécialistes. La première aide à comprendre où se situe l'épidémie et suggère des interventions stratégiques en matière de santé publique. La seconde est trompeuse, puisqu'elle laisse entendre que les migrants conservent au cours de leur migration les mêmes formes d'association avec autrui.

En fait, ces formes d'association changent radicalement au cours de la migration. Les individus déplacés ou qui se déplacent volontairement forment de nouvelles communautés ou se joignent à des communautés existantes, et cessent d'appartenir à leur communauté d'origine. Le discours sur le VIH et le sida se réfère souvent aux migrations et à l'effondrement des structures familiales traditionnelles qui en serait la conséquence. Mais nous n'avons pas d'études satisfaisantes sur la modification des formes d'association qui résulte d'une mobilité accrue des individus. Aussi n'a-t-on élaboré jusqu'à présent que très peu de stratégies capables d'aider les individus à trouver de nouvelles formes de soutien collectif et à inventer de nouvelles communautés – autrement dit très peu de stratégies pour s'attaquer au VIH et au sida en tant qu'obstacles au développement.

Les auteurs qui ont proposé de traiter le VIH et le sida comme des obstacles au développement se sont mépris, eux aussi, sur le concept de communauté. Linge et Porter (1997), par exemple, prétendent que des programmes efficaces de prévention du sida ne pourront être appliqués en Asie que si l'on entreprend d'abord, plus généralement, de renforcer les médiations sociales. Quand des gens de l'extérieur viennent s'informer des problèmes d'un groupe, cette intervention permet aux membres du groupe de « développer leurs capacités de compréhension et d'analyse » (Linge et Porter, 1997, p. 22). Les membres du groupe peuvent alors, aussi bien que les intervenants, faire des démarches pour solliciter l'aide de diverses organisations sociales.

Cette approche consiste à travailler avec tous les secteurs de la société afin de maintenir un contexte social, culturel et politique favorable

à la lutte contre le sida. Elle replace les groupes sociaux les plus menacés par l'épidémie parmi les autres groupes qui exercent une influence sur leur vie. Elle réclame des changements sociaux en faisant jouer la solidarité plutôt que les oppositions et en confiant à des organisations extérieures le rôle d'intermédiaires.

Le gouvernement et les organismes responsables peuvent ainsi accéder à une compréhension plus fine des effets produits au niveau local par des mesures générales. Les planificateurs peuvent déterminer plus facilement l'ordre des priorités à accorder, dans leurs programmes, aux différents besoins et intérêts locaux. Les syndicats et les associations bénévoles peuvent avoir un plus large aperçu des phénomènes, comme le sida, qui affectent la santé, le bien-être et les possibilités économiques des personnes dont ils s'occupent. Le secteur des entreprises peut prendre plus fortement conscience de ses responsabilités envers les communautés, qu'il y prélève des travailleurs ou qu'il y introduise un grand nombre de travailleurs temporaires.

Cette approche soulève des questions fondamentales pour qui prétend traiter le VIH et le sida comme des obstacles au développement. D'abord, elle suppose qu'un simple projet peut mobiliser des groupes et des organisations très divers. L'hypothèse suivant laquelle des organisations extérieures peuvent jouer efficacement le rôle d'intermédiaires est elle aussi discutable. Elle suppose, ce qui n'est pas certain, que lorsqu'ils connaîtront mieux les problèmes et qu'ils pourront en parler, les représentants des secteurs public, privé et associatif agiront de la manière voulue en faveur des groupes locaux.

Pas plus que les autres approches visant à traiter le VIH et le sida comme des obstacles au développement, celle-ci ne tient compte des motivations réelles, des obligations personnelles et du déséquilibre des pouvoirs, qui sont autant de facteurs déterminants dans les sociétés asiatiques. Elle s'appuie en revanche sur des hypothèses concernant les rapports entre la volonté individuelle, les processus communautaires et le système social qui ne sont pas valables dans le contexte asiatique. Ces hypothèses militent en faveur d'une distinction théorique entre des groupes sociaux marginalisés et le reste de la société, et ne jettent aucune lumière sur la façon dont les individus, en Asie, vivent leur appartenance à une communauté et à la société, ni sur

l'accroissement ou la diminution des risques d'infection par le VIH qui en découle.

Faute d'informations détaillées sur le fonctionnement des différentes communautés asiatiques, la description des dangers courus se limite souvent à des cas particuliers de comportements destructeurs, de problèmes personnels et de dénuement. L'histoire personnelle de l'individu est censée être représentative de celle de tous les autres membres de la communauté. On ne montre pas les ressources dont disposent toutes les communautés, y compris celles qui sont marginalisées, pour résoudre par une action collective les problèmes de santé et les problèmes sociaux qui en résultent. Cette conception restrictive reste marquée par l'épidémiologie et témoigne des difficultés qu'entraîne la confusion entre les populations au sens scientifique et les groupes sociaux. Elle perpétue aussi, sans le vouloir, l'idée que tous les membres des communautés marginalisées sont des victimes potentielles de l'épidémie, impuissantes à se défendre.

De façon générale, la presse et les publications spécialisées donnent très peu d'informations sur l'action communautaire menée en Asie contre le VIH et le sida. Les auteurs et leurs sources disent le plus souvent qu'il n'y a pas d'action communautaire devant la menace d'épidémie. Ils citent alors fréquemment le fatalisme au nombre des causes culturelles de cette inaction. Mais s'il l'on savait mieux ce qu'est une communauté dans le contexte asiatique, on découvrirait peut-être davantage d'actions ou de possibilités d'actions communautaires contre le VIH et le sida. Il faudrait pour cela définir les communautés sans référence à l'épidémiologie, et les décrire avec précision sans présupposer qu'elles sont marginales et vulnérables.

L'approche communautaire de l'action contre le VIH et le sida

L'une des expressions le plus souvent employées dans les publications en anglais sur le VIH et le sida est *community-based* (implanté dans la communauté, communautaire). On l'utilise pour décrire un type particulier d'organisation, de service ou de mesure. Les organisations communautaires expriment le point de vue de leurs membres et agissent en leur nom (Broadhead et O'Malley, 1989). Les services communautaires sont fournis au sein de la communauté, hors du cadre institutionnel (Allen *et al.*, 1995). Les me-

sures communautaires sont prises dans l'intérêt d'un groupe d'individus caractérisés par une identité ou une appartenance commune (Allen *et al.*, 1995).

Cette conception de la communauté fait nécessairement intervenir la notion d'accès. On suppose que les organisations communautaires jouissent de la confiance des individus qu'elles représentent (Sharma et Bhatia, 1996). Elles sont chargées d'intervenir dans les affaires de la communauté et de parler de ses besoins et de ses priorités avec les gens de l'extérieur. Elles peuvent donc aborder les sujets délicats (comme la sexualité, l'alcoolisme ou les relations personnelles) dont il faut discuter pour adopter des pratiques sexuelles plus sûres. Les partisans de l'action communautaire en concluent que celle-ci est d'une importance décisive pour le succès des mesures prises contre le VIH et le sida. Il est impossible, selon eux, de combattre le VIH et le sida si l'on n'a pas accès aux communautés menacées par l'épidémie et si l'on ne parle pas ouvertement des questions qui s'y rapportent (Altman, 1994). Cette affirmation est discutable. Nous pourrions en effet démontrer que des campagnes de santé publique et d'information du public ont réussi à modifier des comportements nuisibles à la santé sans s'appuyer sur les structures communautaires au sens indiqué ci-dessus.

On définit aussi les approches communautaires par opposition à ce qu'elles ne sont pas. Les organisations communautaires se distinguent des organisations non gouvernementales (Broadhead et O'Malley, 1989). Elles naissent au sein d'un groupe et cherchent à l'organiser. Les mouvements paysans, les syndicats et les associations féministes sont des exemples d'organisations communautaires. Les organisations non gouvernementales, au contraire, jouent le rôle d'intermédiaires dans le processus de développement en introduisant dans diverses communautés les activités prévues par les programmes des offices de développement (Broadhead et O'Malley, 1989 ; Altman, 1994). On a tendance à employer indifféremment les expressions « organisation communautaire » et « organisation non gouvernementale », ou à se servir de la seconde expression pour désigner les deux types d'organisation. De nombreux auteurs soutiennent cependant qu'il faut absolument définir les organisations communautaires comme des entités distinctes si l'on veut promouvoir la responsabilisation des communautés (Altman, 1994).

On oppose également les organisations et les mesures communautaires aux mesures générales appliquées par les offices de développement gouvernementaux et par les organismes de santé publique et d'aide sociale. Personnalisées, humaines, novatrices, les mesures communautaires émanent de la base du système social. Impersonnelles, déshumanisantes et bureaucratiques, les mesures officielles des pouvoirs publics émanent d'en haut. Cette distinction fournit de nouveaux arguments en faveur de l'action communautaire. Celle-ci, dit-on, met des moyens efficaces à la disposition de groupes sociaux insuffisamment aidés ou complètement négligés par le gouvernement.

Enfin, une approche communautaire incite les gens à agir. C'est pourquoi certains auteurs appellent les organisations communautaires des « organisations à caractère de mouvement social » (Kimberly, 1980 ; Allen *et al.*, 1995). Les associations qui se sont formées très tôt au sein de la communauté homosexuelle de plusieurs pays occidentaux pour parer à la menace d'épidémie, offrent les exemples d'« organisations à caractère de mouvement social » les plus cités dans les publications sur le VIH et le sida. De telles organisations se caractérisent par leur adhésion à une idéologie, leur activité créatrice et l'émergence de meneurs (Kimberly, 1980 ; Allen *et al.* 1995 ; Altman, 1994). De nombreux sociologues évoquent le concept wébérien de chef charismatique pour décrire la puissante mobilisation et les revendications de la communauté homosexuelle (Weber, 1946). Le chef charismatique est une personne qui possède un talent exceptionnel pour rassembler et mobiliser une masse d'individus et les organiser en communauté.

La plupart des « organisations à caractère de mouvement social » succombent à l'instabilité pendant les premières phases de leur développement et n'atteignent jamais la maturité (Kimberly, 1980). Celles qui réussissent à durer se transforment souvent en vastes organisations bureaucratiques, semblables aux organisations non gouvernementales et aux organismes publics. Un tel changement provoque des tensions au sein de l'organisation, parce que certains de ses membres y voient une trahison des idéaux fondateurs et de la communauté elle-même.

On peut trouver dans toutes les régions du monde, y compris en Asie, des exemples d'organisations communautaires qui, après avoir repré-

senté la communauté pour les questions liées au sida, lui fournissent aujourd'hui des services dans ce domaine. Une telle évolution est souvent attribuée soit à l'augmentation du nombre des adhérents et des dossiers à traiter, soit à l'aide financière et à l'exigence de transparence accrues d'organismes privés ou publics extérieurs à la communauté. Les membres des communautés affirment souvent que les organisations communautaires qui, pour obtenir les subventions nécessaires à leur survie, se soumettent aux exigences des organismes extérieurs, sont chargées de maintenir le statu quo. Elles ne font plus de vrai travail, disent-ils, parce qu'elles n'essaient plus de défendre la communauté ou de changer la situation.

La conception de la communauté sur laquelle se fonde l'approche communautaire de l'action contre le VIH et le sida, s'inspire plus directement du fonctionnement réel des communautés que les conceptions tirées de l'épidémiologie. Elle n'en trace pas moins, elle aussi, des frontières symboliques autour de la communauté. Les organisations communautaires sont représentées comme porteuses de mouvements sociaux, de revendications, d'innovations et de changements. Elles sont souples et dynamiques. Leurs dirigeants agissent dans l'intérêt des membres de la communauté. Les organismes et les systèmes sociaux officiels sont au contraire rigides, statiques et d'accès difficile. De plus, les frontières entre les organisations communautaires et les organismes extérieurs sont imperméables. Les organisations communautaires qui s'associent à des organismes extérieurs ne peuvent plus représenter la communauté ni remplir leurs fonctions. Cette conception de la communauté oppose sur le mode idéologique les populations au système établi, la vie à la mort. Elle idéalise les communautés et dévalorise les administrations et les autres grandes institutions sociales.

Cette vision de la communauté implique une autre idée importante, à savoir que la communauté peut transcender la dispersion de ses membres. Des individus peuvent former une communauté en s'associant sur la base d'intérêts ou de projets communs. Cette idée pourrait concilier différentes conceptions de la communauté liées à la question du VIH et du sida, puisqu'elle suppose que les « communautés » définies par l'épidémiologie pourraient se transformer en véritables communautés. On connaît un petit nombre de cas, en Inde et en Thaïlande, où

des prostituées et des toxicomanes se sont regroupés en collectifs – avec ou sans l'aide d'organismes extérieurs. Encore faut-il voir si les collectifs fondés sans l'aide d'organismes extérieurs sont plus durables que les autres. Le rôle des meneurs dans la formation des communautés en Asie est une autre question importante que les chercheurs n'ont pas suffisamment examinée.

Depuis dix ans, la communauté homosexuelle occidentale tient un discours plus général sur l'action communautaire contre le VIH et le sida, que ce soit dans le cadre des réseaux internationaux ou dans celui du processus de développement. Les idées de solidarité, d'entraide et de défense, d'abord mises en avant, rassemblent aujourd'hui les militants – homosexuels et autres – de nombreux pays d'Asie, et se retrouvent dans leurs programmes de défense. La plupart d'entre eux cherchent toutefois de l'aide et des moyens d'action dans le cadre des réseaux internationaux plutôt que dans leur propre pays.

Les tentatives faites pour introduire cette conception de la communauté et ces stratégies dans les pays asiatiques en développement n'ont pas donné d'aussi bons résultats. La communauté homosexuelle occidentale a acquis son identité politique et sociale en luttant pour la défense de ses droits et pour obtenir sa part des ressources affectées aux programmes contre le VIH et le sida. Dans la plupart des pays d'Asie, il serait impossible de créer ainsi des communautés par le militantisme politique et social. Les rapports entre les personnes et l'État y sont en effet radicalement différents de ce qu'ils sont en Occident. Et l'enjeu de la lutte des individus pour faire reconnaître leurs droits et obtenir une plus large part des ressources y est plus élevé. Les ressources y sont difficilement accessibles, les régimes politiques instables, et les services publics n'assurent pas de protection durable. La communauté et la famille passent avant les amis et la vie privée.

L'importance relative des différents modes de transmission du VIH n'est pas non plus la même en Asie qu'en Occident. L'immense majorité des primo-infections se produisent à l'occasion de relations hétérosexuelles. Différentes communautés ont été définies, dans le cadre du processus de développement, comme des groupes prioritaires dans la lutte contre le VIH et le sida. Mais cette lutte n'est pas toujours elle-même une des principales priorités, car il faut résoudre d'autres crises et d'autres problèmes ur-

gents. C'est également pour ces raisons que les modèles occidentaux d'action communautaire n'ont pas été repris en Asie.

En fait, la plupart des mesures communautaires adoptées en Asie contre le VIH et le sida l'ont été à l'initiative d'organisations non gouvernementales qui travaillent auprès des groupes concernés. Ces initiatives ont donné à certains représentants des différents groupes l'occasion de s'adresser à un large public ; mais on leur demande habituellement de raconter leur vie et non pas de présenter le point de vue de leur communauté (Altman, 1994). À quelques remarquables exceptions près, on ne trouve pas encore de véritable solidarité ni de véritable mobilisation dans les différents groupes ; et il est encore rare que leurs membres adhèrent aux mêmes valeurs fondamentales et parlent d'une même voix.

Cependant, la consternation suscitée par l'absence de réaction communautaire en Asie contre le VIH et le sida, consternation qui s'exprime dans le discours international sur l'épidémie, vient en grande partie du fait que la réaction et l'action communautaires que l'on a connues en Occident ne se sont pas manifestées en Asie. Dans le contexte social et culturel asiatique, il n'est pas réaliste de penser que les homosexuels ou les autres individus menacés par le VIH et le sida vont bientôt se regrouper en communautés visibles et revendicatrices. Grâce aux efforts des organisations non gouvernementales, certains groupes dans divers pays d'Asie se constituent lentement et sûrement en communautés. Ces nouvelles communautés n'ont pas la même apparence ni le même comportement que les communautés créées par les homosexuels des pays industrialisés, mais elles sont efficaces et bien adaptées à leur milieu.

En résumé, le discours relatif à l'approche communautaire de l'action contre le VIH et le sida véhicule une conception de la communauté fondée sur la réaction des communautés homosexuelles dans plusieurs pays industrialisés. S'il est vrai que ces communautés se sont dotées d'un réseau international, leur conception de la communauté reste symbolique, liée à un contexte culturel particulier. Cette conception ne peut se transposer dans les sociétés asiatiques, où la répartition des pouvoirs, des ressources, des moyens d'action et d'expression est radicalement différente de ce qu'elle est en Occident. Et elle fait en même temps espérer une action communautaire qu'il n'est pas réaliste d'escompter en

Asie, tout en occultant les multiples possibilités qui existent dans cette région du monde, où l'on commence à élaborer de nouvelles formes d'identité et d'action communautaires contre le VIH et le sida.

Conclusion : **vers une nouvelle forme d'aide à** **l'action communautaire contre le** **VIH et le sida en Asie**

Dans toutes les sociétés du monde, chaque individu appartient à plusieurs communautés, mais il peut à certains moments sentir plus fortement son appartenance à l'une ou l'autre d'entre elles selon l'aspect de sa vie qui prend alors le plus d'importance à ses yeux. Chacune des communautés auxquelles un individu appartient contribue à façonner son identité. L'identité des individus se modifie au cours du temps, au gré de leurs relations avec ces différentes communautés.

De même, les communautés naissent et se développent de façon organique. Leur image de marque et leurs frontières se modifient en même temps que leur composition. Leur vitalité dépend dans une certaine mesure de la diversité et du renouvellement de leurs membres. L'un des principaux problèmes que pose la définition de communautés par rapport au VIH et au sida, c'est qu'on les définit de l'extérieur et qu'on rattache chaque individu à une seule communauté. C'est là méconnaître la façon dont les êtres s'identifient aux communautés et participent à la vie communautaire. Comme le disait une prostituée du Maharashtra, en Inde : « J'ai entendu cent fois raconter mon histoire, expliquer qui je suis, mais moi, je me cherche encore. »

Pour soutenir de façon plus constructive l'action communautaire contre le VIH et le sida en Asie, il faudrait peut-être décrire l'expérience personnelle que les individus ont de la communauté. Des informations détaillées sur la logique et la structure de la vie communautaire dans

différents pays (sur la façon dont les individus s'associent, sur leurs motivations, sur la structure des processus de décision, sur la rationalisation des conduites) nous aideraient à soutenir l'action communautaire là où elle se déroule. Si des recherches en sciences sociales ont jeté un premier éclairage sur la façon dont ces questions se posent dans les sociétés asiatiques, les processus communautaires et leurs rapports avec la transmission du VIH font encore l'objet d'un nombre étrangement réduit d'études descriptives détaillées.

Des informations de ce genre montreraient que le VIH et le sida posent à la fois des problèmes de santé et des problèmes de développement en Asie, et que ces problèmes relèvent de l'expérience personnelle que les individus ont de la vie communautaire. La définition des communautés et de l'action qu'elles seraient susceptibles de mener pourrait être tirée de l'expérience et des opinions individuelles, et non plus d'idéologies ou de paradigmes extérieurs. Les priorités que les individus se fixent sous l'influence des communautés auxquelles ils appartiennent sembleraient alors plus importantes que l'espoir d'assister à des changements sociaux et des modifications du comportement. Et l'on pourrait déterminer les ressources dont disposent les individus et les communautés pour réaliser ces priorités.

Cette approche fondée sur la description plutôt que sur la théorie est de caractère pragmatique. Elle considère l'épidémie de sida en Asie comme une situation vécue par des individus et elle examine comment ils peuvent réagir de manière réaliste par l'intermédiaire des communautés auxquelles ils appartiennent. L'action vient de la communauté, telle que celle-ci fonctionne concrètement dans les sociétés asiatiques. Les autres approches, ou bien n'ont considéré que des populations et des individus, ou bien ont abordé les communautés de façon indirecte ou sur le mode symbolique.

Traduit de l'anglais

Références

- ALLEN, S.M. *et al.* 1995. « The organizational transformation of advocacy : growth and development of AIDS community-based organizations ». *AIDS & Public Policy Journal* Vol. 10, n° 1.
- ALTMAN, D. 1994. *Power and Community*. New York. Taylor & Francis.
- BROADHEAD, T. ; O'MALLEY, J. 1989. « NGOs and third world development ». Organisation mondiale de la santé. Programme mondial contre le sida. Genève, GPA/GMC (2).
- KIMBERLY, J.R. 1980. « Initiation, innovation and institutionalization in the creation process ». *Dans* : Kimberly, J.R. ; Miles, R.H. (dir. publ.) *The Organizational Life Cycle*. San Francisco, CA Jossey-Bass.
- LINGE, G. ; PORTER, D. 1997. « HIV/AIDS and development ». *Dans* : Linge, G. ; Porter, D. (dir. publ.) *No Place For Borders: The HIV/AIDS Epidemic and Development in Asia and the Pacific*. New York, St. Martin's Press.
- MOODIE, R. 1997. « The situation now and possible futures ». *Dans* : Linge, G. ; Porter, D. (dir. publ.) *No Place For Borders : The HIV/AIDS epidemic and development in Asia and the Pacific*. New York, St Martin's Press.
- ONUSIDA/OMS. Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida. Juin 1998.
- SHARMA, M. ; BHATIA, G. 1996. « The voluntary community health movement in India. a strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT) analysis ». *Journal of Community Health*. Vol. 21, n° 6, décembre.
- SOLOMON *et al.* 1997 « Prevalence and Risk Factors of HIV-1 and HIV-2 Infection in Urban and Rural Areas in Tamil Nadu, India ». *International Journal of STD and AIDS*. Vol. 8.
- WEBER, M. 1946. *The Theory of Social and Economic Organizations*. New York, Oxford University Press.

Le projet de l'UNESCO sur le VIH/sida et la jeunesse

Avec le soutien de l'ONUSIDA, le programme MOST et la Division des droits de l'homme, de la démocratie et de la paix de l'UNESCO lancent une initiative intitulée : « Le VIH/sida et la jeunesse : les droits de l'homme pour le développement social. » Cette initiative a pour principaux objectifs d'évaluer les besoins socio-économiques essentiels des jeunes qui sont touchés par le VIH/sida, de sensibiliser la jeunesse aux problèmes que soulève cette affection au regard des droits de l'homme et de faire en sorte que la jeunesse soit associée à l'élaboration des politiques, des programmes et des activités en rapport avec le VIH/sida et les droits de l'homme.

Le premier résultat attendu de cette initiative sera la mise en place, en 1999, d'un réseau international de chercheurs en sciences sociales et d'organisations de la jeunesse œuvrant dans le domaine des droits de l'homme et du VIH/sida. Les principaux buts de ce réseau seront de diffuser et d'adapter les directives qui ont été élaborées à l'intention de la jeunesse à partir des *directives de l'ONU concernant le VIH/sida et les droits de l'homme* et de stimuler l'interaction entre la recherche, la formation et la défense des droits de l'homme aux niveaux national et local. Les *directives pour la jeunesse* seront incluses dans un kit comprenant du matériel promotionnel (affiches, cartes postales, etc.), sur le thème : « Dix raisons contre l'exclusion et pour l'intégration des jeunes infectés par le VIH, atteints du sida ou vulnérables au VIH/sida », ainsi qu'une liste récapitulative des « bonnes pratiques » de l'action des jeunes en faveur des droits de l'homme dans le contexte du VIH/sida.

En 1999, l'UNESCO et l'ONUSIDA organiseront une réunion publique sur le thème : « Le VIH/sida et la jeunesse : les droits de l'homme pour le développement social. » Cette réunion, qui rassemblera des spécialistes des sciences sociales et des représentants d'organisations de la jeunesse travaillant dans le domaine des droits de l'homme et du VIH/sida, fera le point de la situation et des besoins spécifiques des jeunes dans le contexte du VIH/sida.

Pour mieux comprendre les problèmes de droits de l'homme qui se posent dans ce contexte, l'UNESCO et l'ONUSIDA prévoient d'organiser après la réunion publique une consultation internationale de la jeunesse, rassemblant de jeunes spécialistes des sciences sociales et des organisations de jeunesse qui travaillent sur ces questions. Les jeunes auront ainsi l'occasion d'affiner davantage les directives établies à leur intention en ce qui concerne les droits de l'homme et le VIH/sida et d'élaborer un plan d'action.

Traduit de l'anglais

Pour plus de renseignements, veuillez contacter c.milani@unesco.org (MOST) ou l.haxthausen@unesco.org (Droits de l'homme).

Femmes et sida en Afrique : dimensions socioculturelles de l'infection à VIH/sida

Agathe Latré-Gato Lawson

Introduction

Les attitudes de la société ont changé depuis le début de la pandémie du sida. Dans les années quatre-vingt, l'information portait sur le fait que le sida était essentiellement transmis par des groupes dits à risque : les homosexuels, les Haïtiens, les hémophiles. Mais il s'est vite révélé dangereux de stigmatiser des groupes car cette politique d'information a eu pour effet de retarder les interventions auprès de la population générale (Bailey et Mann, 1988). Il y a dix ans, les personnes atteintes du sida suscitaient la crainte et l'hostilité ; aujourd'hui elles inspirent plutôt de la compassion et un sentiment de solidarité. La tendance initiale à nier la maladie, réaction fréquente tant de la part des individus que des gouvernements, a fait place, dans une large mesure, à la lucidité et à la compréhension.

Pourtant, tant que l'on n'aura pas réellement compris les liens entre la séropositivité, les facteurs médicaux, les valeurs culturelles et sociales, et les droits de l'homme, il sera impossible d'opérer les changements fondamentaux requis pour maîtriser cette pandémie. Face à celle-ci, il est particulièrement important de tenir compte des besoins des femmes. Bien que les interventions doivent mobiliser tous les secteurs de la société, il est nécessaire de tenir compte de certains aspects de l'organisation so-

ciale et de l'inégalité socio-économique en matière de genre qui ont une influence dans le domaine des politiques de lutte contre le VIH/sida et peuvent constituer une entrave à la lutte contre cette maladie.

Du dernier rapport mondial du programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il ressort que le nombre total de personnes infectées par le VIH – virus respon-

sable du sida – atteint 33 millions d'individus et que, à fin 1998, 13,7 millions de personnes dans le monde avaient déjà été emportées par la maladie. Le virus continue de se propager avec près de 16 000 nouveaux cas d'infection chaque jour, alors que dans la tranche d'âge sexuellement active (15 à 49 ans), un adulte sur cent vit avec le VIH ; et pourtant, très peu sont au courant de leur séropositivité. Dans plusieurs régions du monde, l'importance de l'épidémie a pu assez facilement échapper aux dirigeants politiques, aux chefs religieux et communautaires, confrontés à d'autres problèmes pressants. Elle a pu également correspondre à un refus de reconnaître l'ampleur de la pandémie pour ne pas ternir l'image de leur pays.

Près de 600 000 enfants ont contracté l'infection à VIH en 1997 ; ils ont en majorité été contaminés par leur mère avant ou pendant l'accouchement, ou encore par le biais de l'allaitement au sein. Quatre femmes séropositives sur

Agathe Latré-Gato Lawson est actuellement conseiller du programme ONUSIDA en Côte d'Ivoire, email : onusida@africaonline.co.ci. Elle est psychologue expérimentale et a un doctorat en anthropologie médicale de l'université de Paris V. Elle travaille depuis 1988 sur les questions liées aux comportements sexuels et le VIH/sida. Elle a réalisé plusieurs enquêtes sur les connaissances, attitudes et pratiques dans ce domaine notamment au Lesotho, au Burundi, etc. Elle a travaillé pour différentes organisations telles que (FHI) Family Health International, AIDSCAP, l'OMS, le BIT.

cinq dans le monde vivent en Afrique et le nombre de femmes en âge de procréer qui sont infectées par le VIH est plus élevé qu'ailleurs. Les femmes africaines ont en moyenne plus d'enfants que celles des autres continents ; ce qui fait qu'une seule mère infectée peut transmettre le virus à un nombre d'enfants supérieur à la moyenne. Enfin, sur ce continent, presque tous les enfants sont nourris au sein, et l'on estime qu'entre un tiers et la moitié de tous les cas de transmission mère-enfant sont imputables à l'allaitement maternel.

Aucun pays africain n'échappe à cette arithmétique. Les pays de l'Afrique australe connaissent des taux d'infection très élevés. Au Botswana, en 1997, dans la grande agglomération de Francistown, 43 % des femmes enceintes présentaient un test VIH positif. A Harare, en 1995, le taux de femmes enceintes infectées était déjà de 32 % (ONUSIDA, 1998).

L'augmentation des taux d'infection chez les femmes montre que la transmission hétérosexuelle prend de l'importance. Ainsi, si en Afrique, en 1986, 1 cas de sida sur 17 était une femme, aujourd'hui la proportion est de 1 sur 2 (ONUSIDA, 1998). Il est manifeste que l'on peut penser que les cas d'infection n'augmentent qu'au sein des couches les plus pauvres et les moins instruites de la population ; or ce n'est pas tout à fait le cas.

Malgré ces constats, il est nécessaire de noter que la surveillance systématique reste limitée à des catégories particulières de populations et les chiffres dont on dispose ne sont que la partie émergée de l'iceberg ou le pâle reflet de la réalité. Chez les femmes, la surveillance ne concerne souvent que celles qui, enceintes et soucieuses d'être suivies, ont la chance de pouvoir accéder à une formation sanitaire. Les femmes testées sont également celles dont le comportement sexuel correspond plus souvent à la définition occidentale de prostituée. Le fait que ces tests soient pratiqués le plus souvent à l'insu des femmes est non seulement une violation flagrante de l'éthique, mais encore un obstacle à la prise en charge de la transmission du virus de la mère à l'enfant.

En outre, même quand les femmes sont informées de leur statut, après un test réalisé sans consentement préalable, elles n'informent pas leurs partenaires, par crainte d'être rejetées (Crauel, 1993). D'autres groupes d'hommes et de femmes qui changent fréquemment de parte-

naires, et dont les relations sont tout autant « à risques », ne sont pas identifiés, bien qu'eux aussi infectés.

Ces faits appellent une analyse détaillée des facteurs susceptibles d'expliquer l'importance de l'épidémie dans la population féminine en Afrique.

Pratiques socioculturelles, femmes et VIH

L'Afrique, le continent le plus sévèrement touché par la pandémie du sida, se compose de nations dont les comportements traditionnels sont aujourd'hui entachés de pratiques et de manières de vivre introduites notamment par les pouvoirs coloniaux, et qui ne sont pas nécessairement composées de groupes ethniques homogènes ou liés sur le plan culturel.

La prévalence la plus élevée du VIH en Afrique forme une ceinture s'étendant sur l'axe est-ouest à travers le continent, le long de l'Equateur, ainsi que quelques régions plus éloignées, tel que le Botswana et le Zimbabwe. Bien que les études n'aient pas été coordonnées et que les données soient de qualité très inégale, quelques théories générales en rapport avec la propagation peuvent être émises. Les peuples vivant autour du Lac Victoria sont les plus affectés par le VIH, aussi bien dans les zones rurales qu'en ville. Irradiant le nord, l'est et le sud, les prévalences y sont plus basses à l'exception des zones urbaines et des résidences proches des principaux axes routiers du Kenya, de la Tanzanie, mais également en Zambie et au Malawi. La ceinture de haute prévalence comprend les nations de l'Afrique centrale équatoriale, particulièrement le Rwanda, le Burundi, le Zaïre, l'Ouganda et la République du Congo, pays qui vivent depuis près de cinquante ans dans l'instabilité, allant jusqu'à l'état de guerre, auquel sont inévitablement associés mouvements de population et agressions sexuelles.

Les incidences de l'infection du VIH le long de la côte ouest-africaine sont moins sévères qu'autour du lac Victoria, mais n'en demeurent pas moins sérieuses et la tendance est à l'homogénéisation du fait de la gravité des situations d'instabilité politique dans l'ensemble de l'Afrique.

Pour l'anthropologue, il est aujourd'hui dérisoire de parler de pratiques traditionnelles



Nusula Nanyonga, trente ans, en train de mourir du sida, Kisiwuulu, Uganda, 1993. Alexandra Avakian/Contact Press.

pour l'Afrique, car elles sont de plus en plus diluées en ville, même si des résistances culturelles persistent à la campagne : nous utiliserons donc plutôt le terme de pratiques socio-culturelles. Leur identification peut expliquer un certain nombre de problèmes spécifiques à la femme et qui peuvent encourager les comportements favorisant l'évolution du VIH. Ces problèmes sont liés : aux mouvements des individus et des groupes, aux pratiques et représentations en matière de fécondité, à la place de la femme dans la société, aux barrières de protection traditionnelles que la société peut ou ne peut plus respecter.

Ces nations, ainsi que les principales zones urbaines qui les composent, englobent une myriade de groupes, et représentent des croyances culturelles et des pratiques sociales différentes. Trop peu d'études menées sur la séroprévalence du VIH dans les pays africains font référence à l'affiliation ethnique, à la présence de pratiques socioculturelles locales, qui seraient fortement liées à l'infection au VIH. La plupart des informations recueillies sont très souvent anecdo-

tiques et ne permettent pas de mettre en évidence des spécificités particulières.

Or, la différence que l'on constate dans la répartition de l'épidémie se retrouve également dans d'autres aspects de la société africaine, tels que la dot, le mariage, le type de filiation matrilineaire ou patrilineaire, le lévirat. Néanmoins, la tendance de l'épidémie à s'étendre peut être attribuée à des facteurs socioculturels généraux qui fragilisent la femme et la rendent particulièrement vulnérable.

La femme joue un rôle central dans la famille, mais on ne sait pas exactement ce que devient ce rôle lorsque le sida survient (Anderson *et al.*, 1995). On imagine que la femme doit, en plus des soins qu'elle doit prodiguer à son mari, veiller à l'éducation des enfants, travailler pour subvenir aux besoins de la famille, mais elle risque aussi de se retrouver en porte-à-faux par rapport à la famille du mari qui peut l'accuser d'avoir apporté le malheur dans la famille. Les familles considèrent le plus souvent qu'elles sont elles-mêmes « pures », et que toute maladie ou phénomène survenant ne peut venir que de la

personne extérieure, la femme acquise à l'extérieur, qui, surtout si elle est une étrangère, est une victime expiatoire toute désignée.

La plupart des femmes porteuses du VIH ont été infectées par leur conjoint. Ce qui pose le problème de la difficulté d'une femme à se protéger, étant donné que même si elles savent que leur mari ou compagnon a des relations sexuelles avec d'autres partenaires (Ankrah, 1993) il leur est difficile d'exiger le port du préservatif lors de rapports sexuels sur lesquels elles n'ont aucun contrôle à cause de leur éducation. Des études menées sur les maladies sexuellement transmissibles (MST) ont montré que seul un tiers des individus qui avaient une MST le disaient à leur conjoint et ont effectivement interrompu les rapports sexuels avec leur partenaire (Orobuyole *et al.*, 1993). Une enquête qualitative menée à Abidjan auprès de couples dont un des conjoints est séropositif révèle que l'on peut se trouver face à diverses situations. L'individu séropositif annonce ou n'annonce pas sa séropositivité à son partenaire (Vidal, 1994). Ce sont là des éléments importants qui posent les questions sur la nécessité de la prise en charge des personnes face au VIH et plus particulièrement à la prise en charge des femmes.

La transmission du VIH à travers des pratiques traditionnelles telles que les rites de circoncision, de mutilations sexuelles des femmes, les sacrifices rituels, et les piqûres diverses faites par les guérisseurs traditionnels lors de cérémonies rituelles pour la protection de la femme et des enfants à naître, devrait être étudiée sérieusement.

Dans toute l'Afrique subsaharienne, les mariages sont, encore de nos jours, l'occasion du versement d'une dot, dont l'importance varie de société en société, mais qui reste toutefois symbolique par rapport au niveau de vie de la famille. Dans les sociétés patrilineaires, le versement de la dot signifie le transfert, d'une famille à une autre, des droits sur la capacité reproductrice et productrice de la femme ; et en général, plus la dot est importante, plus vite la femme est privée de ses droits dans sa famille natale pour les voir se renforcer dans la famille du mari. Mais, dans les cas où la femme n'est pas de la même ethnie que le mari, elle restera sans droits d'aucune sorte dans la famille de l'époux en cas du décès de celui-ci, ce qui pose le problème de sa survie et de celle de ses enfants.

Dans les sociétés matrilineaires, où la dot n'est pas élevée, le mari n'acquiert pas de droit, ses enfants appartiennent à la famille de la femme, et celle-ci garde un contact très rapproché avec sa famille. Le divorce est matérialisé, dans ces sociétés, par le remboursement de la dot. Dans la plupart des sociétés matrilineaires, les divorces sont fréquents, car les femmes peuvent plus facilement réunir le montant nécessaire au remboursement ; ils sont moins répandus dans les sociétés patrilineaires. Cependant, le divorce accroît toujours la vulnérabilité des femmes face à l'épidémie, du fait de la polygamie ou du multipartenariat que les femmes divorcées acceptent ou qu'elles sont parfois contraintes d'accepter pour survivre.

Dans un grand nombre de pays, les normes sociales sont favorables à la monogamie et à la fidélité mutuelle. Mais en réalité, cela ne suffit pas à protéger la femme. La société attend d'elle qu'elle respecte cette norme, elle excuse tacitement toutes les aventures masculines : c'est la réalité des « deuxièmes bureaux », où les hommes passent leur temps auprès d'une femme. Les femmes sont censées n'avoir leur vie durant qu'un unique partenaire sexuel, alors qu'on accepte des hommes qu'ils aient plusieurs partenaires, et qu'on les y encourage parfois. La société africaine semble ne réagir à ces écarts que lorsque le multipartenariat en arrive à porter atteinte à l'image de l'intégrité familiale. Or le vagabondage sexuel des hommes introduit de fait le VIH dans la famille.

Dans beaucoup de pays africains, la polygamie, mariage d'un homme avec plusieurs femmes, est autorisée ; dans quelques-uns seulement des législations tendent à l'interdire (Togo, Côte d'Ivoire). Des règles traditionnelles veillent à l'égalité de traitement entre les coépouses, en allant par exemple jusqu'à déterminer le calendrier des rapports sexuels entre l'époux et ses femmes. La pratique du mariage entre un homme et plusieurs épouses accélère la transmission du VIH. Il est plus probable que cela arrive par un homme polygame qui travaille en ville, mais qui retourne régulièrement au village afin de voir ses compagnes. C'est le fait aussi des migrants, en général. Les femmes sont donc plus souvent victimes qu'actrices de la propagation.

Bien que les mariages polygames soient à l'évidence un facteur facilitant la propagation du VIH à tous les partenaires, il n'y a de risque que si l'un des partenaires devient infecté : telle est

l'une des explications utilisées parfois au Sénégal, société polygame, pour rendre compte du fait que le taux de prévalence y est resté faible.

Le risque arrive aussi lorsque l'homme se marie avec des femmes jeunes, car l'homme ayant eu d'autres partenaires avant le mariage, pourrait être infecté et contaminer ses femmes. Le mariage des jeunes filles avec des hommes âgés est une pratique courante dans la plupart des sociétés. Toutefois, il est illusoire de penser qu'il suffit de se marier avec une personne plus jeune ou dans sa classe d'âge pour éviter la contagion entre partenaire.

En milieu rural, le contrôle social s'exerce plus fortement, notamment sur la sexualité des femmes, parce qu'elles sont perçues comme les productrices des enfants, et doivent perpétuer la lignée de la famille qui les a acquises. Ce contrôle ne s'exerce pas seulement du mari sur sa femme, mais également du frère sur sa sœur. Dans plusieurs sociétés africaines, on croit que le sang s'hérite par le mâle, et que ce sang conçoit le fœtus, et par conséquent lie le père et ses enfants en lignée descendante.

Certaines sociétés autorisent les rapports sexuels entre jeunes gens avant le mariage, alors que d'autres encouragent l'intimité sexuelle sans acte sexuel à proprement parler. La virginité au moment du mariage n'a pas d'importance dans certaines sociétés, seule compte la capacité à concevoir des enfants, la maternité étant l'accomplissement de la femme. L'activité sexuelle prémaritale est une période de plus grande exposition au risque de contracter le VIH ou une autre maladie sexuellement transmissible du fait de la constitution physiologique de la jeune adolescente. Cependant, en pratique, cette sexualité précoce est de mieux en mieux tolérée, bien que les parents craignent en même temps le scandale d'une grossesse hors mariage.

De plus en plus, d'ailleurs, pour des raisons économiques, la société demande sans hésitation ni gêne aux jeunes filles qui sont en ville de subvenir aux besoins de leur famille restée au village. Il existe également une grande variété dans la sévérité avec laquelle la mobilité sexuelle et la sexualité hors mariage des femmes sont contrôlées. Les formes extrêmes sont l'exclusion de la femme dans les sociétés musulmanes nord-africaines, et les diverses formes de mutilations sexuelles féminines retrouvées dans une large ceinture de sociétés s'étendant à travers

l'Afrique. C'est le cas par exemple de l'infibulation.

A ces différents facteurs socioculturels peuvent s'ajouter d'autres causes comme des taux élevés de mouvement d'émigration ou l'accès différentiel à la terre entre les hommes et les femmes, qui multiplie la vulnérabilité de celles-ci : bon nombre de femmes divorcées ainsi que les femmes célibataires qui se voient privées de l'accès à la terre et n'ont d'autres recours que de se prostituer pour survivre (Keogh, 1994).

Enfin, la pratique du lévirat se retrouve souvent dans les sociétés patrilinéaires : la femme d'un homme fait partie de l'héritage, et la capacité de reproduction de la femme appartient à la famille du mari. La veuve a donc l'obligation d'épouser l'un des frères de son mari décédé ; pour ces derniers il s'agit de perpétuer en réalité le principe masculin à travers elle. Si l'homme est mort du VIH/sida, sans que personne ne le sache, le frère qui épouse la femme de son frère décédé peut se retrouver du même coup contaminé, d'autant plus que le remariage de la veuve à son beau-frère est en général très rapide, interdisant toute recherche sérologique. L'important pour les familles est que la dot n'ait pas à être remboursée, ce qui devrait être fait si la femme quittait la famille de son mari.

Les facteurs qui donneraient aux femmes en sociétés matrilineaires une plus grande autonomie sont : un certain contrôle sur la propriété et les ressources économiques ; la garde des enfants dans la famille de la mère après le divorce ; l'atténuation de la stigmatisation sociale des femmes indépendantes alors que les femmes sont de plus en plus souvent chefs de famille dans des sociétés en pleine mutation. L'organisation même du milieu urbain rend difficiles les contrôles sociaux traditionnels sur les personnes, et les personnes âgées, qui détiennent l'autorité traditionnelle et font respecter les règles sociales en milieu rural, restent le plus souvent dans les campagnes.

L'arrivée en milieu urbain offre d'un coup aux nouveaux citadins l'accès à des idées nouvelles, et à des contacts directs avec d'autres valeurs sociales et culturelles. Dans la société moderne africaine, et spécialement en ville, la structure des familles se modifie, et les femmes, du fait de l'instabilité matrimoniale, de la fréquence des migrations pour raisons de travail, éloignent les hommes du foyer et jouent pleinement le rôle de chef de famille ; il en va de même

en cas de polygamie, lorsque l'homme a ses femmes dans des endroits différents.

Facteurs socio-économiques, femmes et VIH

Il y a aussi dans la modernité, telle qu'elle se manifeste en Afrique par les conditions socio-économiques, des éléments qui semblent liés au VIH. En effet, que l'homme ou la femme émigrent séparément ou en couples, dans les villes et les banlieues, ils se retrouvent face à des réseaux sociaux différents de leurs milieux d'origine (Udvardy, 1988). Les femmes souvent moins éduquées sont également moins qualifiées et de ce fait trouvent plus difficilement un emploi stable. La plupart d'entre elles, en milieu urbain, travaillent dans l'informel comme commerçantes à petite échelle, servantes, domestiques, et parfois dans la prostitution en l'absence d'autre opportunité pour elles de gagner de l'argent. Les groupes d'hommes également sans attache familiale dans les villes, constituent pour ces femmes une clientèle potentielle.

Or, on peut raisonnablement avancer que les hommes ou femmes ayant un certain niveau d'instruction ont un meilleur accès à l'information sur le VIH, sur ses modes de transmission, et sur les moyens de prévention. Ces mêmes individus, du fait qu'ils ont un travail mieux rémunéré, peuvent aussi s'offrir les biens et services qui devraient leur permettre de mettre en application leurs connaissances en matière de prévention du sida. On pourrait imaginer que dans les pays où le pourcentage de gens alphabétisés est élevé, on constate un faible taux d'infection à VIH. Or cela n'est pas toujours le cas.

En effet, même si, pour les femmes aussi, le niveau d'instruction est corrélé à l'accès à l'information et même à la prévention, cela ne suffit pas à réduire l'infection. Ainsi, des études portant sur un nombre important de femmes enceintes dans divers centres urbains en Zambie montrent qu'en règle générale les citadines qui ont suivi une scolarité plus longue risquent davantage d'être infectées par le VIH que celles qui n'ont guère fait d'études ou n'en ont pas fait du tout. Les informations sur la liaison entre VIH et scolarité sont insuffisantes, mais il semble pourtant que, lorsque les jeunes filles deviennent sexuellement actives, le fait d'avoir plus d'instruction ne se traduise pas par un niveau de vie qui leur donnerait les moyens d'adopter des

comportements moins risqués, tels l'utilisation systématique du préservatif, la fidélité ou l'abstinence, dans un contexte où le souci de se marier est pressant et où le comportement des partenaires a une influence importante sur la transmission.

D'autre part, dans des sociétés où la prévalence est forte, on pourrait croire que les femmes dont le niveau d'études est élevé ont une plus grande mobilité sociale et que ceci explique cela. Or on trouve plutôt en Afrique de l'Ouest que des femmes commerçantes ont peu d'instruction mais sont très mobiles du fait de leurs activités commerciales, ce qui les expose à un éventail de contacts sociaux et sexuels beaucoup plus large. Toutes les couches sociales sont donc à risque (Caldwell *et al.*, 1993).

Les analyses qui permettent de tirer des conclusions à l'échelle mondiale sur les liens avec des facteurs tels que l'instruction, la croissance économique ou l'égalité entre les hommes et les femmes peuvent être utiles. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que les analyses au niveau mondial peuvent masquer des différences importantes entre régions, pays et communautés, différences qui confèrent à l'épidémie sa physionomie morcelée.

Perspectives

Nous soutenons donc que la distribution du VIH/sida en Afrique ne peut être comprise que si elle est reliée au contexte socioculturel des croyances et pratiques dans lesquelles l'épidémie se propage. Pourtant, très rares sont les études qui ont analysé les différences entre la séroprévalence mesurée dans les pays du tiers-monde en intégrant des fondements socioculturels. Il paraît bien dangereux de considérer le sida, en Afrique, comme dans une société moderne, en oubliant que, là, la maladie n'est jamais fortuite et leur paraît souvent d'une origine surnaturelle.

En outre, certaines voies de transmission ont certainement une importance particulière, pourtant mal connue, en Afrique : par exemple l'infection périnatale, à cause des conditions particulières de l'accouchement lorsqu'il n'a pas lieu sous contrôle professionnel dans le secteur moderne.

Dans ces conditions, une prévention orientée vers la prise en charge des femmes doit tenir compte de toutes les composantes qui ont été décrites ci-dessus et viser également toutes les

cibles. Qu'elle s'adresse aux femmes, aux hommes, à la communauté, la prévention doit atteindre autant les groupes marginalisés ou difficiles tels les migrants, et les adolescents scolarisés ou non : tous sont parties intégrantes d'une même société. Les messages à transmettre tant aux hommes qu'aux femmes doivent être clairs, sans équivoque sur la nécessité d'utiliser des préservatifs, sur le fait que le préservatif est pour l'instant le seul moyen de se protéger contre le VIH et d'autres MST. Ils doivent faire comprendre que la responsabilité du choix de pratiques sexuelles sûres incombe à tous, et à chacun.

Or, les enquêtes disponibles montrent que dans les couples dont l'un est séropositif, rares sont ceux dans lesquels le partenaire contaminé a annoncé son statut à son partenaire sain (Vidal, 1994). Le couple continue donc à vivre comme si de rien n'était. Pourtant, l'adoption de mesures préventives suppose une connaissance partagée du risque. D'ailleurs, des études menées à Kigali ont montré que l'utilisation des préservatifs est deux fois plus importante dans un couple où le VIH est présent, lorsque un partenaire a été mis au courant du statut de l'autre.

Pour sortir de cette situation, il apparaît que deux types de transformations sociales décisives s'imposent : l'éducation, mais spécialement l'éducation des filles, et l'acquisition par les femmes du contrôle de leur sexualité.

Eduquer, et éduquer spécialement les filles

Pour protéger les femmes du VIH, il apparaît indispensable de commencer la prévention très tôt, en prenant pour cible les filles très jeunes pour la simple raison que la sexualité des adolescents démarre de plus en plus tôt dans les sociétés africaines. Les informations dont on dispose (19 pays sur 25) montrent que l'âge moyen de la première relation sexuelle se situe entre 15 et 20 ans : soit 14,9 ans pour le Niger et 19,1 ans pour la Namibie (Kishor et Neitzel, 1996).

Même s'il n'a pas été démontré jusqu'à présent que le niveau d'éducation a une incidence négative sur le niveau de la prévalence du VIH dans les pays où l'épidémie est forte, la diffusion de la connaissance des mesures préventives et l'apprentissage des techniques de négociations d'une sexualité sans risques de manière précoce

chez les filles sont nécessairement liés à un meilleur accès des filles à l'éducation. Il ne faut pas oublier que l'instruction améliore la maîtrise de la fécondité, ce qui, combiné à l'interdépendance d'autres facteurs du développement, peut contribuer à une réduction de la contamination par le VIH.

L'éducation sexuelle des jeunes des deux sexes dans le domaine du VIH/sida doit être organisée à l'école et à l'extérieur, pour que tous parviennent à une meilleure compréhension des implications de la vie sexuelle précoce dans la transmission du VIH.

Il est d'ailleurs surprenant que, dans les décennies récentes, un certain nombre de formes traditionnelles de l'éducation sexuelle des jeunes ait disparu. Dans un passé encore récent, elle se faisait lors de cérémonies de passage de l'une à l'autre des différentes classes d'âge et d'initiation. Toute la société participait à cette activité liée à la survie de la communauté. De nos jours, certaines sociétés continuent à organiser une initiation, même si des pans entiers du contenu ancien ont disparu. Un effort d'information des personnes chargées d'organiser ces initiations pourrait donc être entrepris, pour qu'elles jouent un rôle dans une société où la lutte contre le sida doit être pleinement intégrée.

Dans les années soixante-dix, plusieurs pays avaient inclus l'éducation à la vie familiale dans leurs programmes scolaires pour les jeunes. Mais l'impression générale aujourd'hui est que cette ouverture a perdu de son efficacité, en même temps que se dégrade le niveau scolaire que l'on observe dans les pays en voie de développement. Or, une éducation sexuelle efficace ne peut se faire que si les gouvernements favorisent la mise en place de politiques d'enseignement appropriées concernant la sexualité et le VIH/sida pour les jeunes des deux sexes, à l'école et à l'extérieur, et que si les enseignants chargés de transmettre ces informations adhèrent pleinement à cet enseignement ce qui n'est malheureusement pas le cas.

Supprimer la dépendance sexuelle des femmes

Les décisions de procréation sont rendues particulièrement complexes en Afrique dans le contexte d'épidémie du sida. Le désir d'enfant peut être remis en cause par la peur de transmettre la maladie ou de mettre au monde des en-

fants qui seront rapidement orphelins. Même si la femme sait que, à cause de sa séropositivité, il lui est déconseillé d'avoir des enfants, elle n'a pratiquement aucun pouvoir sur sa propre vie sexuelle, car il lui est presque impossible de convaincre son mari de se protéger lorsqu'il a des rapports avec d'autres femmes, impossible de se refuser à lui, impossible de lui refuser l'enfant qu'il veut avoir. Aussi, la peur de l'infection devient omniprésente dans les pays à forte prévalence, et en Ouganda, des chercheurs mentionnent la peur des jeunes qui refusent de se marier, craignant de trouver « la mort dans le mariage » (Mukiza-Gapere et Ntozi, 1995).

La plupart des femmes dépendent économiquement de leurs partenaires masculins pour échapper à la misère, elles-mêmes et leurs enfants. L'éducation des femmes devrait permettre de supprimer les obstacles qui les empêchent d'exercer un travail correctement rémunéré, seul moyen de ne pas avoir à devenir des « prostituées clandestines » acceptant de se livrer pour gagner de quoi finir le mois. Encore faudrait-il aussi que ces études soient organisées de telle sorte que les jeunes filles qui les suivent ne soient pas contraintes, pour les payer, de pratiquer la prostitution occasionnelle.

La contribution de la femme aux travaux agricoles est généralement reconnue et socialement organisée, même si les femmes n'en récoltent pas le juste prix, la terre appartenant le plus souvent aux hommes. En réalité, certaines législations nationales renforcent la dépendance économique de la femme à l'égard de l'homme. Les lois qui réservent à ce dernier la propriété et l'héritage – et limitent parfois la capacité des femmes à conclure des accords indépendants ou à obtenir des crédits à leur propre nom et encore avec l'aval de leur conjoint – les empêchent d'exercer un contrôle sur les revenus et la propriété, renforçant ainsi leur dépendance économique à l'égard de leurs proches masculins.

Dans cette situation de dépendance économique absolue, il est difficile de refuser des pratiques sexuelles qui les exposent aux MST et à l'infection par le VIH. C'est le statut de la femme qui doit donc être revu.

Introduire des priorités claires dans les stratégies sanitaires

La condition de la femme peut encore être affectée par des décisions de politique sanitaire. Ce

domaine est généralement présenté comme celui où régneraient la plus parfaite raison et les sentiments de compassion sans borne, et pourtant on y constate de bien étranges inégalités. Ainsi, malgré les discours sur la santé publique, les femmes africaines qui ont les moyens financiers pourront toujours s'offrir des soins de qualité, pendant que les pauvres auront le plus grand mal à obtenir les soins les plus élémentaires. Comment comprendre que, pour certaines femmes dans les PMI, on en soit à la satisfaction et à la résolution de certains problèmes élémentaires, par exemple dans les régions rurales où l'idée de maternité sans risque est une utopie tant les conditions sanitaires générales laissent à désirer, mais que dans le même pays, on en soit à la prise en charge de technologies de pointe et aux traitements antirétroviraux ?

Par ailleurs, l'approvisionnement des structures médicales en produits sanguins a une influence directe sur la santé de la femme, en raison des indications de la transfusion de sang lors de certains accouchements. Or, ceux-ci se passent souvent dans des conditions d'urgence et se déroulent sans contrôle sanguin préalable. L'approvisionnement en sang des structures sanitaires que fréquentent les femmes devrait être sécurisé grâce à des tests de dépistage du VIH sur tous les produits sanguins. Il est également nécessaire de réduire le nombre de transfusions sanguines en améliorant la nutrition des femmes pendant les grossesses, en prévenant toute anémie, en traitant les infections et pertes de sang dues aux complications de la grossesse et en utilisant autant que possible des substituts du sang. Toutes ces garanties, décisives pour la santé de la femme, sont en réalité faciles à obtenir, même dans les pays en voie de développement, si l'on veut bien s'en donner les moyens, mais elles restent toutes à mettre en place.

Malheureusement, il reste dans la conscience populaire, comme dans la conscience médicale d'ailleurs, cette conviction que certaines maladies – maladies de cœur, cancer, et infection à VIH, par exemple – affectent surtout les hommes, dont par ailleurs la vie a une valeur bien plus grande que celle des femmes. Des priorités implicites se font ainsi jour dans le système de santé, et l'on s'aperçoit, en conséquence, qu'une femme atteinte d'une maladie de cœur a moins de chance de survie et reçoit un traitement moins intensif que l'homme, et qu'il en est de

même pour différents cancers, d'ailleurs détectés plus tardivement chez les femmes.

On peut valablement supposer que cette manière de penser a retardé une attention réelle à la prévention du sida chez la femme. A titre d'exemple, citons la difficulté, jusqu'à nos jours, du dépistage des maladies sexuellement transmissibles chez la femme, qui a été, jusqu'à récemment, un problème négligé. Il est même sûrement illusoire de penser que seuls les traditionnels, qui restent les premiers fournisseurs de soins pour la population africaine, soient les seuls à croire que les femmes sont sexuellement plus réceptives parce qu'elles ont des pertes blanches plus abondantes. Dans cette situation de confusion, le contrôle de la qualité des prestations fournies dans les PMI s'impose, moyennant quoi l'augmentation de l'accès des femmes aux services chargés de la lutte contre les MST devrait abaisser l'incidence et la prévalence des MST, et donc du VIH, chez les femmes.

Rechercher des moyens spécifiques de réduire les risques de contamination par voie sexuelle

Les efforts déployés en vue de donner un coup d'arrêt à la propagation de l'infection à VIH consistent essentiellement à promouvoir l'usage du préservatif, à préconiser la pratique de la sexualité à moindre risque, et à renforcer l'action de prévention ainsi que la prise en charge des autres MST. Les méthodes de protection actuellement proposées aux femmes nécessitent toute la coopération du partenaire masculin. Or, les hommes ne sont pas toujours ni partout disposés à coopérer, et d'autant que la réelle connaissance du préservatif par les femmes africaines n'est ni parfaite ni définitivement acquise. Il s'agit donc de trouver des moyens appropriés permettant aux femmes de se protéger sans trop dépendre des hommes, et différentes recherches nous laissent espérer : préservatifs féminins, microbicides. Or trop souvent, ces recherches ne se préoccupent pas de la dimension socioculturelle de l'infection à VIH, et si elles le font, l'objectif visant la santé publique pour les femmes n'est pas clairement défini.

En offrant aux femmes un moyen efficace de prévention qu'elles puissent seules décider d'utiliser, nous nous donnons les meilleures chances de freiner la transmission du VIH et des

MST ; mais ces moyens, s'ils ne sont pas correctement expliqués, risquent d'être limités aux femmes éduquées des zones urbaines.

Pour l'instant, les études menées sur la transmission du virus de la mère à l'enfant en Thaïlande et soutenues par l'ONUSIDA ont permis de constater une réduction de 34 % de l'incidence moyenne des maladies sexuellement transmissibles dans un groupe de 34 établissements de prostitution et une baisse de 25 % des actes sexuels non protégés, par rapport au groupe ayant seulement le préservatif masculin.

Le préservatif féminin a pour inconvénients de ne pas pouvoir être dissimulé, et de coûter cher. Par contre, un microbicide vaginal peut répondre au besoin d'une méthode que la femme puisse employer sans en référer à son partenaire. Déjà, les spermicides intravaginaux constituent, depuis quelques décennies, une méthode de contraception contrôlée par la femme. Ces produits ayant des qualités antimicrobiennes, réduiraient aussi le risque de contracter certaines MST. Mais il a été montré, *in vitro* du moins, qu'ils inactivent le VIH. L'ennui est que les spermicides, notamment s'ils sont utilisés plusieurs fois par jour, semblent provoquer une irritation du vagin, ce qui pourrait augmenter le risque de transmission du VIH. Déterminer l'innocuité et le pouvoir protecteur des spermicides existants, et mettre au point un produit non irritant qui protège contre l'infection à VIH et les autres MST – peut-être même un produit sans activité spermicide pour les femmes désireuses de concevoir – sont aux yeux de l'OMS deux objectifs prioritaires de la recherche.

Il n'est pas facile socialement de faire comprendre aux femmes que, d'un côté, le virus est présent dans le sperme, et de l'autre, qu'elles peuvent avoir un enfant quand elles le désirent, car l'idée première qu'elles ont dans de tels cas, est une idée de mauvais sort qui s'acharnerait sur elles. Il est utile donc que les personnes chargées de l'aide-conseil aient des notions claires sur le discours traditionnel pour expliquer la transmission des MST. Enfin, on ne peut pas exclure que la séropositivité aura dans l'avenir une incidence non négligeable sur la fécondité. Ceci pourrait se limiter au fait que les femmes infectées par le VIH, souvent célibataires, auraient moins de rapports sexuels lorsqu'elles sont malades et seraient éventuellement plus susceptibles d'utiliser la contraception lorsqu'elles ont été bien conseillées en ce sens (Desgrées du Lou, 1997).

Dans le cadre de travaux de recherche soutenus par l'ONUSIDA au Costa Rica, en Indonésie, au Mexique et au Sénégal, les femmes ont révélé que, grâce au préservatif féminin, elles réussissaient mieux qu'avant à aborder la question de la sexualité à moindre risque avec leurs partenaires. En outre, elles se sentaient plus fortes pour faire face aux objections de leurs partenaires. Le travail reste donc très urgent à compléter pour toucher des cibles moins spécifiques.

Diminuer les risques de transmission mère-enfant

Des études menées en Thaïlande et en Côte d'Ivoire prouvent que la prise d'AZT, de la 32^e à la 36^e semaine de grossesse, par les femmes séropositives enceintes réduisait la transmission du VIH de la mère à l'enfant. En Thaïlande, le risque d'infection par le VIH d'enfants nés de mères séropositives mais non allaités par elles a été réduit de moitié.

La réduction de la transmission mère-enfant représente un défi complexe. Il s'agit d'abord d'étendre les services de conseil et de test VIH afin que les femmes qui souhaitent connaître leur statut sérologique puissent faire le nécessaire en toute confidentialité, et de préférence avant d'être enceintes. Il s'agit donc aussi d'améliorer l'accès aux soins prénatals et obstétricaux. Il s'agit ensuite de rendre accessible le traitement. Mais il est également important de s'assurer de la survie de ces femmes après ce traitement grâce à un suivi constant, et en même temps arriver, dans un complexe africain, à ne pas stigmatiser la femme en tenant compte également du fait que celle qui vient d'accoucher doit subir de nombreuses cérémonies postnatales pour lesquelles parfois la prise de médicaments est suspecte.

Cette prévention de la transmission materno-fœtale présente des difficultés particulières dans le contexte africain. Le traitement exige la consommation de grandes quantités d'eau, et cette eau doit être salubre : on ne peut pas se contenter, en Afrique, de respecter cette condition en réservant le traitement préventif aux femmes qui habitent les quartiers dans lesquels l'adduction d'eau assure une qualité satisfaisante. Les résultats de Thaïlande ont été obtenus en l'absence d'allaitement maternel : en Afrique, il faudrait trouver à la fois des solutions de remplacement à l'allaitement maternel et le moyen de protéger la mère contre une possible – et même probable – réaction de stigmatisation et de rejet de la part de son entourage – et d'abord de sa belle famille – lorsqu'elle suivra le conseil de ne pas allaiter. Ce comportement simple, qui ne peut pas passer inaperçu de l'entourage, peut, dans la plupart des sociétés africaines, avoir des conséquences sociales graves, car il sera compris comme un refus, de la part de la femme, de renforcer le lien sanguin transmis par l'homme.

En conclusion, c'est la réalité de la vie quotidienne des femmes africaines qui est un frein à la prévention et à une prise en charge correcte de l'épidémie : tant que l'on n'aura pas réduit le poids d'un certain nombre de traditions que sont en particulier le lévirat, et la dépendance culturelle, sociale, économique et sexuelle de la femme par rapport à l'homme et à sa famille, et tant que des décisions législatives fortes n'auront pas changé le statut de la femme, il sera extrêmement difficile d'aboutir à un résultat marquant dans ce domaine. Mais la prévention du sida peut aussi, en un sens, être un argument social fort pour lutter contre des pratiques traditionnelles nuisibles qui tendent à être largement remises en cause par le développement même de l'épidémie.

Références

- ANDERSON, S. ; KALIBALA, S. ; VAN PRAAG, E. 1995. « Le sida et la famille selon l'OMS ». *Les familles face au sida*. Paris, Dunod.
- ANKRAH, E.M. 1993. « The impact of HIV/AIDS on the family and other significant relationships : the African clan revisited ». *AIDS Care*, 5, 5, 22.
- BAILEY, D. ; MANN, J. (dir. publ.). 1988. *The Global Impact of AIDS*. Alan R. Liss, New York.
- CALDWELL, J.C. ; CALDWELL, P. ; ANKRAH, E.M. *et al.* 1993.
- « African families and AIDS : context, reactions and potential interventions ». *Health Transition Review*. Supplement to vol. 3, *Sexual Networking and HIV/AIDS in West Africa*, 1-16.
- CARAEL, M. 1993. « Women's vulnerability to STD/HIV in sub-

saharan Africa : an increasing evidence ». Communication présentée au séminaire « Women and demographic change in sub-saharan Africa ». Commission de l'UIESP sur le statut de la femme et la population, Dakar. 6-13 mars 1993

DESGRÉES DU LOU, A. 1997. « Sida et santé de la reproduction en Afrique subsaharienne ». *Revue commentée de la littérature*. ETS ORSTOM, note et projet n° 4.

KEOGH, P. ; ALLEN, S. ; ALMEDAL, C. ; TEMAHAGILI, B. 1994. « The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda : a prospective study ». *Social Science and Medecine*. 38, 8, p. 1047-1053.

KISHOR, S. ; NEITZEL, K. 1996. « The status of women - Indicators for twenty five countries ». DHS Comparative studies n° 21, *Macro International*, p. 76.

MUKIZA-GAPERE J. ; NTOZI, J. 1995. « Impact of AIDS on marriage patterns, customs and practices in Uganda Orobuloze ». *Health Transition Review, The Third World AIDS Epidemic*. Supplement to vol. 5, p. 1505-1534.

ONUSIDA. 1998. *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, Genève.

OROBULOZE, I.O. ; CALDWELL, J.C. ; CALDWELL, P. 1993. « African women's control over their sexuality in an era of

AIDS : a study of the Yoruba of Nigeria ». *Social Science and Medecine*. 37, 7, p 859-872.

UDVARDY, M. 1988 « Social and cultural dimensions for research on sexual behaviour related to HIV transmission : anthropological perspectives from Africa ». *Rapport du Karolinska Institutet*, Stockholm.

VIDAL, L. 1994. « Sida et représentations de la maladie. Eléments de réflexion sur la séropositivité du tuberculeux et sa prise en charge (Abidjan, Côte d'Ivoire) ». *Dans : Gruesnais M.E. et Dozon J.P. (dir. publ.) Anthropologie et santé publique. Cahiers des sciences humaines*. ORSTOM, Paris, vol. 28, 1.

Les enjeux de la lutte contre le VIH/sida dans les entreprises en Afrique

Laurent Aventin et Pierre Huard

Introduction

En Afrique, l'impact de l'épidémie de VIH est devenu un objet de préoccupation pour les entreprises elles-mêmes, en raison de l'ampleur de l'épidémie et de ses caractéristiques particulières. En effet, c'est sur ce continent que les taux de prévalence sont les plus élevés : plus de 25 % dans la population adulte (15-49 ans) du Botswana et du Zimbabwe, proche de 20 % en Namibie et au Swaziland et supérieure à 10 % en Afrique Centrale, en Côte d'Ivoire, à Djibouti, au Kenya, au Malawi, au Mozambique, au Rwanda et en Afrique du Sud (UNAIDS/WHO, 1998).

Cette situation doit être comparée à celle des pays du Nord, où l'épidémie semble maîtrisée et où l'accès satisfaisant aux traitements adaptés se traduit par une augmentation du nombre de personnes infectées qui peuvent conserver une activité professionnelle. Cependant, les taux de prévalence du VIH dans la population adulte sont inférieurs à 1 % (États-Unis, Europe) et ne constituent pas un facteur de perturbation significatif de l'activité économique. Des problèmes continuent néanmoins à se poser, ils sont essentiellement de nature éthique, juridique ou sociale, et prennent par exemple la forme de discrimination et de stigmatisation sur le lieu de travail, de difficultés relationnelles ou encore de politiques d'information du personnel sur la maladie au sein de l'entreprise (UNESCO,

1990 ; Trebilcock, 1989). Sont ainsi apparues diverses recommandations de bonnes conduites dans l'entreprise à l'égard des employés porteurs du VIH.

Tous ces aspects éthiques, juridiques et sociaux sont bien sûr présents dans les économies africaines, et s'y trouvent même aggravés par des cadres institutionnels peut-être moins rigoureux, mais il s'y ajoute surtout les effets spécifiques d'une prévalence du VIH beaucoup plus élevée.

En effet, des proportions fortes de personnes infectées ou malades, comme un nombre important de décès dans la population active, constituent autant de causes de perturbation du fonctionnement des entreprises. Ce sont précisément ces relations entre l'épidémie et les activités économiques de production qui vont nous intéresser ici.

Dans la grande majorité des pays d'Afrique cités précédemment, le sida est devenu la première cause de

mortalité de la population adulte. On est donc en présence d'une épidémie beaucoup plus grave que celle observée dans les pays du Nord. Avec une baisse de l'espérance de vie qui peut atteindre 27 % de la population de ces pays (Stover et Way, 1998), avec des taux de mortalité de la population adulte qui peuvent doubler, voire tripler, au cours des quinze dernières années, on peut s'attendre à ce que la force de travail des économies concernées soit affectée, d'autant que les décès touchent d'abord les tranches d'âge les plus productives.

Laurent Aventin est expert en économie de la santé pour MSF-Belgique, rue Dupré, Bruxelles. Email : laurent.aventin@msf.be. Ce travail a été financé par l'Agence nationale de recherche sur le sida et l'ORSTOM. Pierre Huard est économiste de la santé, professeur à l'université d'Aix-Marseille II, et rattaché au Centre d'économie et de finance internationale (CEFI), château Laffarge, route des Milles, 13290 Les Milles, France, Email : huard.p@univ-aix.fr. Il collabore à l'INSERM comme spécialiste des systèmes de santé.

Compte tenu de cette situation, l'article s'efforce d'apporter des éléments de réponse à deux questions : a) quelles sont les conséquences de l'épidémie de VIH/sida, en termes de coûts et de capacités de production, dans les entreprises en Afrique ? b) quelles sont les réponses possibles des entreprises à ces conséquences de l'épidémie sur leur fonctionnement ?

Concernant ces conséquences et ces réponses, présentées dans l'article, il convient de préciser comment elles ont été retenues.

Premièrement, l'analyse s'appuie sur des observations détaillées réalisées dans trois entreprises du secteur industriel, à Abidjan, en 1995-1996. La présentation de ces observations et leur analyse développée se trouvent ailleurs (Avenir, 1998). Ces observations à la fois quantitatives et qualitatives ont permis de dégager des relations qui, bien que particulières, semblent posséder une portée assez générale, au moins d'un point de vue heuristique, dans la mesure où elles sont associées à des situations courantes dans les entreprises. Ces observations sont par ailleurs confrontées aux résultats d'enquêtes qui, dans la littérature, fournissent des données complémentaires et sont susceptibles d'aider à identifier les faiblesses probables des données recueillies auprès des trois entreprises.

Deuxièmement, l'analyse proposée repose sur des développements récents de la théorie économique évolutionniste qui apparaissent particulièrement pertinents pour traiter des questions relatives au fonctionnement de l'entreprise. Cette approche évolutionniste (Nelson et Winter, 1982 ; Coriat et Weinstein, 1995), s'intéresse à la production non plus uniquement en termes d'allocation de ressources, mais également en termes de création de ressources. Dans cette perspective, il s'agit notamment, en faisant appel aux concepts de routine, de processus d'apprentissage et de compétence, de rendre compte de la façon dont l'entreprise parvient à renouveler ses capacités de production. Les routines sont, au sein de l'entreprise, des activités répétitives ayant un caractère largement tacite, c'est-à-dire non codifié, et qui sont à ce titre difficiles à enseigner, sinon par l'expérience et l'imitation. Leur transmission qui conditionne le maintien des compétences de l'entreprise, suppose donc des interactions entre les participants au processus productif, pour que l'apprentissage puisse avoir lieu. C'est sur ce type de modèle théorique qu'une partie de l'analyse qui suit est fondée.

Troisièmement, si les entreprises du secteur moderne qui font l'objet de cette analyse recherchent, où qu'elles soient, l'efficacité la plus grande, elles doivent tenir compte des particularités socioculturelles de la main-d'œuvre employée. Ces particularités influencent le management et la ponctualité, la compétitivité ou le profit financier, autant de valeurs occidentales qui n'ont pas toujours le même sens dans la vie et l'expérience villageoise traditionnelle des partenaires africains. On a pu montrer, dans une étude comparative, que les travailleurs de France et des États-Unis ont un comportement individualiste plus prononcé que ceux de la Côte d'Ivoire où les cultures communautaires sont fortes et où les besoins de socialisation priment et surpassent les besoins d'accomplissement et de réalisation personnelle (Ollivier et de Maricourt, 1990). Nous tiendrons également compte des conséquences du VIH/sida sur les processus de socialisation en entreprise.

Coûts supplémentaires et pertes de capacités induits par le VIH/sida dans les entreprises en Afrique

À partir des données disponibles sur la catégorie socioprofessionnelle des cas d'infections à VIH recensés dans les entreprises ou plus généralement dans la population active, nous étudierons les coûts supplémentaires produits par l'épidémie ainsi que les contraintes non quantifiables en termes de coûts.

Les classes d'âge et les catégories socioprofessionnelles touchées

Les 20-39 ans représentent au moins 42 % de la force de travail totale des pays subsahariens. C'est aussi dans ces tranches d'âges que l'on trouve les plus fortes prévalences en matière de maladies sexuellement transmissibles. Ainsi en Côte d'Ivoire, le VIH/sida affecte essentiellement les populations âgées de 20-29 ans et 30-39 ans. D'autres résultats ont par exemple montré que, parmi les employés d'usine en milieu urbain, les décès provoqués par le sida étaient beaucoup plus nombreux que ceux provoqués par d'autres causes (Borgdorff *et al.*, 1995). Dans la majorité des pays d'Afrique subsaharienne, les 15-49 ans représentent en 1997 de 71 à 96 % des cas d'in-



Garçon atteint du sida avec ses grands-parents, 1996. Ses parents, frères et sœurs sont déjà morts de la maladie.

Sean Sprague/Ciric.

fections à VIH (WHO, 1997). L'épidémie concerne donc la population active.

Quant aux effets sur l'activité, il faut d'abord savoir quelles catégories socioprofessionnelles sont les plus touchées. Or les études sur cette question sont rares, et leurs résultats publiés ne sont ni très convergents, ni très convaincants. Cependant les cadres, c'est-à-dire les employés les plus qualifiés, sont désignés comme les plus affectés par l'épidémie. Par exemple, une étude réalisée dans l'industrie textile en Zambie montre que la prévalence VIH chez les cadres est de 5,3 %, contre 4,5 % chez les agents de maîtrise et les contremaîtres et 2,8 % chez les ouvriers (Ndilu *et al.*, 1988). De même en milieu rural (district de Monze), dans ce même pays, ce sont les travailleurs qualifiés et les commerçants qui présentent les taux d'infection à VIH les plus élevés (Buvé et Foster, 1993). Cependant, des travaux encore plus récents, portant toujours sur la Zambie, montrent qu'il n'y a pas de différence de statut socio-économique entre les patients infectés et ceux qui ne le sont pas (Buvé et Foster,

1993). Naturellement, les résultats dépendent des méthodes d'investigation et des critères retenus : certains investigateurs définissent le statut socio-économique d'un individu en fonction de son niveau scolaire, de son métier et de ses opportunités de voyages (Serwalda *et al.*, 1992) ; d'autres en fonction du niveau de salaire de la population étudiée. C'est par exemple le cas dans une étude réalisée au Zaïre auprès d'une entreprise textile et d'un établissement du secteur bancaire où les auteurs ont pour critère le niveau de salaire des employés ou l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle, ainsi 2,8 % du personnel ouvrier est infecté par le VIH contre 4,6 % du personnel le mieux payé (Ryder *et al.*, 1990). En Tanzanie, une étude rapporte que la prévalence VIH des adultes est deux fois plus élevée chez les personnes ayant un statut socio-économique faible (10,7 %) que chez celles qui ont un statut socio-économique élevé (5,2 %) [Mnyika *et al.*, 1994].

L'usage de définitions différentes rend difficiles les comparaisons et les synthèses, si bien

qu'aucune tendance précise ne peut être dégagée avec certitude. Bien que les catégories socio-professionnelles puissent, lorsqu'elles sont définies avec suffisamment de précisions, fournir des indications générales utiles, nos observations montrent que des caractéristiques plus fines des emplois sont quelquefois nécessaires pour cerner les effets de l'épidémie sur le fonctionnement des entreprises. Ainsi, à l'occasion d'études monographiques détaillées portant sur trois entreprises industrielles ivoiriennes, nous avons pu montrer que le décès d'un seul machiniste dans une fabrique d'emballages en carton avait pu faire courir des risques importants à l'activité (Avenir, 1998). Cela signifie que des dimensions comme la nature du poste occupé par le malade dans le processus de production, la possibilité de remplacer un employé par un autre, le temps d'apprentissage nécessaire, la disponibilité de la qualification voulue sur le marché du travail, etc. sont dans certains cas des éléments indispensables pour juger des effets possibles du VIH/sida sur l'activité. Il reste que certaines situations témoignent directement de l'existence de ces effets : ainsi, par exemple, le secteur minier a été réellement menacé en Afrique australe, amenant les entreprises de ce secteur à se mobiliser collectivement pour trouver des solutions (Stein et Steinberg, 1995). Outre ces aspects techniques du problème, d'autres se manifestent directement sur le plan économique, ce sont les coûts produits par cette maladie.

Les coûts supplémentaires produits par le VIH/sida

Il est particulièrement difficile de généraliser, dans ce domaine, tant les études sur le sujet sont rares. Cette absence d'information tient essentiellement aux problèmes que pose la mesure de la séroprévalence VIH dans le personnel des entreprises et à la réticence des employeurs à accepter que des investigations soient menées sur le sujet dans leurs établissements. L'une des premières études a été réalisée en 1988 dans une grande usine du secteur privé à Kinshasa au Zaïre. Parmi les employés qui ont accepté le test, 3 % des 5 798 volontaires sont séropositifs et le coût des soins payés par l'entreprise est trois fois plus élevé chez le personnel infecté par le VIH que chez le personnel non infecté (Ndilu *et al.*, 1988). Par la suite, les études de coûts se sont affinées. Farnham a d'ailleurs établi une nomen-

clature des coûts théoriques provoqués par le VIH/sida dans les entreprises en définissant notamment diverses catégories de coûts en fonction de leur caractère plus ou moins facilement mesurable. En effet, certaines conséquences ne sont pas mesurables en termes de coûts comme par exemple la perte de productivité des employés infectés ou les effets provoqués par la peur chez certains clients apprenant que des employés de leurs fournisseurs sont malades du sida (Farnham, 1994). Sur le terrain, plusieurs coûts ont été mesurés, essentiellement des coûts supportés par l'entreprise : coût des soins aux malades lorsque l'employeur y participe, frais d'obsèques (généralement réglementés par le Code du travail), participation de l'entreprise aux dépenses entraînées par les funérailles (participation libre : paiement du cercueil, don d'argent à la famille du défunt, envoi d'une délégation de l'entreprise aux funérailles), coût de l'absentéisme pour raison médicale, frais de recrutement et de formation des employés recrutés pour remplacer ceux qui sont absents ou décédés, pertes de productivité causées par la réduction de cadence au travail du personnel malade et par l'absentéisme, et enfin coût de la prévention contre le VIH/sida sur le lieu de travail lorsqu'elle existe.

Ces coûts se répartissent différemment selon les entreprises étudiées : le coût des soins varie par exemple de 0 % – lorsque l'employeur ne participe pas aux frais médicaux – à 25 % du coût total de l'infection à VIH (Avenir et Huard, 1997). Pour les entreprises qui participent à la prise en charge médicale de leurs employés, le coût des soins est généralement l'un des postes les plus importants, avec le coût de l'absentéisme pour raison médicale, les frais relatifs aux obsèques et le coût de l'apprentissage des employés nouvellement embauchés : l'ensemble de ces coûts représente en moyenne plus de 70 % du coût total (Rau et Forsythe, 1996 ; Avenir et Huard, 1997).

Au terme d'une évaluation du coût du VIH/sida dans le secteur commercial au Kenya, sur un échantillon de 16 entreprises, Forsythe et Roberts constatent que les agents de maîtrise, les techniciens et les cadres constituent seulement 13 % du personnel recensé infecté par le VIH alors qu'ils représentent 47 % du coût total (Forsythe et Roberts, 1994). On pourrait expliquer ce phénomène par trois raisons essentielles : a) il est possible comme c'est le cas en Côte

d'Ivoire que la participation de l'employeur aux dépenses de santé des salariés dépende de leur niveau de qualification et du poste occupé, les cadres bénéficiant plus facilement d'une assurance médicale payée par l'employeur ; b) le coût du recrutement et celui de la formation sont plus élevés pour le personnel qualifié qui reste difficile à recruter sur le marché du travail ; c) enfin le décès d'un employé qualifié, dont les compétences et attributions sont éventuellement uniques dans l'entreprise, a probablement plus de conséquences sur l'activité que le décès d'un salarié non qualifié.

Cela nous amène finalement à nous interroger sur la part que représente ce coût par rapport au chiffre d'affaires ou au profit des entreprises. Là encore, il est difficile de donner une réponse fiable : les coûts sont généralement des estimations réalisées à partir des cas de VIH connus du médecin du travail, ou à partir de la prévalence de la population adulte de la zone dans laquelle l'entreprise est située. Pour des raisons de déontologie évidentes, le dépistage collectif du personnel des entreprises est impossible. L'auteur d'une étude d'un grand groupe industriel « Brown & Clapperton » au Malawi estime que le coût du VIH/sida, basé sur la prévalence du VIH dans la population adulte urbaine en 1995 (6,63 %), est compris entre 1,5 % et 6 % du profit du groupe (Jones, 1996). Dans l'industrie du bois et le secteur des transports au Kenya, le coût du VIH/sida s'élèverait à environ 7 % du profit des entreprises, mais devrait augmenter et pourrait atteindre 17 à 20 % en 2005 (Forsythe et Roberts, 1994). En Côte d'Ivoire, dans trois entreprises du secteur industriel, nos estimations du coût atteignent entre 0,8 % et 3,2 % de la masse salariale (à partir des cas diagnostiqués et confirmés par le médecin d'entreprise). Si l'on utilise pour l'estimation, la prévalence du VIH dans la population adulte urbaine (10 à 15 %), ils représentent alors entre 7 et 15 % de la masse salariale (Aventin, 1998).

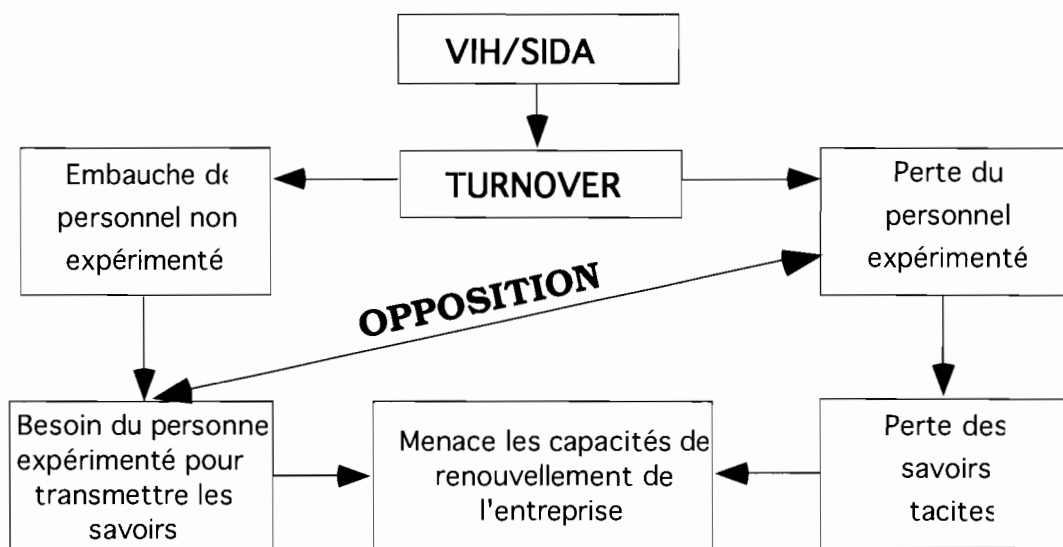
Ces coûts dépendent étroitement de la progression de l'incidence du VIH/sida et des décès dans l'entreprise. En Zambie, dans le secteur bancaire, manufacturier et agro-alimentaire, le nombre des décès causés par le sida parmi le personnel des entreprises a été multiplié par 7 en moyenne de 1987 à 1993 (Baggaley *et al.*, 1994). Cette progression est préoccupante car la prévalence en entreprise peut en réalité être supérieure à celle qui concerne la population de la zone

d'implantation. Ainsi, l'entreprise David Whitehead (industrie textile) au Zimbabwe, qui emploie 4 500 personnes dont 90 % sont des hommes, a appris en 1981 par l'intermédiaire du service de transfusion sanguine que 21 % des donneurs de sang de l'entreprise¹ étaient séropositifs (Williams et Ray, 1993) ; or le nombre officiel de cas de sida n'était que de 202 dans le pays tout entier en 1988 et la prévalence du VIH dans la population adulte était estimée à 17 % en 1994. De même à Abidjan, en Côte d'Ivoire, des dépistages illicites ont été effectués dans une grande entreprise de l'industrie textile comptant environ 1 500 personnes, ainsi que dans une plantation de près de 4 000 employés : environ 500 salariés dans le premier établissement et plus de 1 000 salariés dans le second auraient été testés par deux laboratoires qui ont obtenu des prévalences de 25 et 27 % sur les prélèvements effectués². Ces résultats sont bien au-delà de la proportion de 10,6 % de la population adulte, résultat estimé par l'ONUSIDA en 1998.

Il faut cependant rester prudent en matière de comparaison : certaines conditions de travail, mais également la zone géographique d'implantation ou encore le type de main-d'œuvre employée sont importants pour comprendre les forts taux d'infection à VIH de certaines populations d'entreprise. Le cas des métiers du transport, et notamment des chauffeurs routiers, qui ont de multiples partenaires et des comportements sexuels à risques, est bien connu ; comme d'ailleurs celui des ouvriers des plantations, qui viennent travailler sans leur famille. On peut aussi citer le cas des villages industriels³ en Côte d'Ivoire où les travailleurs isolés ont fréquemment recours aux prostituées. Finalement, il apparaît que la morbidité et la mortalité du personnel ouvrier qualifié représentent une menace toute aussi importante pour les entreprises que celles qui concernent les cadres : les décès de saigneurs dans une plantation d'hévéas inquiètent les dirigeants de la firme (Aventin, 1998) ; de même les cueilleurs de thé sont des travailleurs spécialisés et le directeur de l'entreprise Eastern Highlands Tea Estates au Mozambique, se préoccupe des cas de décès prématurés de ses ouvriers car la performance de son entreprise en est affectée (Williams et Ray, 1993).

Ainsi par les problèmes qu'il soulève, le VIH/sida révèle l'importance relative des divers postes de travail dans le processus productif de l'entreprise. Les problèmes qui n'ont pas été pré-

Schéma 1. Problèmes posés par le turnover du personnel induit par le VIH/sida, aspects relatifs aux pertes et à la transmission des savoir-faire.



vus par les dirigeants, du fait de la nouveauté et de l'ampleur du phénomène, entraînent, au-delà des coûts supplémentaires, des dysfonctions qui peuvent remettre en cause la pérennité des entreprises concernées.

Dysfonctions et pertes de capacités productives

La hausse de la morbidité et de la mortalité, du fait du VIH/sida, provoque un renforcement du turnover du personnel, ce qui à son tour, produit des perturbations de l'activité courante et de l'aptitude de l'entreprise à renouveler ses capacités de production. Tout d'abord, le turnover provient directement du départ d'employés malades qui ne pensent plus pouvoir travailler ou qui retournent dans leur village pour y être soignés selon des pratiques traditionnelles ; il provient aussi des décès. Ce flux de sorties de l'entreprise peut être compensé par un flux d'entrées (employés nouvellement recrutés), si l'employeur trouve sur le marché du travail des qualifications équivalentes à celles qui ont disparu.

Mais plus fondamentalement, cette compensation quantitative qui peut maintenir le niveau des effectifs, peut aussi masquer un changement qualitatif majeur, dans le rapport entre le person-

nel expérimenté, possédant une certaine ancienneté dans l'entreprise, et le personnel nouveau à qui cette expérience fait défaut (Cohen, 1993). Cette modification de la composition du personnel est susceptible d'entraîner des dysfonctionnements éventuellement graves pour plusieurs raisons.

La première tient au fait que l'ancienneté permet aux employés d'acquérir, par l'expérience accumulée, des savoirs, des savoir-faire, des compétences tacites, dont la transmission aux nouveaux employés demande du temps. En conséquence, le départ de personnels expérimentés signifie l'affaiblissement des possibilités d'apprentissage des nouveaux, et donc la perte de ces compétences pour l'entreprise (schéma 1). En effet, si les savoirs codifiés peuvent être objectivés dans des procédures, des modes d'emplois, des manuels qui les rendent plus facilement enseignables et donc transmissibles ; il n'en va pas de même pour les compétences tacites et les routines, qui faute d'être explicitées, ne peuvent être transférées que par l'intermédiaire de processus d'initiation, d'interaction, de compagnonnage. Un exemple de perturbations des routines nous est donné à Abidjan dans une usine textile employant environ 1 200 employés en 1996 (Avenir, 1998). L'activité y est perma-

nente et s'effectue grâce au roulement d'équipes de travail toutes les huit heures. Si l'équipe est incomplète, par exemple à cause de l'absentéisme pour raison médicale, la pratique consiste à faire appel aux ouvriers d'une équipe au repos. Cette opération nécessite une gestion non codifiée, par les chefs d'équipe, du déplacement des ouvriers dans les trois équipes, et ce, en fonction des besoins de la production. L'augmentation du nombre de malades chroniques dus au VIH/sida ainsi que la durée parfois longue des arrêts de maladie cassent la routine et amènent des ouvriers à travailler seize heures continues, ce qui était auparavant évité. Cette situation favorise les pratiques illégales (comme par exemple la prolongation des horaires de travail sans repos) et contribue au mécontentement et à l'affaiblissement des ouvriers.

En définitive, le phénomène d'appauvrissement des compétences et des capacités productives du personnel apparaît comme un mécanisme cumulatif. La réduction du personnel expérimenté du fait du VIH/sida, détériore les possibilités de formation des nouveaux, entraînant un abaissement du niveau moyen de compétence qui va aller en s'accroissant. Bien que ce processus ne soit pas très visible dans le court terme, il représente sur la moyenne période, le risque pour l'entreprise de perdre les compétences qui sous-tendent son activité et donc le risque de disparaître.

La seconde cause de perturbation liée au turnover concerne la socialisation du personnel. Par socialisation, on désigne ce processus par lequel un employé intériorise progressivement les pratiques (règles, normes, conventions, opportunités...) du groupe auquel il appartient : c'est cette socialisation d'entreprise qui rend l'individu apte à participer à une activité collective de production parce que ses comportements seront ajustés à ceux des autres, parce que l'exécution des tâches et leur coordination s'en trouveront facilitées. Les règles de conduite qui participent à la construction des rôles et des statuts sociaux dans l'entreprise, donc à la cohérence sociale, sont en grande partie informelles et tacites ; l'importance de la socialisation est d'autant plus grande. Ce sont encore les employés expérimentés et ayant de l'ancienneté qui peuvent transmettre ces règles aux nouveaux employés afin qu'ils puissent adapter leur comportement dans un cadre où les oppositions classiques de hiérarchie, d'âge ou de race sont renforcées par les dif-

férences ethniques ou religieuses. Ces pratiques partagées sont à la fois sociales, comportementales et techniques (Nelson et Winter, 1982). Ainsi la probable détérioration de la socialisation qui résulte du départ ou du décès du personnel expérimenté et ayant de l'ancienneté peut affecter, à son tour, le fonctionnement et la pérennité de l'entreprise par le biais d'au moins deux aspects : la cohésion du travail et les routines (schéma 2).

D'une manière générale, les arguments précédemment développés renforcent l'idée selon laquelle l'infection à VIH affecte la productivité, si les entreprises ne réagissent pas, et le fait en deux temps : d'abord par l'absentéisme temporaire pour raison médicale, auquel on fait face par des dispositions elles aussi temporaires, puis par le décès ou le départ du personnel malade qui impliquent alors la recherche et la formation de remplaçants. Dans ces conditions, les perturbations de l'organisation du travail peuvent-elles être limitées ou régulées par les réactions de l'entreprise ?

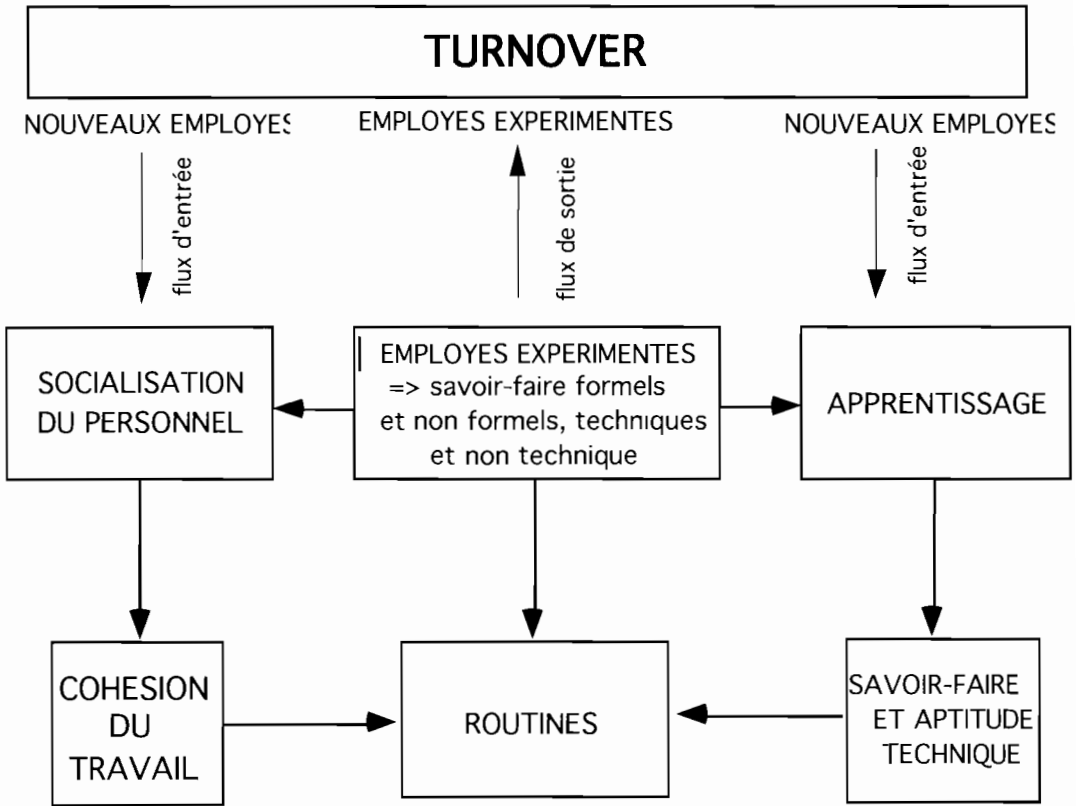
Réponses des entreprises aux conséquences du VIH/sida

Dans cette seconde partie, l'objectif est, d'une part de rappeler et d'analyser les mesures qui ont été observées et rapportées sur les réactions des entreprises préoccupées par les cas d'infection à VIH parmi le personnel, d'autre part de discuter des mesures organisationnelles adaptées selon les conséquences de l'épidémie que nous avons précédemment évoquées.

Les premières réactions des entreprises face au VIH/sida

Comme le suggère Douglas Webb dans son analyse en Zambie, peu d'entreprises, à l'exception de quelques-unes parmi les plus grandes, s'intéressent effectivement à l'impact du VIH/sida sur leur activité et le VIH/sida semble ne pas être suffisamment pris en compte dans les décisions managériales (Webb, 1996). Pourtant, au moins deux réactions ont été observées et rapportées dans plusieurs pays en Afrique : des pratiques d'exclusion des séropositifs, qu'ils soient employés de l'entreprise ou demandeurs d'emploi ; et des activités de prévention contre le VIH/sida sur le lieu de travail. Si ces deux types de pra-

Schéma 2. Impact du turnover du personnel (provoqué par le VIH/sida) sur l'organisation du travail.



Légende → Affecte

Source : Aventin, 1998.

tiques semblent a priori totalement opposées tant à l'égard de l'éthique que de la politique du personnel, elles n'en sont pas moins complémentaires dans certains établissements. En effet, elles ont toutes deux le même objectif : réduire le nombre d'employés infectés par le VIH. Nous aborderons en premier lieu les pratiques discriminatoires car elles précèdent, semble-t-il, les initiatives de prévention sur le lieu de travail.

Il n'y a pas beaucoup d'informations permettant d'affirmer que le rejet des personnes infectées par le VIH est la première réaction des entreprises face au VIH/sida, mais nous savons par contre que c'est la première réaction de la plupart des individus, au moins tant qu'ils restent mal informés sur les modes de contamination du

VIH, comme cette réaction a été observée et décrite dans de nombreux pays (UNESCO, 1990). Ainsi, si l'exclusion du personnel malade n'est pas d'emblée appliquée comme une stratégie de maintien de l'organisation du travail et des coûts de production (puisque le VIH/sida augmente les coûts de production par le biais de l'absentéisme pour raison médicale, des recrutements et de la formation des employés destinés à remplacer le personnel décédé ou ayant quitté l'entreprise...), cette pratique est très probablement guidée par la croyance en des risques de contamination à l'occasion des relations quotidiennes.

Aujourd'hui encore, ces pratiques discriminatoires sont fréquentes : elles consistent d'une part à évincer les postulants à un emploi s'ils

sont infectés par le VIH (on effectue à leur insu un test VIH à partir d'un prélèvement sanguin réalisé pendant la visite médicale d'embauche), et d'autre part, à licencier sous un motif fallacieux (ce qui suppose la complicité du médecin d'entreprise) les employés malades du sida avant qu'ils ne coûtent trop cher à l'entreprise (Yao N'dré, 1992 ; Aventin, 1998). Malgré les nombreuses tentatives des autorités ou des institutions défendant les droits de l'homme, pour inciter les entreprises à adopter une conduite moins ouvertement condamnable à l'égard des salariés infectés par le VIH, les problèmes posés par la maladie dans l'entreprise restent entiers. C'est que, malgré tout, un code de bonne conduite ne supprime aucun des problèmes posés par le VIH/sida sur le fonctionnement de l'entreprise. Seul le droit peut devenir un moyen de faire appliquer des pratiques éthiques, encore faut-il se donner les moyens de le faire respecter. Par ailleurs, le code du travail de nombreux pays, y compris dans les pays développés, laissent à l'employeur de larges zones d'autonomie, notamment en matière de justification des licenciements (Le Cohu, 1989 ; UNESCO, 1990). La difficulté, pour les autorités de santé publique, à faire valoir un code de bonne conduite auprès des entreprises relève d'une divergence des intérêts des protagonistes. En 1997 au Zaïre, dix des douze employeurs interrogés répondent qu'ils sont favorables au dépistage systématique du VIH à l'embauche et à l'élimination des postulants infectés (Musuamba, 1997).

Les motivations qui peuvent conduire à conserver dans l'effectif de l'entreprise des personnes infectées par le VIH ne peuvent être qu'économiques : par exemple la nécessité de conserver et de transmettre la mémoire de l'entreprise pour assurer son bon fonctionnement. Ce raisonnement est-il encore valable lorsqu'il s'agit des employés non qualifiés ou non expérimentés et dont l'employeur peut finalement se séparer sans que cela perturbe l'activité de son établissement ?

Quant à la prévention sur le lieu de travail, elle est d'abord un investissement visant à modifier les comportements à risque, mais elle donne parfois aussi une image positive à l'entreprise, lui permettant d'affirmer publiquement son engagement dans la lutte contre le VIH/sida. Une grande entreprise en Côte d'Ivoire apparaît régulièrement sur le devant de la scène lorsqu'il s'agit de faire savoir ce que l'entreprise fait pour

les malades du sida et notamment son code de conduite ; pourtant nos enquêtes auprès du personnel de l'entreprise, de son médecin et du personnel d'un laboratoire impliqué, confirment que le personnel a été dépisté à son insu lors d'un examen annuel de santé. De même, à Abidjan, la compagnie pétrolière Shell, qui a largement publié son code de bonne conduite à l'égard du personnel infecté par le VIH/sida (Anonymous, 1993), a refusé de nous recevoir alors que nous voulions vérifier les informations données par deux médecins d'entreprise, et selon lesquelles le personnel de la compagnie aurait été dépisté à son insu.

La prévention est également un investissement destiné à réduire les coûts futurs de l'infection à VIH sur le fonctionnement de l'entreprise. Il n'est pas rare que de nombreuses interventions de prévention sur le lieu de travail soient financées par des prestataires extérieurs (par exemple, les autorités de santé publique ou des associations) qui voient dans l'entreprise la possibilité de réunir un nombre important de personnes. Ainsi, par exemple au Kenya, le développement de la prévention sur le lieu de travail est largement financé par des organismes extérieurs aux entreprises (USAID/AIDSCAP/FHI, 1996). La difficulté d'une telle stratégie, lorsqu'il s'agit d'introduire dans l'entreprise une véritable politique d'information et de lutte contre le sida, est d'en estimer le rapport coût/efficacité. Nous entendons par « véritable politique d'information » le travail permanent d'éducateurs dans l'entreprise et pas quelques interventions ponctuelles et éphémères. Une expérience menée en Tanzanie auprès de 16 entreprises employant un total d'environ 30 000 salariés montre qu'une intervention soutenue et constante, comprenant la formation d'éducateurs qui seront chargés dans l'entreprise d'informer régulièrement le personnel (débat, projections de films, réunions d'informations) et de distribuer des préservatifs, coûte entre 1 et 16 US\$ par an et par personne (Hamelmann *et al.*, 1996).

Les quelques évaluations de coût comparé de la prévention laissent penser qu'elle est moins coûteuse que la maladie et les décès (Ainsworth et Over, 1994). Cet avantage serait d'autant plus marqué que la politique de prévention est plus précoce (Cohen, 1993) ce qui ne rendrait pas l'effort sur les soins moins important mais probablement moins coûteux par la moindre croissance de l'incidence. Au Zimbabwe, Whiteside a

mesuré l'efficacité d'une campagne de distribution de préservatifs et d'informations sur le VIH/sida en observant la diminution de la prévalence des MST à l'hôpital dans la zone d'application du programme (Whiteside, 1994). Une autre méthode, régulièrement utilisée par la Banque mondiale, consiste à évaluer « le nombre d'années de vie corrigées de l'invalidité », permettant ainsi d'évaluer la continuité du rôle économique (au préalable déterminé) de chaque individu selon qu'il est apte ou inapte au travail. Ainsi, la prévention de l'infection à VIH permettrait de gagner environ dix-neuf années de vie corrigées de l'invalidité pour chaque cas d'infection évitée (Over et Piot, 1993), soit un gain record par rapport à n'importe quelle maladie sexuellement transmissible ou infectieuse telle que la tuberculose par exemple (lorsqu'elle n'est pas associée à l'infection à VIH). Enfin, au Zimbabwe, une étude réalisée par Family Health International montre que le coût par infection évitée est de 11 US\$, les bénéfices retirés de ces actions de prévention représentent trente-six fois cette somme (Panos, 1993).

Cependant, l'efficacité des mesures de prévention mesurée d'après leur impact sur la dynamique de l'épidémie reste contestée, probablement parce que les actions sont essentiellement ciblées sur des groupes d'individus ou des zones géographiques limitées alors que la transmission, essentiellement hétérosexuelle en Afrique, affecte l'ensemble de la population adulte (essentiellement les 15-49 ans). La prévention peut tout de même être effectuée à faible coût et représente donc un avantage essentiel dans la décision de lancer un programme de lutte. C'est le choix fait par l'Union nationale des mineurs en Afrique du Sud, car le nombre de décès par VIH/sida serait compris, selon les estimations, entre 12 000 et 40 000 mineurs par an d'ici 2010, et pourrait être affecté par le succès des stratégies de prévention.

Quelles réponses sont adaptées pour limiter les contraintes sur le fonctionnement des entreprises ?

Outre les pratiques discriminatoires et la prévention sur le lieu de travail, d'autres mesures sont apparues, notamment celles qui consistent à réduire les coûts supportés par l'entreprise par exemple en matière de déplacements des employés lors des obsèques, ou d'assurance maladie

(par l'exclusion des malades du sida du contrat de groupe ou par l'augmentation de la prime d'assurance maladie payée par les employés). Au terme d'une étude sur quelques entreprises en Zambie, Smith conclut que plus les avantages sociaux d'une entreprise sont importants, plus les coûts sont élevés (Smith, 1995), mais il ne prend pas en compte l'impact de la maladie sur l'organisation du travail et sur les capacités de reconstitution des compétences des entreprises à travers la perturbation des routines, la perte de la mémoire de l'entreprise, etc., du fait du départ des employés expérimentés et de la perte de cohésion du travail induite par la détérioration de la socialisation du personnel (cf. *supra*). Or, il se trouve précisément que les avantages sociaux permettent de maintenir la cohésion sociale, par ailleurs si ces avantages incluent l'assurance médicale des employés, il est permis de penser que les pathologies associées au VIH seront mieux traitées qu'en l'absence d'assurance médicale, même si l'issue de la maladie ne fait aucun doute. Ainsi, la durée de l'activité peut être prolongée chez les sujets malades⁴, ce qui permettrait probablement de ralentir le turnover du personnel et donc de réduire la perte des compétences pour les entreprises. Il est intéressant de constater que le maintien ou le renforcement des avantages sociaux, qui par ailleurs augmente le coût de la main-d'œuvre (alors que l'employeur cherche aussi à diminuer ce coût), représente probablement un enjeu de taille dans le choix des stratégies d'entreprise face à l'infection à VIH. Cela conduit à considérer d'autres stratégies que celles qui sont concrètement observées.

La première d'entre elles concerne l'amélioration ou la mise en place de services médicaux d'entreprise, c'est-à-dire l'aménagement d'un local faisant office d'infirmerie, la présence dans l'entreprise d'un médecin du travail, et l'accès des employés à un contrat d'assurance maladie de groupe. Il serait trop long de discuter ici des modalités particulières d'une telle politique en fonction de la taille des entreprises, des pays d'implantation, etc. Mais nous voulons souligner que l'argument économique selon lequel la mise en place de services médicaux d'entreprise est exagérément coûteux n'est pas toujours vrai. Nous avons pu observer en Côte d'Ivoire des services médicaux d'entreprise et des mutuelles internes dont le fonctionnement est, à prestations égales, deux à trois fois moins coûteux que les contrats d'assurances médicales proposés par les

assureurs professionnels (Aventin, 1998). Si effectivement, il paraît difficile de réduire le nombre de décès, il reste possible grâce à cette stratégie de retarder le décès, par exemple grâce à la prophylaxie par l'isoniazide (antibiotique) qui montre une réduction importante du risque de maladie tuberculeuse chez les sujets séropositifs, voire une influence sur la progression de l'infection à VIH (Pape *et al.*, 1993). De même, le suivi et le traitement des maladies sexuellement transmissibles, cofacteurs de l'infection par le VIH, permettent de réduire les risques de recontamination des salariés infectés et les risques de contamination des non-infectés (Grosskurth *et al.*, 1995). Ces deux éléments, cités en exemple, pourraient être pris en compte par les services médicaux d'entreprise de manière à réduire les risques de morbidité et de mortalité (relatifs au VIH/sida) du personnel d'entreprise et donc de ralentir l'absentéisme et le turnover des agents.

Cette stratégie mérite d'être complétée par une stratégie d'amélioration de la flexibilité de production. En effet, face au risque de disparition du personnel qualifié, il est souhaitable de se prémunir contre les conséquences de l'infection sur cette catégorie de personnel. Pour cela, on peut imaginer deux principales actions : la première consiste à favoriser la polyvalence du personnel qualifié, c'est-à-dire la capacité de quelques individus choisis à effectuer le travail d'autres individus lorsque ceux-ci ne peuvent plus travailler – ce qui, par exemple, permettrait d'éviter de faire appel à des expatriés coûteux lorsque le marché du travail local ne répond plus à la demande. Cette solution essentiellement utilisée pour limiter les effets néfastes de l'absentéisme par le manque de compétence pourrait être développée pour pallier l'absentéisme du personnel malade, permettre d'effectuer une transition lorsqu'un employé décède et qu'il est nécessaire d'en embaucher un autre, et éviter la perte des savoirs de l'entreprise grâce aux polyvalents qui ont le double rôle d'intervenir dans l'urgence et de former les apprentis.

La seconde action doit permettre de favoriser le dialogue entre les différentes équipes de travail et de décloisonner les différents services. Cela consiste essentiellement à faciliter la rotation du personnel sur différents postes, sans pour autant en faire des polyvalents, mais simplement de manière à ce que les uns prennent connaissance des besoins des autres, réduisant ainsi les

opérations inutiles ou inexactes. L'intégration des nouveaux employés se fait alors plus aisément et les agents sont plus nombreux à pouvoir transmettre les compétences requises aux postes occupés par des travailleurs non expérimentés.

Enfin la dernière stratégie, qui peut également compléter les deux autres, repose sur la formalisation des compétences, c'est-à-dire la réduction et la limitation des connaissances tacites dans l'entreprise par la codification lorsqu'elle est possible. Cette stratégie offre trois avantages essentiels : *a)* elle renforce les dispositifs de mémoire collective et permet de capitaliser les savoirs ; *b)* le rôle de chaque agent est réaffirmé et stabilisé, les comportements des uns et des autres sont précisément définis ; *c)* l'organisation du travail est moins sensible au turnover du personnel puisque les connaissances sont moins dépendantes de leur détenteur. Cependant, cette approche rationaliste de l'entreprise peut être un frein à la flexibilité du travail et à l'adaptation au changement.

Chacune des trois stratégies apporte une solution partielle au problème que pose le VIH/sida sur le fonctionnement de l'entreprise ; par ailleurs, certaines de ces mesures peuvent entraîner un surcoût dont il n'est pas prouvé qu'il soit inférieur au coût que l'on souhaite éviter. Cependant, il est probablement possible d'élaborer, à partir de ces stratégies de base, une stratégie adaptée à chaque entreprise en fonction de ses priorités et des risques qu'elle encourt.

Conclusion

On peut conclure en affirmant que selon les sources, sont à la fois significativement affectés : les employés qualifiés et ceux qui ne le sont pas, les travailleurs manuels et le personnel administratif ou les cadres. À partir de ce constat, il est clair que l'ensemble du personnel d'une entreprise est concerné et que la prévention sur le lieu de travail est une nécessité. Comme le sont les écoles, les villages ou les places publiques, l'entreprise est un lieu de rassemblement propice à l'information sur le VIH/sida. La difficulté majeure consiste à définir une stratégie adéquate de lutte contre le VIH/sida. D'un côté, on observe des coûts visibles et quantifiables, qui peuvent être réduits en limitant les avantages sociaux pour les employés dans les entreprises, d'autre part on est confronté à des contraintes invisibles et non quantifiables affectant les routines, la so-

cialisation du personnel, la transmission des savoir-faire et la cohésion du travail. Réduire les avantages sociaux et notamment l'accès à l'assurance médicale de groupe pour les employés revient à renforcer l'impact du VIH/sida sur les capacités de reconstitution de l'entreprise, c'est-à-dire sa capacité à se pérenniser. Actuellement, les réactions des entreprises sont essentiellement orientées autour de ce qui est observé et mesurable, c'est-à-dire que la tendance est à la réduction des coûts supportés par l'entreprise en matière de soins, de participation aux obsèques et à l'application des mesures discriminatoires à l'égard du personnel ou des postulants infectés par le VIH. Il semble que la prise de conscience de la menace du VIH/sida sur le fonctionnement des entreprises par les employeurs est à la fois

variée et partielle. En effet, parmi 203 entreprises enquêtées dans 14 pays différents, 4 seulement ont mentionné le turnover comme étant un problème (UNAIDS, 1998). Négliger les conséquences de l'infection à VIH sur les aspects qualitatifs du fonctionnement de l'entreprise, c'est-à-dire son patrimoine de compétences, sa maîtrise des savoir-faire spécifiques, revient à négliger un aspect fondamental de ce que pourraient être les conséquences à long terme de l'épidémie de VIH dans les entreprises. Le débat reste ouvert sur la question de savoir si la stratégie du maintien des coûts de production par la limitation des avantages sociaux est préférable à la stratégie de protection des capacités de renouvellement de l'entreprise par l'amélioration de la prise en charge médicale des malades.

Notes

1. Le nombre des donneurs et des lots de sang testés par l'organisme public chargé d'effectuer les prélèvements et les tests VIH n'est pas mentionné dans le document.

2. Ces prélèvements ont été réalisés dans des conditions ne respectant pas l'éthique médicale puisque notamment ils ont été effectués sous un faux prétexte. Ces résultats n'ont pas donné lieu à publication malgré la tentative des auteurs des prélèvements, nous conservons donc l'anonymat des protagonistes et considérons ces faits comme une information par le simple témoignage des médecins des entreprises concernées, des responsables de laboratoires

impliqués et de quelques employés des deux entreprises qui confirment avoir donné leur sang dans l'entreprise.

3. Il s'agit de villages (ouvrages en bois ou en ciment) dont la construction par l'employeur est liée aux besoins de l'entreprise. Destinés aux ouvriers, ils sont bâtis à proximité des entreprises ou des plantations trop souvent éloignées des grandes villes, voire des villages. Ces constructions sont généralement fournies en eau potable et parfois en électricité grâce à l'utilisation de groupes électrogènes.

4. Dans l'étude menée en Côte d'Ivoire (Avenir, 1998), certains

employeurs nous ont confirmé qu'ils avaient prolongé la vie et la durée du temps de travail de certains employés infectés par le VIH qu'ils affectionnaient particulièrement car ils avaient de l'ancienneté ou parce qu'ils occupaient un poste à responsabilité dans l'entreprise. Après vérifications auprès de trois cas cités, nous avons constaté que la durée de vie de ces employés était supérieure à la durée de vie des autres cas déclarés dans l'entreprise (quatre ans contre deux ans en moyenne). Nous ne pouvons cependant pas confirmer qu'il s'agit d'un effet direct des traitements dont ils auraient bénéficié.

Références

- AINSWORTH, M. ; OVER, A.M. 1994. « The economic impact of AIDS on Africa ». *Dans* : Essex, M. ; Mboup, S. ; Kanki, P.J. *et al.*, *AIDS in Africa*. Raven Press, New York, 1994.
- ANONYMOUS. 1993. « Shell takes a pragmatic line between ethics and business ». *Aids Analysis Africa*. 3, 2, p. 1-2.
- AVENTIN, L. 1998. *Conséquences de l'infection à VIH sur le fonctionnement des entreprises à Abidjan : réponses organisationnelles et orientations stratégiques*. Thèse de santé publique, UFR de médecine, Aix-Marseille II. 347 p.
- ; HUARD, P. 1997. « HIV/AIDS and manufacturing in Abidjan, 1995-1996 ». *Aids Analysis Africa* (Southern Africa Edition) 7, 6, p. 10-12.
- BAGGLEY, R. ; GODFREY-FAUSSETT, P. ; MSISKA, R. *et al.* 1994. « Impact of HIV infection on Zambian businesses ». *British Medical Journal*. 309 (6968), p. 1549-1550.
- BORGENDORFF, M.W. ; BARONGO, L.R. ; KLOKKE, A.H. *et al.* 1995. « HIV-1 incidence and HIV-1 associated mortality in a cohort of urban factory workers in Tanzania ». *Genitourinary Medicine*. 71, p. 212-215.
- BUVE, A. ; FOSTER, S.D. 1993. « HIV infection in a rural district in Zambia : prevalence and socioeconomic factors associated with seropositivity ». *IX International Conference on AIDS*. Germany, Berlin 6-11 june, PO-D28-4231, p. 923.
- COHEN, D. 1993. *L'impact économique de l'épidémie d'infections par le VIH*. PNUD, Eclairage n° 2, Programme VIH et développement, New York, 31 p.
- CORIAT, B. ; WEINSTEIN, O. 1995. « Apprentissages, routines et compétence. La firme évolutionniste ». *Dans* : *Les nouvelles théories de l'entreprise*, Le livre de poche n° 519, Paris.
- FARNHAM, P.G. 1994. « Defining and measuring the costs of the HIV epidemic to business firms ». *Public Health Report*. 109, 3, p. 311-318.
- FORSYTHE, S. ; ROBERTS, M. 1994. « The impact of HIV/AIDS on the commercial sector: a kenyan case study ». *Aids Analysis Africa* (Southern Africa Edition). 5, 3, p. 6-8.
- GROSSKURTH, H. ; MOSHA, F. ; TODD, J. *et al.* 1995. « Impact of improved treatment of sexually transmitted disease on HIV infection in rural Tanzania : randomised controlled trial ». *The Lancet*. 346, p. 530-536.
- HAMELMANN, C. ; MBONDE, J. ; NYAMURYEKUNG'E, K. *et al.* 1996. « HIV/AIDS prevention at workplaces : companies invest into their future ». *XI International Conference on AIDS*. Canada, Vancouver, Th.D.371, p. 246.
- JONES, C. 1996. *Brown & Clapperton, Impact of HIV/AIDS on Private Sector in Malawi*. Prepared by work place task force in conjunction with STAFH project (USAID).
- LE COHU, P. 1989. « Sida et valeurs d'entreprise ». *Revue interuniversitaire & sciences & pratiques sociales*. 3/4, p. 143-149.
- MNYIKA, K.S. ; KLEPP, K.J. ; KVALE, G. *et al.* 1994. « Prevalence of HIV-1 infection in urban, semi-urban and rural areas in Arusha region, Tanzania ». *AIDS* 8, p. 1477-1481.
- MUSUAMBA, N. 1997. « Ethique, droit et VIH/sida dans le milieu du travail au Zaïre ». *Sociétés d'Afrique et sida* 15, p. 8-9.
- NDILU, M. ; SEQUEIRA, D. ; HASSIG, S. *et al.* 1988. « Medical, social, and economic impact of HIV infection in a large african factory ». *IVth International Conference on AIDS*. Sweden, Stockholm 12-16 june, 9583, p. 429.
- NELSON, R.R. ; WINTER, S.G. 1982. *An evolutionary theory of economic change*. The Belknap Press of Harvard University, England.
- OLLIVIER, A. ; DE MARICOURT, R. 1990. « Marketing et sociétés africaines ». *Dans* : *Pratiques du marketing en Afrique*, Ed. Aupelf-Uref, Paris.
- OVER, M. ; PIOT, P. 1993. « HIV infection and sexually transmitted diseases ». *Dans* : Jamison, D.T. *et al.* (dir. publ.) *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Oxford university Press, New York.
- PANOS. 1993. « Endiguer l'épidémie ». *Dans* : *Le vrai coût du sida, un nouveau défi au développement*, Institut Panos, Paris, L'Harmattan.
- PAPE, J.W. ; JEAN, S.S. ; HO, J.L. *et al.* 1993. « Effect of isoniazid prophylaxis on incidence of active tuberculosis and progression of HIV infection ». *The Lancet*. 342, p. 268-272.
- RAU, B. ; FORSYTHE, S. 1996. « The economic impact of aids : measuring the human and capital costs ». *Aids Analysis Africa*. 6, 5, p. 6-8.

- RYDER, R.W. ; NDILU, M. ; HASSIG, S.E. *et al.* 1990. « Heterosexual transmission of HIV-1 among employees and their spouses at two large businesses in Zaire ». *AIDS*, 4, 8, p. 725-732.
- SERWALDA, D. ; WAWER, M.J. ; MUSGRAVE, S.D. *et al.* 1992. « HIV risks factors in three geographic strata of rural Rakai district, Uganda » *AIDS*, 6, 9, p. 983-989.
- SMITH, J. 1995. *The Socioeconomic Impact of HIV/AIDS on Zambian Businesses*. Report for the Bead Group and CDC, unpublished memo
- STEIN, J. ; STEINBERG, M. 1995. *Response of the Mining Sector to the HIV/AIDS Epidemic in Southern Africa*. Report to the Human Resources Development Division, Economic Development Institute, World Bank and Policy and Planning Co-ordination Unit, GPA, WHO-BS 699.
- STOVER, J. ; WAY, P. 1998. « Projecting the impact of AIDS on mortality ». *AIDS*, 12 (suppl. 1), p. S29-S39.
- TREBILCOCK, A.M. 1989. « Le sida et le lieu de travail ». *Revue internationale du travail*, 128, 1, p. 33-51.
- UNAIDS. 1998. *The Business Response to HIV/AIDS : Innovation & Partnership*. Produced by the UNAIDS The Prince of Wales Business Leaders Forum, Geneva and London.
- UNAIDS/WHO. 1998. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. UNAIDS/WHO Ed., juin, Geneva.
- UNESCO. 1990. *Sida et milieu de travail*. Paris, France, 25-26 avril, p. 39-46.
- USAID/AIDSAP/FHI. 1996. *AIDS in Kenya, Socioeconomic Impact and Policy Implications*. S. Forsythe & B. Rau editors, USA.
- WEBB, D. 1996. « The socio-economic impact of HIV/AIDS in Zambia ». *Safais New*, 4, 4, p. 2-10.
- WHITESIDE, A. 1994. « AIDS in the workplace ». *AIDS Analysis Africa (Southern Africa Edition)*, 4, 5, p. 10.
- WHO. 1997. « Global AIDS surveillance ». *Weekly Epidemiological Record*, 72, 49, p. 366.
- WILLIAMS, G. ; RAY, S. 1993. « Au travail contre le sida, initiatives anti-sida sur le lieu de travail au Zimbabwe ». *Stratégies pour l'espoir* n° 8, ActionAid/AMREF, England.
- YAO N'DRÉ. 1992. Les discriminations liées au sida en matière d'emploi en Côte d'Ivoire. *Séminaire sous-régional tripartite sur la promotion de l'égalité de chances et de traitement en matière d'emploi pour les pays francophones d'Afrique*. BIT, Abidjan, 26-30 octobre 1992.

La *Revue internationale des sciences sociales*
paraît en mars, juin, septembre et décembre.

Conditions d'abonnement en 1999
Pays industrialisés : 400 F
Pays en développement : 260 F
Prix de vente au numéro : 130 F

Pour toute demande d'abonnement,
d'achat au numéro, ainsi que pour
les paiements et les réclamations
s'adresser aux **Éditions Érès**
11 rue des Alouettes
31520 Ramonville Saint-Agne (France)
et aux agents de vente de l'UNESCO
(demander la liste aux Éditions Érès).
Les numéros déjà parus ainsi que
les microfilms, les microfiches
et les réimpressions sont disponibles.
Veuillez consulter la liste
« Les numéros parus » dans ce volume

Toute correspondance relative
au contenu doit être
adressée au **Redacteur en chef**
de la *Revue internationale*
des sciences sociales
UNESCO, 1 rue Miollis,
75732 Paris Cedex 15, France.

Les auteurs sont responsables du choix
et de la présentation des faits figurant
dans cette revue ainsi que des opinions
qui sont exprimées, lesquelles ne sont
pas nécessairement celles de l'UNESCO
et n'engagent pas l'Organisation.

Édition anglaise :
International Social Science Journal
(ISSN 0020-8701)
Basil Blackwell Ltd.
108 Cowley Road, Oxford OX4 1JF (R.U.).

Édition chinoise :
Guoji shehui kexue zazhi,
Gulouxidajie Jia 158, Beijing 100720 (Chine).

Édition arabe :
Al-Madjalla al-Dawliyya
lib-'Ulum ul-Idjtima' iyya
UNESCO Publications Centre,
1, Talaat Harb Street, Le Caire (Égypte).

Édition russe :
Mejdounarodnyi journal
sotsialnikh nauk
Institut d'Histoire Universelle
Académie des Sciences de Russie
Leninsky Prospekt 32A,
Moscou 117 334 (Russie)

Édition espagnole :
<http://www.unesco.org/issj>

Achevé d'imprimer en septembre 1999
PARAGRAPHIC 31240 L'UNION
Dépôt légal : 3^e trimestre 1999
© UNESCO 1999

Cette livraison de la *RISS* est consacrée aux problèmes nouveaux et extraordinairement épineux que les politiques de santé publique ont à résoudre. Ces problèmes découlent du fossé qui se creuse entre ce qui est médicalement possible et ce qui est économiquement faisable. Il n'est plus possible, si tant est que cela ait jamais paru l'être, de mettre toutes les ressources de la médecine à la disposition de chaque personne qui tombe malade : c'est infiniment trop coûteux. Chaque jour apporte son lot de choix difficiles à faire pour décider combien de ressources disponibles employer dans chaque cas. Seulement, les critères et les priorités retenus à cet effet ne sont pas un sujet volontiers abordé de front, et l'on ne s'attache pas assez à évaluer les pratiques actuelles pour déterminer dans quelle mesure elles y obéissent. Les articles réunis dans ce numéro discutent quelques-unes des questions complexes qui entrent en jeu sur divers plans : de l'éthique à la gestion, en passant par le social, le culturel et l'économique.

Conseiller de la rédaction : Joseph Brunet-Jailly

Joseph Brunet-Jailly	Introduction
Catherine Michaud	La charge mondiale des maladies et blessures en 1990
Alan Williams	L'économie, l'éthique et le public dans la politique des services de santé
Joseph Brunet-Jailly	La Banque mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé ?
John C. Caldwell	Peut-on modifier les comportements pour préserver la santé ?
Harris Memel-Foté	La modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire
Harrié Van Balen, Monique Van Dormael	Professionnels et usagers des services de santé
Anne Scott, Monica Rosko	À la recherche de l'action communautaire contre le VIH et le sida en Asie
	<i>Encadré</i> : Le projet de l'UNESCO sur le VIH/sida et la jeunesse
Agathe Latré-Gato Lawson	Femmes et sida en Afrique : dimensions socioculturelles de l'infection à VIH/sida
Laurent Aventin, Pierre Huard	Les enjeux de la lutte contre le VIH/sida dans les entreprises en Afrique
<i>Également dans ce numéro</i>	
Matthias König	Diversité culturelle et politique linguistique
Saskia Sassen	Le rôle des États et des acteurs privés dans le fonctionnement de l'économie mondiale



9 782865 866861

ISSN 0304-3037/ISBN 2-96586-686-6



Revue internationale des sciences sociales

130 F

n° 161 / Septembre 1999