

Trimestriel N° 195 juillet-septembre 2000

Afrique contemporaine

Numéro spécial

La santé en Afrique

Anciens et nouveaux défis

sous la direction de
Marc-Eric Gruénais
et **Roland Pourtier**

Documentation Française



Afrique contemporaine

Equipe de rédaction

François Gaulme
*(directeur scientifique
et rédacteur en chef)*

Jean-Yves Coutat
Anne-Marie Barbey-Beresi

Avec la collaboration de
Sonia Bledniak

Conception graphique

Intégral Concept - Pippo Lionni

Avertissement au lecteur

Les opinions exprimées
dans les articles n'engagent
que leurs auteurs. Ces articles
ne peuvent être reproduits
sans autorisation. Celle-ci
doit être demandée à
La Documentation française
29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07

© La documentation Française

*En application de la loi du 11 mars 1957
(art. 41) et du code de la propriété intellectuelle
du 1^{er} juillet 1992, toute reproduction partielle
ou totale à usage collectif de la présente
publication est strictement interdite
sans autorisation expresse de l'éditeur.
Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif
et collectif de la photocopie met en danger
l'équilibre économique des circuits du livre.*

Comité scientifique

Marc Aicardi de Saint-Paul (*politologue*)
Jacques Alibert (*Association pour l'étude
des problèmes d'outre-mer*)
Jacques Binet (*Université de Paris IV*)
Jean du Bois de Gaudusson (*Université Montesquieu-Bordeaux IV*)
Gérard Conac (*Université de Paris I*)
Philippe Decraene (*politologue*)
Michel Gaud (*socio-économiste*)
Alain Henry (*Agence française de développement*)
Philippe Hugon (*Université de Paris X*)
Max Jalade (*journaliste*)
Edmond Jouve (*Université de Paris I*)
Bernard Pécriaux (*ancien administrateur civil
au ministère de la Coopération*)
Laurence Porgès (*IRD*)
Roland Pourtier (*Université de Paris I*)
Gérard Prunier (*CNRS*)
Alfred Schwartz (*IRD*)

Un fonds documentaire sur l'Afrique

- à la bibliothèque (accès libre)
- au Centre d'information et de documentation internationale contemporaine, CIDIC (sur rendez-vous - Tél. 01 40 15 72 18) 29-31, quai Voltaire 75007 Paris

La santé en Afrique

Anciens et nouveaux défis

Introduction

La « santé pour tous » en Afrique : un leurre ?

Marc-Eric Gruénals et Roland Pourtier

p. 3

Première partie

Milieus et santé

L'Afrique n'est pas un cas particulier.

Retour des grands fléaux, émergence de maladies nouvelles

André Prost

p. 15

Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne :
un système multirisque

Jeanne-Marie Amat-Roze

p. 24

Les paludismes en Afrique subsaharienne

Dominique Baudon

p. 36

La lutte contre la maladie du sommeil : grandeurs
et servitudes

Jean Jannin et Pierre Cattand

p. 46

L'onchocercose en l'an 2000 : une endémie
en régression ?

Jacques Prod'hon, Michel Boussinesq et Jean-Marc Hougard

p. 53

Villes africaines et santé : de la jeunesse des vieilles
endémies, à l'émergence de nouvelles épidémies

Gérard Salem, Emmanuelle Cadot et Florence Fourmet

p. 60

Deuxième partie

Situations nouvelles ?

L'épidémie du VIH/sida en Afrique : état des lieux

Nathalie Lydié

p. 73

Qu'est-ce que traiter le sida en Afrique ?

Laurent Vidal et Philippe Msellati

p. 91

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Sommaire

1

Une crise épidémiologique dans les sociétés
de post-apartheid : le sida en Afrique du Sud et en Namibie p. 105
Didier Fassin

La santé de la reproduction : nouvelle approche globale
en Afrique subsaharienne p. 116
Annabel Desgrées du Loû et Patrice Vimard

« L'accouchement c'est la guerre ».
Accoucher en milieu rural nigérien p. 136
**Jean-Pierre Ollivier de Sardan, Adamou Moumouni
et Aboubacar Souley**

Nutrition et alimentation en Afrique au sud du Sahara.
Les défis du XXI^e siècle p. 155
Bernard Malre et Francis Delpeuch

Troisième partie **Organiser la santé**

Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne p. 175
Wim Van Lerberghe et Vincent de Brouwere

La politique publique en matière de santé dans les faits
en Afrique de l'Ouest francophone p. 191
Joseph Brunet-Jally

Les structures confessionnelles privées dans la réorganisation
d'un système de santé : le cas du Cameroun p. 204
Alain Le Vigouroux et Raphaël Okalla

Le secteur pharmaceutique dans les Etats africains
francophones p. 210
Jeanne Maritoux, Carinne Bruneton et Philippe Bouscharain

Les mutuelles de santé en Afrique : conditions
d'un développement p. 230
Alain Letourmy

Les organisations non gouvernementales et les pouvoirs
publics face à la santé : l'exemple du Kenya p. 241
Carolyn W. Njue

Profession : médecin p. 250
Marie Badaka

La conjugaison des difficultés : école et santé à Bamako (Mali) p. 259
Yannick Jaffré et Fatoumata Dicko

La santé en situation de conflit : le cas du Congo-Brazzaville p. 267
Madeleine Ylla-Boumpoto

Les « médecines africaines » et le syndrome du prophète.
L'exemple du Congo p. 273
Joseph Tonda et Marc-Eric Gruénals

Introduction

La « santé pour tous » en Afrique : un leurre ?

Marc-Eric Gruénais*
et **Roland Pourtier****

En 1977, la trentième assemblée mondiale de la santé prit la résolution de faire « accéder d'ici à l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive » (1) ; ainsi naquit le slogan, largement repris sur le continent africain : « La santé pour tous d'ici à l'an 2000 ». On aurait sans doute tort de se gausser aujourd'hui de ce slogan au prétexte, en particulier, que la situation sanitaire au sud du Sahara s'est parfois dégradée depuis la fin des années soixante-dix. En tant que telle, la formule a connu le succès escompté : nombre de gouvernements d'avant la période de la « démocratisation » (2) en Afrique subsaharienne l'avaient reprise, affichant ainsi leur volonté politique d'améliorer la santé des populations. Ce n'était qu'un slogan, il ne fallait pas lui en demander davantage ! Or, la question que l'on peut se poser, au regard de l'évolution des connaissances des sciences médicales et des sciences sociales, est de savoir si une formule analogue, reprenant le thème de la « santé pour tous », aurait encore un sens aujourd'hui.

D'une manière générale, les frontières entre la santé et la « non-santé », entre la maladie et la « bonne santé » sont de plus en plus difficiles à déterminer, en Afrique comme ailleurs. Les pathologies chroniques (diabète, malnutrition, hypertension, etc.), que les systèmes de santé sont peu préparés à affronter, sont de plus en plus fréquents, et la chronicité vient brouiller toute possibilité d'établir une distinction

* Anthropologue, IRD/SHADYC, Marseille.

** Géographe, université Paris I.

(1) *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici à l'an 2000*, OMS, Genève, 1981.

(2) « Démocratisation » et démocratie ne sont en aucune manière synonymes. La vague de « démocratisation » qui a touché l'Afrique subsaharienne à partir de la fin des années quatre-vingt a parfois permis le maintien en place de régimes dictatoriaux, alors légitimés par des élections souvent largement truquées, a conduit à des coups d'Etat lorsque le candidat élu « ne convenait pas », et parfois à des guerres civiles entretenues par les milices des différents prétendants au pouvoir suprême. Faute de mise en place d'institutions véritablement démocratiques dans ces pays, « démocratisation » et « démocratie » sont parfois devenues antinomiques.

cliniquement stable entre le normal et le pathologique. L'évolution des connaissances sur l'infection par le VIH, qui a donné d'abord lieu à une distinction très sophistiquée entre l'état de séropositif (un non-malade, mais porteur sain d'un virus à évolution létale) et l'état de malade du sida, a conduit à considérer dorénavant comme susceptible de faire l'objet d'un traitement médical des personnes qui ne présentaient aucun symptôme : en France en particulier, toute personne identifiée comme étant contaminée par le virus du sida, malade ou non, est désormais candidate au traitement lourd et contraignant que sont les multithérapies. On en arrive aussi à prendre des mesures sanitaires retentissantes dans les pays dits du Nord pour prévenir – principe de précaution oblige – toute possibilité de transmission d'une pathologie, alors même qu'il est très difficile d'établir une certitude épidémiologique (ainsi du cas de la relation entre l'encéphalite spongiforme bovine et la maladie de Creutzfeld-Jacob). Tout cela pose la question de la définition même de la maladie. A partir de quel moment va-t-on considérer quelqu'un comme malade, et donc susceptible de faire l'objet d'un traitement ? Un agent potentiellement infectieux doit-il être considéré comme un agent effectivement infectieux, ici et maintenant ?

Face à ces hésitations, inhérentes à la réflexion scientifique et dont la portée est universelle, l'Afrique se singularise-t-elle ? Nul doute qu'elle reste le continent par excellence des endémies tropicales ; virus, bactéries et parasites véhiculés par des insectes ou d'autres vecteurs y prospèrent d'autant plus facilement que le milieu n'est encore que faiblement maîtrisé et que les conditions de vie sont généralement mauvaises. Les statistiques, dans leur expression brutale, renvoient une image peu flatteuse de la santé en Afrique. Selon les données, globalement concordantes (3), établies par les organismes spécialisés de l'ONU, de l'OMS, de l'UNICEF, l'Afrique subsaharienne comparée à toutes les autres régions du monde occupe le bas du classement. Dans son rapport 1999 sur le développement humain, le PNUD classe 35 pays dans la catégorie « à faible développement humain » ; parmi eux, 29 sont africains, dont les 22 derniers de la liste. L'Afrique subsaharienne détient le record de mortalité infantile et infanto-juvénile (mortalité des enfants de moins de 5 ans) avec, pour l'année 1997, des taux respectifs de 105 et 169 pour mille, contre 6 et 7 pour mille pour les pays industrialisés. L'espérance de vie n'y atteint pas 50 ans (4). Toujours selon ce rapport, elle ne compterait que 16 médecins pour 100 000 habitants (253 dans les pays industrialisés). Les dépenses publiques de santé pour la période 1990-1997 n'auraient été, en pourcentage du PIB, que de 1,7 % contre 6 % pour les économies à revenus élevés (5). Quand on sait que le revenu par habitant en Afrique subsaharienne représente moins du cinquième de celui des pays riches (480 dollars contre 25 510 en 1998), on imagine le fossé existant, en matière de financement des dépenses de santé, entre l'Afrique et les pays du Nord.

La santé, toutefois, notamment parce qu'elle est indissociable de la notion subjective de bien-être, ne saurait se réduire ni à ses aspects économiques et financiers, ni à un palmarès statistique. Que penser d'ailleurs de l'allongement de la vie quand il résulte d'une hospitalisation de longue durée ? La santé n'est pas indifférente à l'environnement social pris dans sa globalité et ses évolutions. Les sociétés africaines sont actuellement engagées dans des mutations profondes. Considérée à l'aune d'un panorama mondial du développement humain, l'Afrique subsaharienne ne fait pourtant qu'amorcer la « transition épidémiologique ». Dans un contexte démographique caractérisé par l'extrême jeunesse de la population (45 % de moins

(3) Le degré de fiabilité des informations statistiques varie d'un pays à l'autre, en fonction notamment de l'état des administrations. Dans le domaine de la santé comme dans d'autres, les chiffres ne doivent être pris que comme des ordres de grandeur.

(4) En 1997, 48,9 contre 77,7 pour les pays industrialisés. Cf. PNUD, 1999.

(5) Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 1999-2000*.

de 15 ans, pour seulement 3 % de plus de 60 ans), les maladies dégénératives ne représentent pas encore un problème majeur de santé publique à la différence des pays riches. Le coût payé aux endémies et aux flambées épidémiques sous l'effet de systèmes pathogènes agressifs est en revanche très lourd, qu'il s'agisse de mortalité ou de morbidité. Or, pour ne prendre qu'un exemple, la perspective de l'éradication du paludisme se trouve sans cesse repoussée, exception faite des petites îles à la superficie suffisamment restreinte pour permettre une démoustication efficace.

Très lourde aussi est la mortalité des petits enfants, pour partie liée aux insuffisances de l'hygiène et à des pratiques parfois dangereuses des parents. C'est en Afrique subsaharienne que les taux d'alphabétisation des adultes sont, et de loin, les plus bas au monde : ils se situent entre 20 % et 50 % dans une quinzaine de pays. Quant à la scolarisation, elle ne touche que 56 % des classes d'âge concernées dans le primaire et 41 % dans le secondaire, pour une moyenne mondiale de 88 % et 65 % selon les dernières données du PNUD. La corrélation est apparemment très nette entre éducation, santé, et morbidité (6). Un des principaux risques auxquels les populations sont exposées, en tout premier lieu les enfants, réside dans le contact avec l'eau. Mais l'accès à l'eau potable, en raison de la relation globale aux eaux de surface, pour les usages domestiques, les soins corporels, le plaisir ou le jeu, et du sous-équipement des villes et des villages, s'il constitue un objectif réaliste, reste un objectif à long terme.

La santé d'une population, pour autant qu'on puisse la définir sur des bases indiscutables, constitue un des critères les plus significatifs de son niveau de développement, tout autant qu'un facteur de développement. L'Afrique subsaharienne occupe à cet égard une position fort peu enviable, mais il serait très réducteur de ne prendre en considération que la vision statique que livre un état des lieux statistique. En dépit des difficultés rencontrées, parfois de reculs localement constatés, les indicateurs de santé suivent en effet une courbe positive. Entre 1970 et 1997, l'espérance de vie a gagné cinq ans, la mortalité infantile et juvénile a reculé de près d'un quart. La couverture vaccinale a progressé, en dehors des théâtres de guerre. Ceux-ci sont malheureusement de plus en plus nombreux, de sorte que les images de souffrance et de mort véhiculées par les médias oblitèrent les améliorations d'ensemble du continent. Elles entretiennent l'afropessimisme et les représentations d'une Afrique qui ne peut trouver son salut que dans l'assistanat, comme à l'époque triomphante de l'Europe missionnaire ou des équipes mobiles du service des grandes endémies.

S'il est évident que les contraintes, les carences, les dysfonctionnements caractéristiques du sous-développement influent sur l'économie de la santé, on ne peut plus considérer de nos jours qu'il suffit de « développer », de traiter, de vacciner pour améliorer mécaniquement l'état de santé des populations. La complexité des situations épidémiques, sanitaires, sociologiques, politiques, aux frontières souvent brouillées, est particulièrement grande en Afrique subsaharienne. Ce que l'on pensait bon pour la santé, en particulier la vaccination, peut être à l'origine d'une catastrophe sanitaire : c'est ainsi qu'il est de plus en plus fermement établi que l'utilisation de traitements injectables pour lutter contre la bilharziose a contribué à faire de l'Égypte le pays le plus touché par l'hépatite C (7). Plus généralement, faut-il développer des traitements sophistiqués pour des pathologies parasitaires spécifiques au Sud, et particulièrement à l'Afrique tropicale, quand on sait qu'il suffirait parfois

(6) Cependant, de nombreuses études sur la malnutrition, par exemple, ont montré qu'il était difficile de toujours trouver une relation statistiquement significative entre niveau scolaire des parents et état nutritionnel des jeunes enfants

(7) Cf., par exemple, « L'Égypte, victime d'une campagne de santé publique », *La recherche*, n° 325, novembre 1999, p. 71.

d'appliquer des méthodes simples, peu coûteuses et bien connues, pour modifier singulièrement l'incidence de la pathologie en question ? (8) Pour une même pathologie, les critères à partir desquels un ressortissant du Sud se verra administrer un traitement seront-ils identiques à ceux appliqués à un ressortissant du Nord ? C'est une des questions que pose notamment l'utilisation des nouveaux traitements du sida en Afrique (antirétroviraux). Pour un ensemble de raisons particulièrement complexes tenant à la nature des systèmes de santé, à la « richesse des nations », aux contraintes très particulières liées à la prise de ces médicaments, et à leur coût, la généralisation de l'utilisation d'un tel traitement qui a montré son efficacité dans les pays industrialisés reste très difficile à imaginer dans le contexte africain. Dans ces conditions, est-il envisageable de déterminer, et cela pour des raisons parfaitement justifiées et équitables, un seuil biologique différencié selon les grandes subdivisions du monde à partir duquel on pourrait légitimement mettre les populations sous traitement ? (9) Faut-il envisager des soins et des prescriptions différents au Nord et au Sud ? Le débat risque alors d'échapper difficilement à une dérive idéologique sur les discriminations entre le Nord et le Sud. Toutes ces questions, et *a fortiori*, toutes les tentatives de réponses à ces questions, une fois dépassée la passion de débats pas toujours bien informés, s'avèrent d'une extrême complexité. L'injonction en faveur d'une meilleure santé contenue dans le slogan de l'OMS pouvait être considérée comme relevant du bon sens en 1977 : elle se révèle désormais très difficile à conceptualiser, tant les situations susceptibles de faire l'objet d'une décision sanitaire sont difficiles à préciser.

Si la notion de « santé » se dilue pour la médecine, la « santé *pour tous* » tend en effet à devenir une formulation non pertinente. Non seulement pour des raisons évidentes d'inégalités des populations devant la santé, mais aussi pour des raisons très techniques, pourrait-on dire. La « santé *pour tous* » était envisageable il y a encore quelques années lorsque le modèle d'une médecine triomphante dominait, lorsque l'on pouvait encore envisager qu'après avoir identifié les divers agents infectieux, on parviendrait à trouver et à administrer les traitements correspondants, et ainsi à mettre fin progressivement aux maux d'un nombre croissant d'êtres humains. L'éradication de la variole de la surface du globe fut incontestablement, au cours du xx^e siècle, l'exemple type de la validité de ce modèle causal simple. Cet espoir a cependant été singulièrement battu en brèche à la suite de la découverte de l'infection par le VIH en 1981. Depuis cette époque, des maladies « rares » ne cessent de faire la une des journaux, et les flambées épidémiques sporadiques, très difficiles à qualifier, tant du point de vue virologique qu'épidémiologique, sont régulièrement attestées. Il faut donc désormais bien se rendre à l'évidence : une maladie, une épidémie, chasse l'autre. Toujours d'un point de vue technique, et c'est là sans doute un apport majeur de l'épidémiologie et de ses avancées spectaculaires au cours de ces dernières années, évoquer une « santé *pour tous* » n'a pas de sens. Les femmes, les hommes, les jeunes, les adultes, les personnes âgées, les ouvriers, les cadres, les Africains, les Européens, etc., ne souffrent pas des mêmes maux, n'ont pas les mêmes réactions face à la maladie, face aux traitements, aux risques de contamination, n'ont pas le même éventail de recours, etc. Pour certaines pathologies, on

(8) Par exemple, faut-il poursuivre la mise au point d'un vaccin contre le paludisme eu égard à la complexité de l'opération, aux résultats décevants obtenus jusqu'à présent, et à la difficulté de la mise en place d'une campagne de vaccination, alors que l'administration à temps d'antipaludiques classiques (chloroquine) et l'utilisation de moustiquaires traitées à l'insecticide sont d'une efficacité avérée ?

(9) Les premiers débats sur l'utilisation des antirétroviraux pour traiter les malades du sida en Afrique tendaient à fixer le taux de lymphocytes T4 – mesure permettant d'établir le niveau de défense immunitaire de l'organisme – justifiant une prescription à un niveau particulièrement bas, tant le nombre de personnes infectées était important, et tant il convenait dans un premier temps de traiter les personnes les plus infectées et limiter la demande potentielle.

sait désormais que des initiatives de santé « pour tous » sont souvent inefficaces. Aujourd'hui, une action de santé doit s'adresser à une population « cible », (appelée il y a encore peu « groupe à risque »), et les campagnes d'éducation à la santé doivent s'adresser à des publics particuliers.

Le modèle pasteurien (un agent infectieux identifié – un traitement et/ou un vaccin) dont les limites sont aujourd'hui avérées était pourtant destiné à avoir une validité particulière en Afrique si l'on en juge par l'importance des investissements qui furent consacrés à l'implantation des instituts Pasteur à Yaoundé, à Bangui, à Brazzaville ou à Tananarive. Mais le paradigme curatif dominant, en promouvant la lutte contre une pathologie chaque fois particulière, demandait des moyens toujours plus sophistiqués avec un rendement parfois décroissant. En complément, l'OMS a proposé une vision globale de la santé qui devait trouver son application dans la mise en place de la stratégie des soins de santé primaires, adoptée en 1978 à la conférence d'Alma-Ata. Or, dans sa formulation initiale qui faisait volontiers l'hypothèse de l'existence d'une communauté solidaire (principalement villageoise) susceptible de valoriser la santé en tant que bien collectif supérieur, la stratégie des soins de santé primaires s'est révélée difficilement applicable ou généralisable. En fait, face à la complexité des situations africaines, aucune réflexion simple, aucun modèle unique ne conviennent : la « crise de la pensée » médicale affecte aussi bien l'Afrique que l'Europe.

Le spectre des pathologies affectant les pays africains ne cesse actuellement de s'élargir. Les « vieilles » pathologies, caractéristiques de l'Afrique subsaharienne, sont toujours présentes et bien présentes : diarrhées, infections respiratoires, paludisme constituent, aujourd'hui comme hier, les principales causes de recours aux structures de soins. La rougeole fait toujours autant de victimes parmi les enfants (10). Régulièrement, les épidémies de méningite dans la zone sahélienne déciment, au moment de la saison sèche, les populations les plus vulnérables. Les maladies parasitaires, les maladies à vecteur connaissent des « succès divers » : si la prévalence de l'onchocercose, ou « cécité des rivières », recule, en revanche la trypanosomiase humaine, « maladie du sommeil », s'étend de nouveau alors qu'on avait pu croire à son extinction. La lèpre, le choléra existent toujours à l'état endémique. La tuberculose, en particulier en raison de son lien avec l'infection par le VIH, connaît une recrudescence spectaculaire. Il faut compter aussi désormais avec les flambées épidémiques, notamment des fièvres hémorragiques (par exemple, la fièvre Ebola) ou les encéphalites virales dont les cycles de transmission sont encore mal connus ; particulièrement contagieuses, elles s'éteignent aussi vite qu'elles apparaissent en laissant de nombreux morts derrière elles. Et puis, des pathologies que l'on croyait « réservées » aux pays riches sont appelées à devenir de véritables problèmes de santé publique : l'obésité, l'hypertension, le diabète, et probablement dans peu de temps les cancers du foie (dus aux hépatites) et du poumon (liés à un tabagisme en plein développement en Afrique). S'agit-il vraiment toujours de « nouvelles maladies » ? L'attention portée presque exclusivement aux pathologies africaines – les « maladies tropicales » – n'est-elle pas la cause d'une sous-estimation des autres problèmes de santé ? Certaines de ces « pathologies de la modernité » sont plutôt identifiées dans un milieu urbain – lequel regroupe désormais plus de la moitié de la population de certains pays – alors même que la « santé urbaine » reste un secteur encore insuffisamment développé des programmes de santé (11). Mais, s'il existe bien une nouvelle maladie, c'est évidemment le sida ; les populations africaines payent, et de loin, le plus lourd tribut mondial à l'infection par le VIH qui, jusqu'à

(10) Le pourcentage d'enfants vaccinés dépasse à peine 50 %, pour une moyenne mondiale de 80 %

(11) Mais, cette même « modernité urbaine » peut aussi avoir des effets bénéfiques, si l'on en juge par exemple par la situation nutritionnelle globalement meilleure des citadins par rapport aux ruraux.

présent, continue de défier toutes les campagnes d'éducation, de prévention, et tous les dispositifs de prise en charge.

L'existence d'un département de l'OMS consacré aux « maladies émergentes et réémergentes » atteste de la préoccupation internationale actuelle à modifier la manière d'appréhender les situations endémo-épidémiques. Cette appellation témoigne aussi d'un recul des perspectives d'éradication définitive des pathologies, et indique que les contextes épidémiques doivent être envisagés comme des lieux où des maladies apparaissent ou réapparaissent. Faire face à ces pathologies requiert la mise en place de dispositifs complexes : faut-il envisager ces contextes pathologie par pathologie, mettre en place des programmes verticaux spécialisés et de haute technicité, qui permettent une surveillance et une lutte efficaces contre la maladie mais sont coûteux et limités dans le temps et dans l'espace ? Ou est-il préférable « d'intégrer » la lutte contre certaines pathologies dans les activités ordinaires de l'ensemble du système de santé, en sachant que celles-ci auront une performance moindre que les programmes verticaux mais toucheront le plus grand nombre ? Là encore, il n'y a aucune certitude, et les réponses dépendent, entre autres, de l'état du système de santé, de la richesse des pays, du niveau de prévalence de la maladie à combattre, du coût des programmes à mettre en place, etc. (12)

En fait, même si les interrogations restent nombreuses s'agissant des pathologies émergentes, il n'est pas abusif d'affirmer que les principales parmi celles qui affectent le continent sont bien connues, de même que leur traitement. Doit-on alors évoquer la pauvreté des pays comme principal facteur explicatif du mauvais état de santé des populations ? Mais de quelle pauvreté s'agit-il ? Les informations aussi dramatiques que régulières concernant la situation nutritionnelle des populations de la corne de l'Afrique (Érythrée, Éthiopie, Somalie) ou du Soudan ne doivent pas faire oublier qu'il s'agit là de pays engagés dans une course effrénée aux armements. Ils font le bonheur de mercenaires en mal de reconversion et de trafiquants d'armes à la recherche de nouveaux marchés, alors que les parties en conflit utilisent volontiers l'aide internationale comme « arme alimentaire ». Conséquence des guerres, l'Afrique se peuple d'un nombre croissant de réfugiés qui, une fois éteints les feux de l'actualité, sont condamnés à vivre pour longtemps dans des camps dans la plus grande indifférence. Réfugiés de l'intérieur, comme au Congo-Brazzaville où les populations ont fui les zones de combats ; réfugiés cantonnés dans des camps proches des frontières sous le contrôle du HCR et des autorités du pays d'accueil (Kenya, Tanzanie, ex-Zaïre) ; ou encore, réfugiés qui tentent de se fondre dans certaines zones des pays voisins : tous ne se trouvent pas dans des situations analogues, tous ne posent pas les mêmes problèmes (13). Or, à l'évidence, ces réfugiés constituent un défi pour les systèmes de santé nationaux. La solution du camp permet des actions très circonscrites dans l'espace, et donc une concentration de moyens, mais elle expose aux risques de propagation très rapide de n'importe quelle épidémie en raison de la promiscuité. Est-elle préférable à celle de la dissémination régionale de réfugiés dont l'encadrement peut se révéler bénéfique à la population autochtone, grâce au financement d'infrastructures sanitaires par des agences du Nord ? (14)

On ne saurait sans cesse invoquer le manque de moyens pour expliquer le mauvais état de santé des populations, même dans des contextes moins per-

(12) A propos de cette tension entre « verticalité » et « intégration », voir notamment : W. van Lerberghe et X. de Béthune (dir.), *Intégration et recherche*, Anvers, ITG Press, 1998, 212 p.

(13) Pour un aperçu de la diversité des situations de réfugiés nous renvoyons au numéro spécial de la revue *Autrepart*, consacré aux « Communautés déracinées dans les pays du Sud » (*Autrepart*, ORSTOM-Éditions de l'Aube, n° 5, 1998)

(14) W. Van Damme, « Do Refugees Belong in Camps ? Experiences from Goma and Guinea », *Lancet*, 346, 1995, pp. 360-362, et *Medical Assistance to Self-Settled Refugees. Guinea 1990-1996*, Anvers, ITG Press, 1998, 249 p

turbés. L'exemple le plus parlant à cet égard est celui du Gabon, un des pays les plus riches d'Afrique subsaharienne en terme de PIB par habitant, qui dépense le plus pour la santé, qui est un des mieux équipés si l'on en juge par le nombre de structures de soins ou de médecins par habitant, mais dont les indicateurs sanitaires sont parmi les plus mauvais du continent : la mortalité infanto-juvénile y est supérieure à celle de pays comme le Togo ou le Sénégal dont le niveau de richesse est incomparablement plus bas (15). Paradoxalement, ce pays riche a produit un des systèmes de santé les plus inéquitablement qui soit, ce qui fait écrire à certains experts que « plus les malades sont démunis, plus ils payent chers, et inversement » (16). Ce cas limite confirme le constat, que l'on ne cesse d'ailleurs de faire en Europe, qu'il n'y a pas un rapport mécanique entre l'état de santé d'une population et l'argent dépensé dans le domaine de la santé.

La recherche de moyens de financement n'en demeure pas moins une préoccupation constante des pays africains. D'une manière générale, après une réduction importante des budgets alloués à la santé à partir des années quatre-vingt-dix, par suite des contraintes des ajustements structurels imposés par le FMI, et, pour les pays de la zone franc, du renchérissement des importations médicales au lendemain de la dévaluation du franc CFA en 1994, il semble que la situation se soit améliorée ces toutes dernières années. Les budgets nationaux ont recommencé à augmenter, ainsi que la part de l'aide consacrée à ce secteur, notamment avec l'entrée en lice de la Banque mondiale devenue, avec l'Union européenne, un des principaux bailleurs de fonds dans le domaine de la santé. S'il n'y a évidemment jamais assez d'argent pour la santé, les ressources disponibles (publiques, privées, provenant de l'aide internationale ou bilatérale) augmentent. Cette augmentation s'effectue par ailleurs dans un contexte où le comportement démographique des populations change rapidement : la « transition démographique » est en cours, quand bien même la réduction de la fécondité ne progresse qu'avec lenteur ; la contraception est, d'autre part, de mieux en mieux acceptée, ce qui devrait accentuer la tendance à la baisse du nombre d'enfants par femme. C'est pourquoi on ne saurait encore et toujours invoquer comme facteur entravant le développement des pays africains, la fatalité d'une pression démographique qui expliquerait l'incapacité des populations à faire face à leurs besoins vitaux, en matière de santé notamment. Un exemple probant est fourni par la mortalité maternelle, un des meilleurs indicateurs de l'état de santé en Afrique, tant en ce qui concerne les populations que les systèmes de soins. En 1990, selon une estimation UNICEF elle dépassait les 1 000 pour 100 000 naissances vivantes en Afrique de l'Ouest, chiffre atteignant 1 600 en Guinée, alors que le taux n'était que de 13 dans les pays industrialisés. La probabilité pour qu'une femme meure en couche en France est presque nulle ; elle fait partie du risque ordinaire pour les femmes africaines. Or toutes les études montrent aujourd'hui que près de 90 % des morts maternelles pourraient être évitées et qu'elles sont donc dues, pour l'essentiel, à un manque de performance des systèmes de santé (17).

On comprend mieux désormais que l'essentiel des efforts porte sur des problèmes de politiques sanitaires : formation des personnels, intégration des programmes de santé, rationalisation de l'offre de soins, cartes sanitaires, etc., en un mot sur l'organisation des systèmes de santé. Leur recentrage sur le district sanitaire dans

(15) Classé au 74^e rang des pays les plus riches, le Gabon est situé, en 1996, au 120^e rang (sur 174 au total) lorsque l'on prend en compte l'indice de développement humain calculé à partir de l'espérance de vie, du taux de scolarisation et du PIB par habitant

(16) H. Baliq, P. Baraize, T. Barbé, *Propositions d'orientations pour l'intervention de la Coopération française au Gabon au cours des trois années à venir*, République française, secrétariat d'Etat à la Coopération – République du Gabon, ministère de la Santé et de la Population, février 1997

(17) A. Prual, « Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest Une maternité à haut risque », *Santé publique*, 2, juin 1999, pp 155-165

les réformes engagées par nombre de pays africains en témoigne. De même que la mise en place de politiques du médicament, visant à une meilleure accessibilité des médicaments génériques essentiels et à une tarification équitable des traitements. Cependant, toutes ces réformes, sous-tendues par des réflexions de santé publique, doivent composer avec des acteurs souvent dotés d'une légitimité historique ou économique, et dont les stratégies se fondent sur d'autres intérêts. Ainsi, dans le domaine des médicaments, si l'Afrique s'avère pour l'instant un « petit marché », elle n'en reste pas moins un enjeu pour les laboratoires et pour les officines pharmaceutiques, comme l'a montré le récent conflit commercial entre l'Afrique du Sud et les Etats-Unis concernant la possibilité de produire ou d'importer des molécules sans passer par les brevets des grandes compagnies (18). Inversement, il faut reconnaître que les laboratoires pharmaceutiques jouent parfois un rôle essentiel en faveur de l'éradication de certaines pathologies, comme dans le cas de la découverte de l'ivermectine pour lutter contre les effets de l'onchocercose. Rappelons aussi que les systèmes de santé africains actuels se sont bâtis à partir des institutions coloniales, notamment religieuses et militaires, dont le poids se fait toujours sentir. Celles-ci organisaient la santé principalement à partir de l'hôpital : leurs héritiers peinent aujourd'hui à adopter une perspective de santé publique plus globale, ou manifestent certaines réserves face aux directives nationales, quand ils ne sont pas suffisamment puissants pour refuser de les appliquer.

La réforme des systèmes de santé doit trouver sa place dans des Etats qui, lorsqu'ils ne sont pas en guerre plus ou moins ouverte, sont la plupart du temps fragilisés. Les appareils d'Etat, les administrations publiques, ont été bien souvent ruinés par des dirigeants politiques qui, tout en maintenant l'illusion d'un Etat-providence, utilisaient les ressources publiques à des fins personnelles. Certes, jusqu'à la fin des années quatre-vingt, les soins et les médicaments ont été officiellement gratuits dans bien des pays, mais les hôpitaux en voie de délabrement, parfois sans eau ni électricité, ne délivraient plus beaucoup de prestations : des personnels mal et irrégulièrement payés, cherchant à survivre, étaient peu présents dans des structures de soins qui, par ailleurs, ne disposaient pas de médicaments. La vague de « démocratisation » qui a embrasé l'Afrique à partir de la fin des années quatre-vingt a permis l'expression de certaines revendications, même si elle ne s'est pas accompagnée de changements notoires à la tête des Etats. Alors que l'administration continuait sa lente mais sûre déliquescence, la défiance, parmi les populations et les bailleurs de fonds, de tout ce qui provenait de l'Etat, pouvait désormais se manifester au grand jour.

Ces Etats, encore aujourd'hui, prennent rarement la pleine mesure des problèmes de santé. On continue trop souvent à délivrer de mauvaises formations d'infirmiers à des étudiants qui, par ailleurs, ne seront pas recrutés car la fonction publique n'embauche plus. Ces infirmiers mal formés viendront alors grossir les rangs de ces « infirmiers privés » de plus en plus nombreux à exercer, sans aucun contrôle, dans les capitales africaines. On évoque l'éducation pour la santé auprès des jeunes, alors que l'on ne connaît rien de leurs modes de vie, ni de leurs aspirations. On sait que l'avortement « clandestin » est largement pratiqué en Afrique, dans des conditions souvent dangereuses, et qu'il est une cause majeure, au mieux de stérilité secondaire, au pire de mortalité pour les femmes, surtout parmi les plus démunies. Mais les régimes en place ne s'aventurent pas à organiser un réel débat public, ni à légiférer sur l'interruption volontaire de grossesse qui reste illégale (19). Les

(18) M. Bulard, « Les firmes pharmaceutiques organisent l'apartheid sanitaire », *Le Monde diplomatique*, n° 550, janvier 2000, pp 8-9

(19) Seule l'Afrique du Sud autorise les interruptions volontaires de grossesse ; les autres pays africains prennent quant à eux plus ou moins de latitude avec les circonstances qui peuvent autoriser une interruption thérapeutique de grossesse

exemples des carences affectant les politiques de santé publique, et de leur silence, pourraient être multipliés. Il est vrai qu'en Afrique, la notion même de « débat public » reste très problématique en dépit de la « démocratisation ». Le contexte général, en raison des intérêts divergents des différents acteurs impliqués, et de l'état particulièrement dégradé de l'administration, se prête donc difficilement à la mise en place d'une politique nationale concertée de santé publique.

S'il est difficile d'envisager une action au niveau national, faut-il privilégier le niveau local ? C'est l'option des réformes qui mettent l'accent sur le développement du district sanitaire. Le poids grandissant du niveau local peut aussi s'observer à la lumière de l'importance prise par les organisations non gouvernementales partenaires des systèmes de santé. Dans un contexte de développement général d'une « société civile », les ONG disposent d'une liberté de manœuvre plus grande que les institutions nationales ou les agences de coopération. Ayant des objectifs précis destinés à une population spécifique, elles sont généralement mieux armées pour mener des actions de proximité efficaces, qu'il s'agisse, par exemple, de campagnes d'éducation pour la santé, ou encore de la gestion locale d'une structure de soins. On comprend donc pourquoi les initiatives locales sont aujourd'hui au centre des préoccupations des agences de coopération. En témoigne, par exemple, l'espoir mis dans le secteur associatif en vue d'une mutualisation des dépenses de santé qui pourrait compenser, localement, l'absence d'assurance-maladie ou de couverture sociale, situation qui est le lot de la très grande majorité des Africains.

Mais le niveau local, en l'absence d'une administration de la santé digne de ce nom, c'est aussi, et surtout, l'univers de la débrouillardise. Le secteur de la santé n'échappe pas au phénomène généralisé de la corruption dans les services publics africains. Sans passe-droits, sans relations, sans argent, un malade a peu de chance de se faire soigner ; les personnels de santé, mal payés, monnayent pour leur propre compte tout ce qu'ils pourraient faire pour un patient. Cela se passe à tous les niveaux de la hiérarchie, de l'aide soignant au professeur de médecine d'un centre hospitalier universitaire. Le niveau local, ce sont aussi ces vendeurs de médicaments de provenance souvent incertaine, qui proposent des comprimés immédiatement accessibles parce qu'ils sont vendus à l'unité, parfois même à la porte des dispensaires (20). Ce qui compose également l'univers des patients africains, en particulier en milieu urbain, c'est la multitude de recours « thérapeutiques » que certains continuent d'appeler « médecine traditionnelle » : leaders religieux de toute nature proposant des guérisons « spirituelles », herboristes, spécialistes de la médecine chinoise, guérisseurs, naturothérapeutes, aromathérapeutes, astrologues, etc. L'incidence de ces pratiques locales sur la santé des populations est particulièrement difficile à évaluer, mais faute de prendre en compte ce quotidien des individus, on risque d'omettre un pan entier de ce qui compose les systèmes de santé et de soins dans leur globalité.

*

* *

Ces quelques réflexions introductives montrent à quel point la question de la santé est plurielle et inévitablement complexe. Il était naturellement exclu de prétendre en couvrir tous les champs, d'autant que la réflexion sur les phénomènes de santé, tout comme le contexte épidémiologique et les systèmes de soins ne cessent de se complexifier. Nous avons donc fait le choix d'apporter quelques éclairages significatifs et complémentaires, destinés à mettre en exergue l'extrême diversité d'une question où la science et les pratiques sociales s'imbriquent étroitement. Les

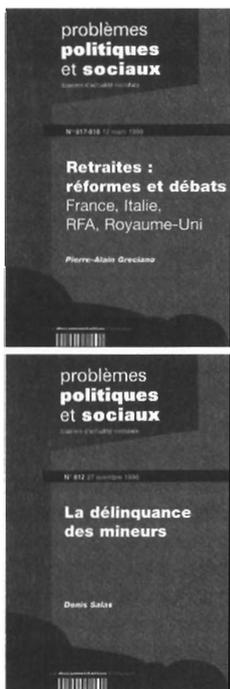
(20) Cf. à ce sujet Y. Jaffré, « Pharmacies des villes, pharmacies "par terre" », *APAD*, n° 17, juin 1999, pp. 63-70

uns concernent de « vieux problèmes » de santé, comme le paludisme, la trypanosomiase, l'onchocercose, ou, dans un registre différent, les accouchements. Les autres se rapportent soit aux maladies émergentes – l'épidémie de sida étant à cet égard exemplaire – soit à des situations nouvelles issues de la guerre, de la précarité ou de la corruption. Les textes émanent de spécialistes relevant de disciplines multiples : épidémiologistes, anthropologues, économistes, géographes, médecins, etc. Ils se situent à des niveaux d'analyse très variés, depuis l'échelle du continent jusqu'à celle, micro-locale, du quotidien des populations et des acteurs. Sans aucune prétention à l'exhaustivité, ce numéro s'est donné pour ambition d'illustrer la complexité, la diversité et l'actualité des problèmes de santé en l'Afrique à la veille du troisième millénaire.

- Première partie
Milieus et santé

des dossiers qui font le point sur :

- un problème de société
- une grande question internationale



Problèmes politiques et sociaux

Toutes les trois semaines, des spécialistes rassemblent et organisent les textes les plus significatifs (extraits des publications françaises et étrangères, contributions inédites, rapports non publiés...) en un ensemble structuré et à jour sur un thème donné.

Parmi les thèmes traités en 2000 :

- Les incivilités
- Drogue : trafic et politique de répression
- La crise du paritarisme
- Politiques de l'emploi et formation des chômeurs...

Vente au numéro en librairie
6,80 € – 44,61 F / numéro double **12,20 € – 80,03 F**
 et par abonnement

Offre d'abonnement

Oui, je m'abonne à **Problèmes politiques et sociaux** pour 1 an (18 n^{os}) au prix de :

- France **80 € – 524,77 F** (TTC) Europe **93,50 € – 613,32 F** (TTC)
- DOM-TOM, pays francophones africains (hors Maghreb)
- et de l'océan Indien **90,50 € – 593,64 F** (HT. avion éco.)
- Autres pays **101 € – 662,52 F** (HT. avion éco.)

Nom **Prénom**

Adresse

Code postal **Localité**

Ci-joint mon règlement : en euros en francs

Par chèque bancaire ou postal à l'ordre

de M. l'Agent comptable de La Documentation française

Par carte bancaire Date expiration

Signature

N°

Bon de commande à retourner à : **La Documentation française** - Patricia REY
 29-31, quai Voltaire – 75344 Paris cedex 07
 Informations complémentaires au 01 40 15 70 90

L'Afrique n'est pas un cas particulier

Retour des grands fléaux, émergence de maladies nouvelles

André Prost*

Si la moitié des décès dans les pays riches est due aux pathologies cardiovasculaires, les maladies infectieuses restent responsables de la moitié des décès dans les pays pauvres. Dans les pays développés, l'on considérait comme réglé le problème infectieux, son éradication dans les pays pauvres ne paraissait qu'une question de temps. Or, avec le regain des pathologies infectieuses, cette certitude est remise en cause.

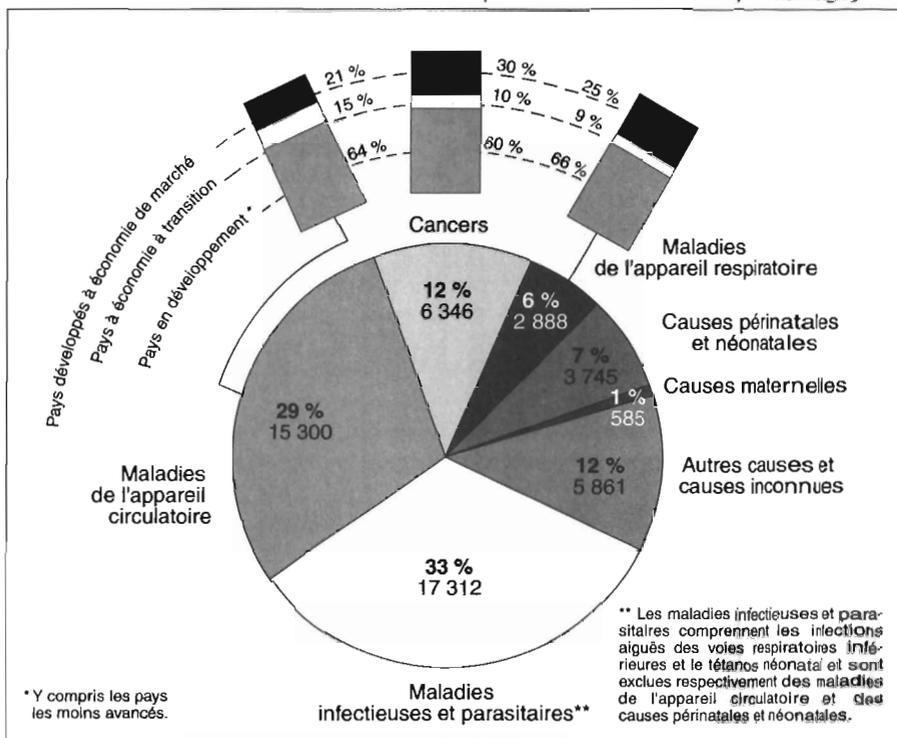
Fin 1996, la population mondiale atteignait 5,8 milliards d'habitants. Avec 132 millions de naissances et 52 millions de décès, l'accroissement annuel est de 80 millions, soit une croissance de 1,4 % par an. Celle-ci est la plus faible depuis la seconde guerre mondiale, traduisant la maîtrise croissante de la fécondité car on l'observe dans un contexte de réduction rapide de la mortalité et d'augmentation de la durée de la vie. Cette réduction de la croissance démographique reste toutefois inégale, cette croissance se maintenant en effet dans les quarante-huit pays les moins avancés de la planète à un rythme double de celui de la moyenne mondiale (2,9 %).

L'effondrement de la mortalité et ses corollaires, l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population témoignent de l'amélioration des conditions sanitaires, y compris dans le segment le plus pauvre de la population mondiale. Il n'y a lieu de céder ni au pessimisme ni au catastrophisme : le progrès se poursuit d'année en année et l'état de santé des hommes s'améliore. Jusqu'en 1965, 40 % des décès survenaient avant l'âge de 5 ans ; aujourd'hui cette classe d'âge ne représente plus que 21 % et depuis 1995 le nombre de décès survenus après 75 ans dépasse celui des moins de 5 ans. Maîtrise de la fécondité et allongement de la vie font que dans les années à venir la population des moins de 5 ans augmentera de 0,2 % par an tandis que celle des plus de 65 ans croîtra de 2,6 % par an. Un chiffre illustre ce vieillissement : il y avait 200 centenaires en France en 1950, il y en aura 150 000 en 2050, un siècle plus tard.

* Organisation mondiale de la santé, Genève

Les principaux éléments de cet article sont également parus dans le dossier du Haut Comité de la santé publique *Actualité et dossier en santé publique*, n° 23, juin 1998

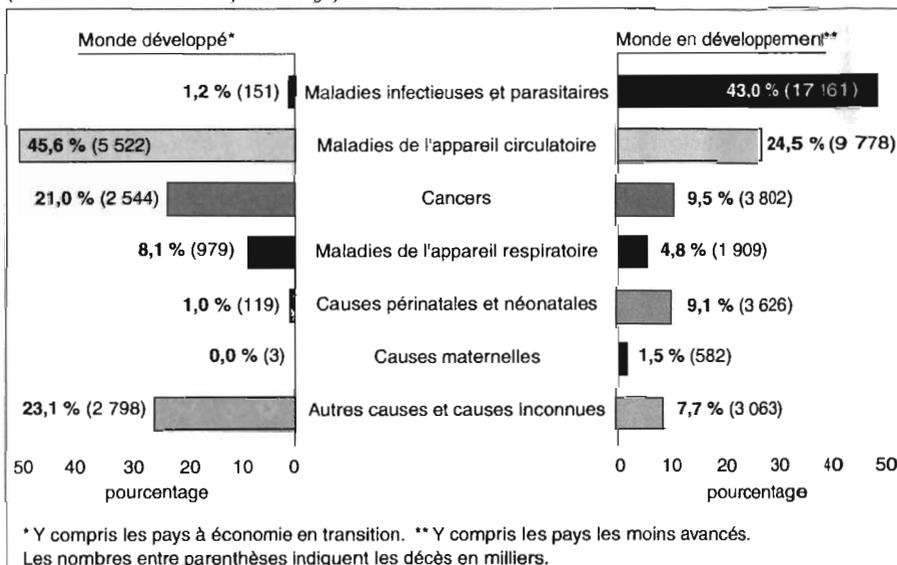
1. - Causes de décès dans le monde et répartition des trois grandes causes de maladies non transmissibles en 1996 (en milliers de décès et en pourcentage)



Source : OMS 97077.

2. - Causes de décès, monde développé et en développement en 1996

(en milliers de décès et en pourcentage)



Source : OMS 97079.

● La structure de la mortalité

Deux causes de décès dominent le tableau : un tiers environ est dû aux maladies infectieuses, un tiers à la pathologie cardio-vasculaire. L'ensemble des autres causes de décès se partage le tiers restant, y compris les cancers qui représentent environ 12 %. Ces moyennes cachent en fait une importante disparité entre pays développés et pays moins avancés socio-économiquement. On peut dire en schématisant que dans les pays riches près de la moitié des décès est liée aux maladies cardio-vasculaires, tandis que dans les pays pauvres la moitié est liée aux maladies infectieuses.

Cette disparité est connue sous le nom de *transition épidémiologique*, introduit par référence au modèle de la transition démographique qui décrit le passage des sociétés d'une situation d'équilibre « forte mortalité/forte natalité » à un nouvel équilibre « faible mortalité/faible natalité ». De même, la notion de transition épidémiologique postule que le développement socio-économique permet la régression des maladies infectieuses non seulement sous l'effet d'une meilleure accessibilité à des soins efficaces (antibiothérapie) et d'une généralisation de la prévention (vaccins), mais aussi par l'amélioration des conditions de vie (habitat, nourriture, hygiène individuelle) et l'assainissement de l'environnement. Ainsi la tuberculose a-t-elle régressé en Europe depuis le XIX^e siècle bien avant l'existence de la streptomycine, avant même que Koch eût identifié le bacille, et ni la découverte du BCG, ni les cures sanatoriales n'ont marqué de rupture dans cette décroissance linéaire contrariée seulement par les deux guerres mondiales. Dans ce schéma, la place des maladies infectieuses est progressivement occupée par les affections chroniques et dégénératives. La structure actuelle de la mortalité dans les pays développés et en développement illustre cet aspect. Toutefois des doutes sont apparus sur la cohérence et la validité de cette approche.

Rien n'indique, d'une part, que l'évolution de la mortalité dans les pays en développement suivra le modèle européen des cent dernières années et que le concept de transition épidémiologique soit représentatif et prédictif. On semble au contraire s'acheminer vers la persistance d'une importante pathologie infectieuse (sida en particulier) en même temps que l'allongement de la vie et les changements sociaux feront le lit des maladies chroniques et dégénératives. Il y aura coexistence et non remplacement des pathologies, imposant aux sociétés en développement ce qu'on appelle en anglais « *a double burden* », un double fardeau.

D'autre part, la transition épidémiologique a un peu rapidement considéré comme réglé le problème infectieux. Bien sûr la variole a été éliminée ; la poliomyélite va l'être à l'horizon 2001, de même qu'une maladie plus mineure comme le ver de Guinée ; la lèpre va cesser d'être un problème de santé publique. Mais l'inquiétude vient de l'émergence de nouvelles pathologies infectieuses, de la résurgence d'autres que l'on croyait circonscrites, et de leur potentiel de dispersion à l'échelle mondiale qui remet en cause les certitudes acquises.

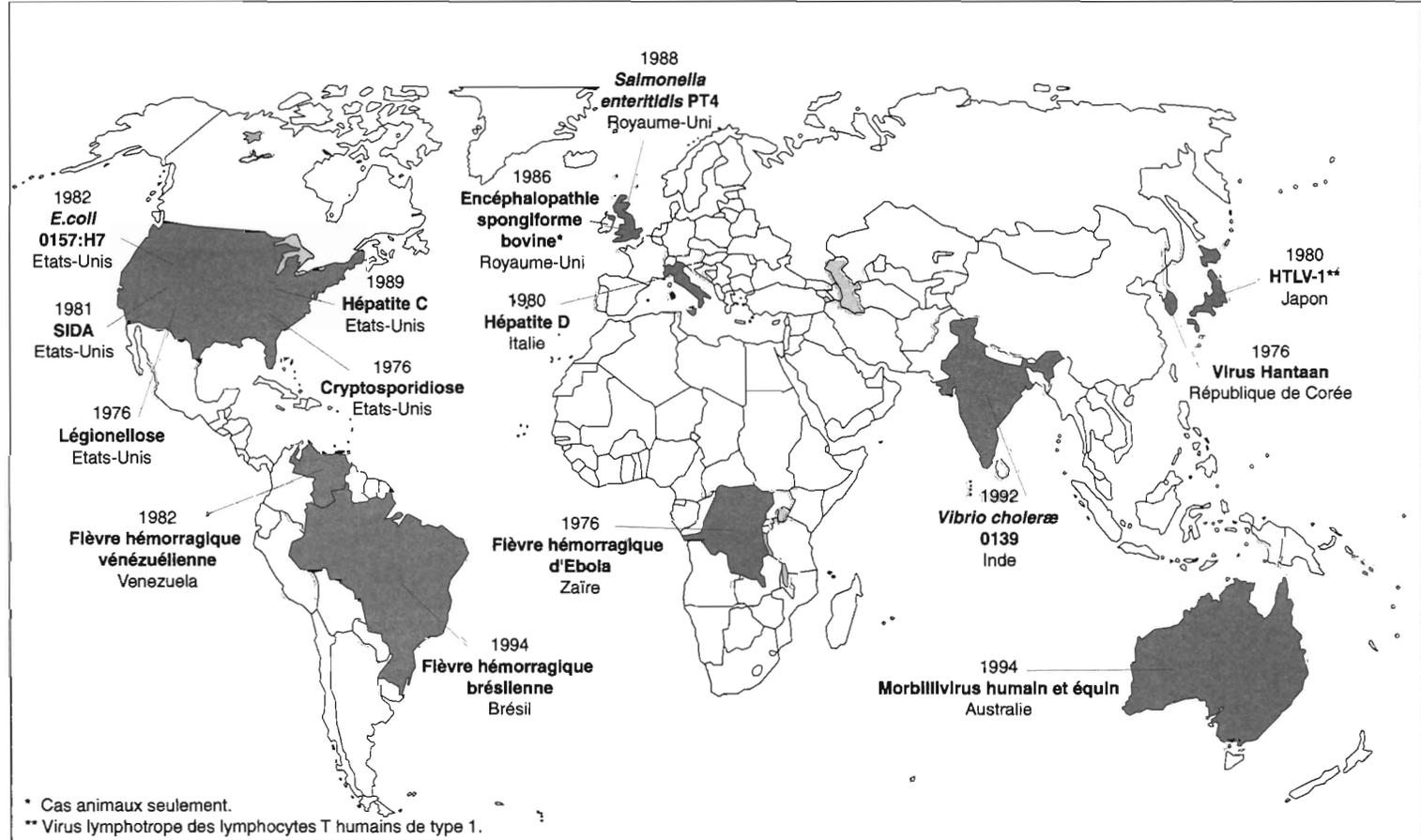
● Le concept d'émergence

La notion de maladies émergentes recouvre non seulement l'apparition de pathologies jusqu'ici inconnues, mais encore toutes les maladies infectieuses dont l'incidence a augmenté au cours des vingt dernières années dans un contexte voué à la régression.

Certaines sont nouvelles en pathologie humaine ; elles ont d'emblée pris l'ampleur d'un fléau (sida) ou alimenté les peurs (encéphalites spongiformes). D'autres résultent de la mutation d'un agent connu, ou de son évolution (choléra 0139, *Escherichia coli* 0157, virus grippaux) qui leur permettent de déborder soudain les mesures de contrôle. D'autres sont des maladies passées de l'animal à l'homme

3. - Nouvelles maladies infectieuses chez l'homme et l'animal depuis 1976

Pays où les cas sont apparus ou ont été identifiés pour la première fois



accidentellement ou suite à des modifications de l'environnement et des comportements humains (fièvres d'Ebola, Marburg, Lassa, hantavirus, prions bovins). D'autres encore préexistaient mais n'avaient pas été isolées d'un ensemble clinique (légionelloses, cryptosporidiose, rotavirus). Au cours des vingt dernières années, plus de trente maladies infectieuses nouvelles ont été identifiées. Parmi elles, le sida qui infecte aujourd'hui 30 millions de personnes ; la cryptosporidiose a été, avec plus de 500 000 cas, la plus vaste épidémie d'origine hydrique jamais survenue aux Etats-Unis. Se souvient-on que les rotavirus, contre lesquels une vaccination est proposée, n'ont été identifiés qu'en 1973 ? l'hépatite C en 1989 ?

Un second ensemble regroupe des maladies qui sortent soudainement de leur niche géographique et menacent de nouvelles régions et populations. Sans revenir sur l'exemple de l'explosion de la syphilis à partir de 1496, peut-être a-t-on trop vite oublié que les grandes épidémies n'étaient pas seulement historiques et le rappel est douloureux. Le choléra, absent d'Amérique depuis un siècle, a été réimporté par un bateau au Pérou en 1991 et a provoqué en cinq ans dans le continent 1,5 million de malades et plus de 10 000 morts. Le typhus exanthématique, quasiment disparu depuis la dernière guerre mondiale, a fait 27 000 victimes dans les camps de personnes regroupées au Burundi entre octobre 1996 et mai 1997. La diphtérie a touché 50 000 à 75 000 personnes en 1995-1996 en Russie et dans les pays issus de l'Union soviétique, obligeant l'Europe à s'interroger sur l'état de la protection vaccinale de sa population adulte. La dengue est réapparue en Amérique latine en 1976 après un long sommeil dû à l'efficacité de la lutte contre les moustiques : 500 000 cas ont été déclarés en 1995-1996 par 19 pays, dont 10 000 cas au moins ont revêtu la forme grave hémorragique. Le flux des voyages internationaux, d'une ampleur sans précédent, rend illusoire les barrières issues de l'antique quarantaine et assure la dissémination rapide des agents : selon un sondage du ministère thaïlandais de la Santé, sur 411 touristes en 1996, 11 % quittaient le territoire avec une infection aiguë (diarrhée, paludisme, hépatite, gonococcie).

Enfin, l'ensemble des résistances aux antibiotiques et antiparasitaires traduit l'émergence de germes aux propriétés nouvelles, même si leur identité reste inchangée. Pression thérapeutique, abus de prescriptions non ciblées, durées de traitement trop courtes, dosages trop faibles, observance médiocre par les malades, concourent à la sélection de souches contre lesquelles la médecine se trouve aussi démunie que devant un agent nouveau. Des bacilles tuberculeux polyrésistants sont apparus à New York ; ils ont été retrouvés au Danemark. Les infections nosocomiales et la mortalité hospitalière qui leur est associée sont à la fois un problème émergent et l'effet d'agents infectieux profondément modifiés.

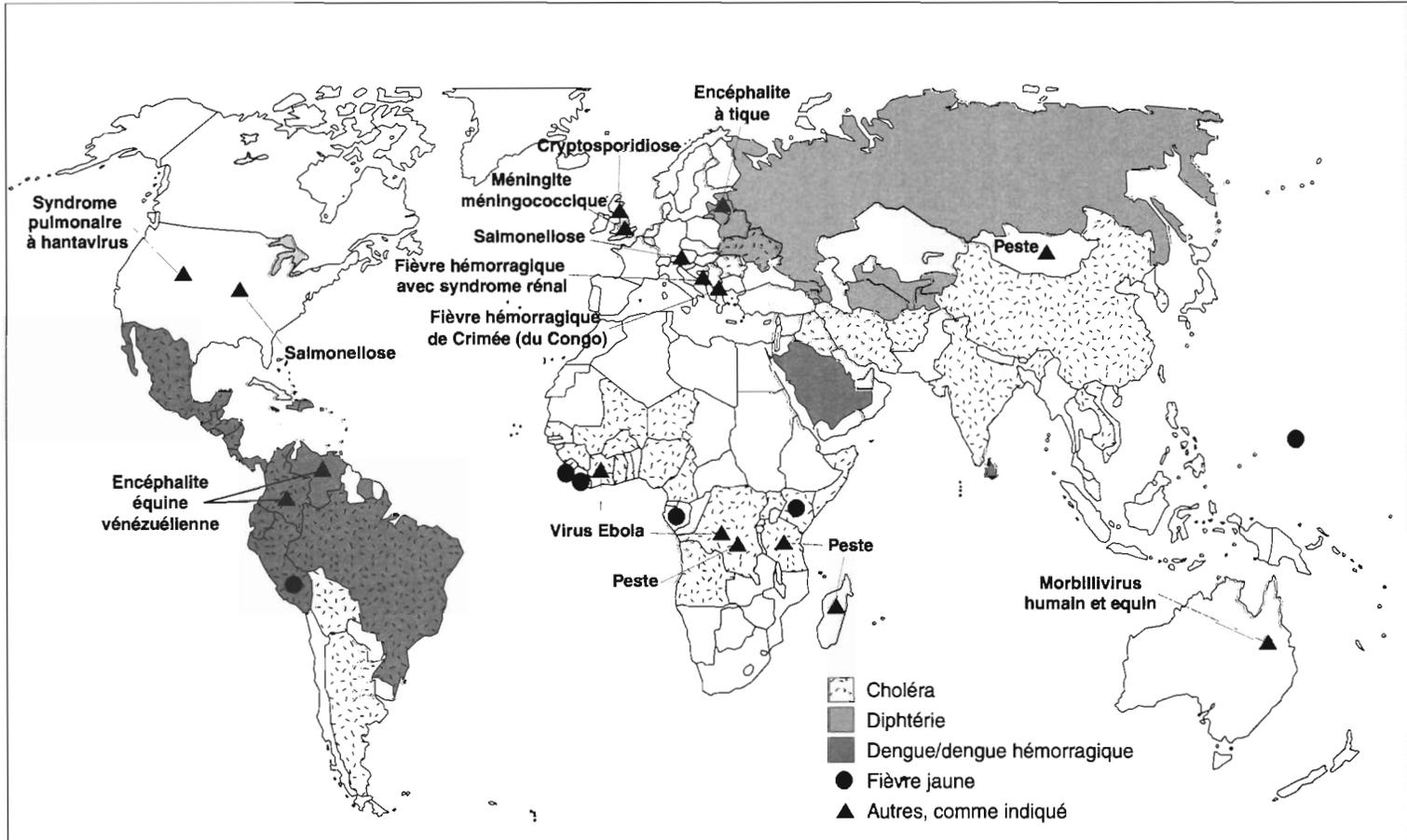
Le réalisme à l'aube du XXI^e siècle est d'admettre qu'il n'y a pas de victoire définitive face à la variabilité biologique. Chaque nouvel outil de lutte porte en lui ses limites car il sélectionne les individus et les populations qui lui résistent. L'évolution crée en permanence des formes de vie nouvelles dont certaines se révéleront pathogènes pour l'homme : le sida ne restera pas un cas unique. Il y a en outre de vastes mouvements de flux et de reflux que la biologie n'explique pas et que les anciens appelaient « le génie épidémique » : nul n'a jamais expliqué la succession des pandémies de peste et de choléra, la disparition de la lèpre européenne, l'apparition puis la disparition de la suette (anglaise, picarde, ou miliaire). N'annonce-t-on pas le « grand retour » de la tuberculose que l'on croyait maîtrisée ?



Le sida

Inconnu avant 1981 (la trace du virus a pu être retrouvée jusqu'au milieu des années cinquante, mais il était resté sporadique), le sida émerge comme une pathologie infectieuse majeure et destinée sans doute à le rester. Plus de 30 millions d'adultes

4. - Flambée de maladies émergentes et réémergentes en 1995



Source : OMS.

sont infectés. Par rapport à la situation qui a régné de 1980 à 1990, de profonds changements sont apparus.

Ce n'est plus une maladie masculine, même si 80 % des malades restent des hommes dans les pays industriels. A l'échelle du globe, 42 % sont des femmes.

Ce n'est plus une maladie d'homosexuels : ce mode de contamination ne représente plus que 10 % des contaminations nouvelles. En Europe, la contamination homosexuelle était en cause dans 60 % des cas avant 1985, dans 28 % des cas aujourd'hui. Dans les pays en développement, la transmission hétérosexuelle est la règle. La contamination par matériel d'injection chez les utilisateurs de drogues tend à devenir dominante en Europe, avec 40 % des nouveaux cas, et 65 % dans les pays d'Europe de l'Est et du Sud.

Ce n'est plus une maladie des seuls adultes : un tiers des enfants nés de mère infectée non traitée est porteur du virus avec une espérance de vie limitée à deux ans. Deux millions d'enfants ont été ainsi infectés en Afrique, plus d'un million sont déjà morts, ramenant la mortalité infantile dans certains pays à son niveau de 1960 et effaçant le bénéfice des progrès sanitaires accomplis depuis cette date.

Ce n'est plus une maladie à la croissance sans limite : pour la première fois en Europe l'incidence a décliné de 2 % en 1995 et la tendance se maintient depuis. Aux Etats-Unis, on estime le nombre de contaminations annuelles à 40 000 contre plus de 100 000 il y a dix ans. Un plateau a été atteint également en Ouganda, pays parmi les premiers et les plus sévèrement touchés d'Afrique.

Ce n'est plus une maladie de pays riches : moins de 2 millions, soit 6 à 8 % des sujets infectés y vivent. L'Afrique, avec 24 millions, compte les deux tiers des infections du globe, avec des flambées épidémiques brutales que certains considèrent « potentiellement génocidaires » dans le sud du continent. L'Asie n'est plus la bombe à retardement tant décrite : elle a explosé et dans cinq ans ce continent aura ravi à l'Afrique la place de tête pour le nombre de porteurs du virus, avec en tête l'Inde, et avec l'inconnue que constitue encore la vitesse de dissémination en Chine.

C'est une maladie dont l'évolution s'allonge. Le schéma type selon lequel il s'écoule dix ans en moyenne entre l'infection et l'apparition des symptômes de la maladie, puis deux ans entre ceux-ci et le décès (données établies sur des études de cohortes aux Etats-Unis) est bouleversé par les thérapeutiques. Leur efficacité entraîne une forte baisse de la mortalité, mais l'absence de guérison attestée implique un traitement de longue durée. Par ailleurs, on a acquis la certitude de la nécessité du traitement précoce, dès l'infection. Il faut donc envisager des durées de traitement s'étendant sur quinze à vingt ans au lieu de deux à cinq ans. Les systèmes de socialisation des coûts de la maladie et d'assurance individuelle pourront-ils remplir leurs obligations de prise en charge ? Des études économiques laissent déjà planer le doute lorsque le sida était une affection aiguë mortelle. Que sera la situation s'il devient la plus coûteuse des maladies de longue durée ? Qui pourra garantir l'accès aux médicaments pour les malades africains ?

● Le cancer

Les cancers sont responsables chaque année de 6 300 000 décès dans le monde, 12 % de la mortalité générale. Le graphique résume les estimations les plus réalistes de l'OMS sur l'incidence, la prévalence, et la mortalité des différents sites de cancer. Au cours des prochaines décennies, le risque se stabilisera, voire diminuera légèrement dans les pays développés, mais continuera d'augmenter dans les pays en développement. Le cancer restera une cause majeure de décès, le dépistage précoce associé à un traitement efficace ne permettant pas de guérir plus d'un tiers de l'ensemble.

En première place se situe le cancer du poumon, avec 1,2 million de nouveaux cas et 1 million de morts par an. Il est en augmentation chez les femmes et dans les pays en développement. En tête chez la femme prédomine le cancer du sein avec 900 000 nouveaux cas par an, 8 millions de malades et 385 000 décès par an.

Un nombre de plus en plus important de cancers est reconnu d'origine infectieuse, ce qui change l'approche d'une maladie qui n'est plus simplement celle d'une affection dégénérative liée à l'allongement de la vie. On connaissait l'étiologie virale de certaines leucémies (virus HTLV). On sait maintenant que 60 % des cancers de l'estomac, soit 550 000 cas par an, sont attribuables à la bactérie *Helicobacter pylori* sensible aux antibiotiques (elle aussi « émergente » en infectiologie) ; que 85 % des cancers du foie, soit 435 000 cas par an, sont dus aux virus des hépatites B et C pour l'une desquelles existe un vaccin efficace ; et que 90 % des cancers du col utérin, soit 410 000 cas par an, sont dus à un papillomavirus. Ceci explique la baisse régulière et jusqu'ici inexplicée des cancers de l'estomac et du col utérin dans les pays industrialisés depuis 1950, parallèle à la régression des maladies infectieuses. Ceci explique aussi que ces cancers soient majoritairement des fléaux du monde en développement. En Afrique, 38 % des cancers sont d'origine infectieuse.



Quel futur ?

La transition épidémiologique est un schéma simpliste, issu de constatations circonstancielles. L'humanité doit apprendre à vivre dans un environnement évolutif. La fin des maladies infectieuses a été une affirmation optimiste et hâtive.

D'autant qu'il n'y a pas de séparation absolue entre maladies infectieuses liées à la pauvreté et maladies dégénératives, comprenant les cancers, destinées à remplacer les premières au fur et à mesure de l'évolution socio-économique.

Outre le sida et les cancers, le poids relatif d'autres pathologies évolue. Les maladies cardio-vasculaires restent, avec 15 millions de décès annuels, le deuxième facteur de mortalité dans le monde, et le premier dans les pays industrialisés. Mais le reflux est engagé depuis vingt ans dans la plupart d'entre eux et en particulier en Europe.

Trois pathologies répondent à la définition du concept d'émergence et sont appelées à prendre une place croissante :

- les maladies allergiques respiratoires augmentent dans le monde entier, et la mortalité par asthme chez l'adulte jeune est partout en hausse. Si les pollutions de l'air jouent le rôle qu'on leur prête, en particulier dans l'habitation et le milieu urbain, la tendance va se poursuivre. L'urbanisation progresse toujours rapidement, elle touche 59 % de la population mondiale. La population des mégapoles (plus de 10 millions d'habitants) passera dans les vingt prochaines années de 200 à 500 millions ;
- le diabète est destiné à devenir un problème majeur de santé publique. Le nombre des cas va plus que doubler en trente ans selon les projections de l'OMS, passant de 143 millions en 1997 à 300 millions en 2025. L'augmentation, modérée en Europe, sera maximum en Asie et dans le bassin de la Méditerranée orientale. Bien sûr la nutrition et les modes de vie sont en cause. Mais cette augmentation sera essentiellement le fait du vieillissement de la population conjugué à la progression observée de l'obésité ;
- enfin, le vieillissement va rendre aigu le problème des démences séniles, sous la forme de la maladie d'Alzheimer dont l'incidence augmente exponentiellement tous les cinq ans à partir de 60 ans, ou sous la forme de la démence vasculaire associée à l'accident vasculaire cérébral. Le risque concerne une personne sur quatre à 90 ans. Avec 6 % de la population mondiale seulement dépassant l'âge de 65 ans, une forme de démence sénile frappe 29 millions de personnes, avec 2,6 millions de nouveaux

cas par an et 200 000 décès. Une extrapolation est difficile, mais ces chiffres vont au moins doubler dans les vingt prochaines années, avec une majorité de femmes dont l'espérance de vie est plus longue. Cela va poser un problème aigu de qualité de vie, de souffrance, et de prise en charge sociale.

L'amélioration de la santé est certaine, elle est générale, mais elle n'est ni universelle, ni irréversible. Il y a des laissés-pour-compte, avec qui les écarts s'accroissent, qu'ils habitent les pays les moins avancés ou soient les exclus des sociétés riches. Il y a des régressions, comme on l'a observé avec la réduction de l'espérance de vie dans les pays de l'Est européen ou la hausse de la mortalité infantile dans les sociétés africaines victimes du sida. Peu de résultats peuvent être considérés comme acquis définitivement, à l'exception de l'éradication de la variole. Les maladies infectieuses ont plié devant l'efficacité des outils disponibles, mais elles reviennent sous une forme parfois brutale, souvent insidieuse, qui traduit l'adaptabilité des agents biologiques, la variabilité du vivant, et qui témoigne que le progrès procède d'équilibres successifs entre l'homme et son environnement.

Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne : un système multirisque

Jeanne-Marie Amat-Roze*

En 1977 l'OMS enregistre le dernier cas de variole humaine en Somalie et déclare la maladie éradiquée. Cette grande victoire est un événement inédit, héritier d'un siècle de progrès médicaux et de leur application dans toutes les régions du monde. Cent années ont suffi pour que le monde se charge de cinq milliards d'hommes supplémentaires ! Le taux de mortalité générale n'a jamais été aussi bas (9,2 % en 1998), l'espérance de vie à la naissance aussi longue (65 ans pour les hommes, 69 ans pour les femmes) (1). Le cortège mortuaire des maladies infectieuses et parasitaires a reculé partout, à un rythme inégalé dans certains Etats qui appartenaient au Tiers Monde dans les années cinquante. L'ensemble régional formé par l'Afrique subsaharienne participe à cette évolution. Mais à la différence de nombreux pays en développement (PED) d'Asie et d'Amérique latine, dont les taux de mortalité sont tombés en dessous de 10 ‰, celui de l'Afrique noire atteint 16 ‰.

Les ordres de grandeur sont significatifs. Depuis vingt ans le décalage augmente avec les autres PED. Tous les indicateurs de santé le confirment. L'Afrique du Sud est le seul Etat d'Afrique subsaharienne à avoir atteint les trois cibles de la stratégie OMS de la « santé pour tous » d'ici l'an 2000 (2). Grâce aux campagnes de vaccination et de lutte contre les affections, à la formation d'agents de santé, s'effacent rougeole, tétanos néonatal, poliomyélite, dracunculose, onchocercose ; mais il était encore possible de trouver des taux de mortalité supérieurs à 400 ‰ chez les moins de 5 ans dans le Sénégal oriental en 1985 (3). Des affections telles que la fièvre jaune et la trypanosomiase humaine, alors qu'elles étaient contrôlées à la fin des

* Géographe, Université de Paris IV.

(1) Estimations 1998, OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 1999*

(2) Ces cibles, en rapport avec l'état de santé, sont les suivantes : espérance de vie à la naissance supérieure à 60 ans, taux de mortalité des moins de 5 ans inférieur à 70 décès pour 1 000 naissances vivantes, taux de mortalité infantile inférieur à 50 décès pour 1 000 naissances vivantes

(3) Village de Bandafassi, département de Kédougou. Le taux de mortalité des moins de 5 ans atteignait encore 410 pour mille en 1985. C.-S. Sokhna, J.-F. Molez, P. Ndiaya, B. Sane, J.-F. Trape, « Tests *in vivo* de chimiosensibilité de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine au Sénégal : évolution de la résistance et estimation de l'efficacité thérapeutique », *Bull Soc Path Ex*, 1997, 90, 2, pp. 83-89

années soixante, sont à nouveau préoccupantes, tandis qu'émergent des maladies redoutables dont le sida est la plus inquiétante manifestation.

Les sociétés subsahariennes sont exposées à des affections qui trouvent leurs racines dans l'environnement chaud et humide mais aussi dans le bain infectieux du sous-développement. Les premières sont les maladies tropicales *stricto sensu*. Quant aux secondes, plus ubiquistes, il serait inexact de les qualifier de « maladies tropicales » bien que leur centre de gravité se situe aujourd'hui dans les régions tropicales. Leur distribution s'est tropicalisée parce qu'elles trouvent là des systèmes favorables à leur propagation. Mais l'histoire nous apprend que la géographie mondiale des prévalences des affections à germes ubiquistes est en constante évolution. Dans le dernier tiers du XX^e siècle le cumul de vulnérabilités des sociétés africaines leur a été éminemment favorable.

● Le fardeau des maladies transmissibles

La qualité de l'appareil statistique est un problème majeur pour qui souhaite asseoir un raisonnement sur des évaluations chiffrées. Dans ce domaine l'Afrique noire livre plus d'incertitudes que de certitudes. Par diverses méthodes d'échantillonnage et de calculs les organismes internationaux tentent de suppléer à ces défaillances, mais les chiffres produits ne peuvent être considérés que comme des ordres de grandeur.

D'après le *Rapport mondial sur le développement humain* l'espérance de vie à la naissance était, en 1995, inférieure à 50 années dans dix-huit Etats (sur cent soixante-quatorze recensés). Ils appartenaient tous à l'Afrique subsaharienne. Le Malawi, l'Ouganda et la Sierra Leone étaient les moins bien classés avec 41, 40,5 et 34,7 années.

Selon les mêmes sources, en 1996 la mortalité des moins de 5 ans était égale ou supérieure à 210 ‰ dans dix Etats, tous subsahariens. Elle était estimée à 320 au Niger, 292 en Angola, 284 en Sierra Leone. La mortalité maternelle, elle, était supérieure à 1 000 pour 100 000 dans 16 Etats qui, à l'exception du Bouthan, du Népal et du Yémen, sont aussi subsahariens. Or la qualité de ce critère pour évaluer l'état de santé est largement reconnue.

1. - Comparaison de trois indicateurs de santé par grands ensembles régionaux tropicaux (estimations 1995 et 1996)

Indicateurs de santé	Afrique subsaharienne	Asie du Sud	Asie de l'Est	Asie du Sud-Est et Pacifique	Amérique latine et Caraïbes
Espérance de vie à la naissance (1995)	50,6	61,8	69,3	64,7	69,2
Mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000, 1996)	169	109	46	68	43
Mortalité maternelle (pour 100 000, 1996)	975	551	95	449	191

Source *Rapport mondial sur le développement humain*, PNUD, 1998

Dans son rapport de 1998 le Bureau du développement humain note : « Un enfant né aujourd'hui dans un pays en développement a une espérance de vie plus longue de 16 ans qu'un enfant né il y a 35 ans (46 ans à 62 ans). Les pays en développement ont parcouru au cours des trente dernières années autant de chemin que les pays industrialisés en plus d'un siècle. Leur taux de mortalité infantile s'est

réduit de plus de moitié depuis 1960. » L'Afrique subsaharienne a participé à ce mouvement, mais pas au même rythme que les autres ensembles régionaux tropicaux. Les écarts d'évolution se sont renforcés (tableaux 2 et 3).

2. - Evolution de l'espérance de vie par grands ensembles régionaux tropicaux (en années)

	Afrique subsaharienne	Asie du Sud	Asie de l'Est	Asie du Sud-Est et Pacifique	Amérique latine et Caraïbes
1960	39,9	43,9	47,5	45,3	55,3
1995	50,6	61,8	69,3	64,7	69,2

Source : *Rapport mondial sur le développement humain*, PNUD, 1998.

3. - Evolution de la mortalité infantile par grands ensembles régionaux tropicaux (en ‰)

	Afrique subsaharienne	Asie du Sud	Asie de l'Est	Asie du Sud-Est et Pacifique	Amérique latine et Caraïbes
1960	166	163	146	127	107
1996	104	74	37	48	35

Source : *Rapport mondial sur le développement humain*, PNUD, 1998.

La prévalence et l'incidence (4) des maladies présentent une variabilité socio-spatiale forte, à l'image de la complexité d'un phénomène morbide. Age, sexe, patrimoine génétique, cadre de vie, niveau de vie, genre de vie, habitudes sociales et culturelles, système de soins interfèrent et rendent l'individu ou les sociétés plus ou moins réceptifs aux agents pathogènes. Comme la transition démographique, l'évolution des causes de décès se réalise selon des rythmes et des modalités variés, observables à toutes les échelles. Mais, à la veille du troisième millénaire, l'Afrique subsaharienne se distingue par une triple originalité : une très forte surmortalité, 23,5 % du total mondial pour 10,2 % de la population mondiale, un cumul pathologique original et presque 90 % de la morbidité par faits de guerre ! Le tableau 4, qui porte non sur les causes de décès mais sur la charge de la maladie par grandes causes, montre que dans tous les territoires en développement les fléaux modernes (accidents de la route) côtoient les fléaux anciens (paludisme ou maladies diarrhéiques). La grande originalité de l'Afrique est de supporter à elle seule plus de la moitié de la morbidité infectieuse et parasitaire des territoires tropicaux ! Ce sont ces fléaux – dont une majorité peut être aujourd'hui qualifiée de maladies vulnérables parce que répondant à des traitements efficaces, peu onéreux et des vaccins – qui font grimper les taux de mortalité des moins de 5 ans. Depuis près de deux décennies, l'infection à VIH/sida a pris le relais chez les 15-29 ans. L'Afrique subsaharienne est la terre où les liens entre morbidité infectieuse et mortalité sont demeurés les plus forts, où des évolutions inquiétantes remettent le plus en cause les espoirs des décennies qui ont suivi la seconde guerre mondiale. A l'exception de la variole aucun des vieux fléaux historiques n'a disparu, tandis qu'en vingt ans l'infection à VIH/sida s'est propagée à une vitesse inégalée.

(4) Rappelons que la *prévalence* se définit comme le nombre de cas d'une maladie existants dans une population donnée à un moment donné. Elle inclut donc les nouveaux cas de la dernière période (en général la dernière année étudiée) ainsi que les cas des périodes précédentes pour les malades encore en vie. L'*incidence* est le nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée dans une population donnée pendant un temps donné.

4. - Charge de la maladie par causes principales dans les limites des régions OMS (tropicales), estimations pour 1998

Total d'AVCI* (% du total)	Afrique	Amérique (pays à revenu faible ou moyen)	Inde	Asie du Sud-Est (pays à revenu faible ou moyen)	Chine	Pacifique occidental (pays à revenu faible ou moyen)	Part de la région Afrique sur régions sélectionnées (%)
Population (000 et %)	601 783 10,2 %	497 925 8,4 %	982 223 16,6 %	502 833 8,5 %	1 255 698 21,3 %	196 958 3,3 %	
Total d'AVCI (%)	325 198 23,5	93 907 6,7	268 953 19,4	121 7120 8,0	208 704 15,0	42 4620 3,0	
Maladies infectieuses et parasitaires dont	48,9 %	13,8 %	25,1 %	21,2 %	5,7 %	21,8 %	55,4
VIH/sida	16,6	2,5	2,0	2,4	0,1	2,3	61,8
Paludisme	10,6	0,13	0,21	1,3	0,001	1,3	92,2
Maladies diarrhéiques	7,4	4,0	8,1	5,0	1,1	6,1	39,5
Tuberculose	1,6	1,2	2,8	3,6	1,8	3,4	22,6
Maladies tropicales**	1,7	0,7	1,1	0,3	0,1	0,3	53,5
Infections des voies respiratoires	7,1	3,7	9,5	5,8	3,7	6,9	33,2
Affections maternelles	3,1	1,8	2,9	2,6	1,2	2,5	38,4
Tumeurs malignes	2,1	5,5	3,2	6,2	10,4	5,7	13,3
Maladies cardio-vasculaires	3,9	9,3	10,0	10,4	11,8	10,0	14,1
Traumatismes	14,9	4,8	16,7	15,7	17,6	16,2	30,1
Faits de guerre	3,6	2,0	0,04	0,3	0,01	0,3	88,7

Afrique contemporaine
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Milieu et santé

27

* Face au recul des maladies infectieuses et de la malnutrition, et à la part croissante des maladies chroniques et des lésions traumatiques, la recherche de nouveaux outils de mesure de la situation sanitaire a été développée. Le souhait était de considérer non seulement le nombre de décès, mais aussi l'incidence des décès prématurés et des incapacités sur les populations. L'indicateur AVCI apporte une réponse. Il sert à mesurer la charge de la maladie par les « années de vie corrigées de l'incapacité ». « Les AVCI représentent les années de vie perdues du fait d'un décès prématuré et les années vécues avec une incapacité, corrigées de la gravité de l'incapacité. Une AVCI est une année perdue de vie en bonne santé. Un décès "prématuré" désigne un décès survenant avant l'âge que la personne en question aurait dû atteindre si elle avait fait partie d'une population modèle ayant la plus longue espérance de vie au monde : celle du Japon. La charge de la maladie correspond à l'écart de santé réel d'une population et un état de santé de référence ». *Rapport sur la santé dans le monde 1999, OMS.*

** Maladies tropicales : trypanosomiase africaine, maladie de Chagas (Amérique latine), schistosomiasis, leishmanioses, filariose lymphatique, onchocercose.

Le paludisme : un grand fléau persistant

Plus de 40 % de la population mondiale vit dans des régions à risque paludéen. L'OMS estime que quelque 300 à 500 millions d'accès cliniques interviennent chaque année et causent 1,5 à 2,7 millions de décès. Le paludisme est le premier problème de santé publique parasitaire (5). Malgré ces chiffres alarmants la situation s'est améliorée depuis le début du siècle, en particulier dans les neuf pays les plus touchés de la région des Amériques. Mais l'évolution africaine est différente (6). Avec plus de 90 % de la morbidité et de la mortalité qui lui seraient attribuables, l'Afrique subsaharienne est l'épicentre de ce problème de santé publique qui affecte surtout les enfants de moins de 5 ans, même si l'on relève de plus en plus de cas chez les adultes. Seules les régions d'altitudes supérieures à 1 800/1 900 mètres sont indemnes ainsi que l'Afrique du Sud. Depuis 1978, l'émergence de la chloroquinorésistance relevée pour la première fois en Afrique orientale a aggravé le problème. Elle a progressé d'est en ouest et a atteint la banlieue dakaroise (Pikine) en 1988. Or les alternatives à un médicament simple et peu coûteux sont peu nombreuses : coût prohibitif des autres médicaments, effets secondaires, développement de chimiorésistances (7).

Le retour de grands fléaux historiques : trypanosomiase humaine africaine et fièvre jaune

Après une régression de plusieurs décennies, qui laissait espérer leur contrôle, ces grandes endémies africaines sont redevenues un des principaux problèmes de santé publique.

La trypanosomiase humaine africaine est transmissible dans trente-six Etats de l'Afrique subsaharienne. L'ampleur de cette recrudescence la fait qualifier de réémergente. D'après l'OMS (8) 27 098 cas ont été notifiés en 1995, pour 367 000 estimés ! La situation est alarmante dans trois pays : République démocratique du Congo (RDC), Angola et Ouganda. Mais qu'en est-il au Sud-Soudan, dans les régions rebelles de la RDC, au Nigeria, en Sierra Leone ou au Liberia ?

Au cours des dix-quinze dernières années, la fièvre jaune s'est manifestée sous forme de flambées épidémiques. Certes trente-trois pays sont exposés au risque ; mais en 1996, au Bénin, c'était la première fois depuis quarante-cinq ans que l'on faisait état d'une flambée et, en 1997, la Côte d'Ivoire notifiait officiellement onze cas, ce qui n'était pas arrivé depuis 1982 (9). Combien de cas suspects ont échappé aux autorités sanitaires nationales ?

Des évolutions inquiétantes

La méningite à méningocoque a une géographie de plus en plus instable, avec des bouffées épidémiques au-delà de la traditionnelle zone soudano-sahélienne ; la bilharziose intestinale gagne des latitudes où la température des eaux de surface semblait l'exclure ; la tuberculose se combine à l'infection à VIH/sida. Alors que

(5) OMS, « La situation du paludisme dans le monde », *REH*, 1996, pp. 17-22.

(6) OMS, rapport 1999

(7) G. Charmot, J.-M. Amat-Roze, F. Rodhain, J. Lebras, J.-P. Coulaud, « Abord géographique de l'épidémiologie de la chloroquinorésistance de *Plasmodium falciparum* en Afrique tropicale », *Ann Soc belge Méd Trop*, 71, 1992, pp. 187-197.

(8) OMS, *Trypanosomiase humaine africaine Rapport annuel de la division de la lutte contre les maladies tropicales*, Genève, 1996, 32 p

(9) OMS, « Fièvre jaune 1996-1997 », *WER*, n° 46, 1998, pp. 354-357.

l'Afrique noire n'avait jamais été réellement touchée par les six pandémies historiques de choléra, lors de la septième pandémie le vibron empruntait la voie des airs et débarquait à Conakry en 1970. Il s'est rapidement endémisé sur tout le territoire et malgré une forte sous-déclaration liée à la présence d'infections asymptomatiques et de toutes les insuffisances des systèmes de surveillance, l'Afrique arrive aujourd'hui en tête du nombre de cas de choléra rapporté à l'OMS : 72 % des 293 121 cas en 1998. C'est là qu'on enregistre le taux de létalité le plus élevé, avec un taux de 5,7 % en 1996 (la moyenne mondiale est de 4,6 %) et la majorité des flambées épidémiques. Vingt-neuf pays ont déclaré des cas (10). Le nombre de personnes en situation de vulnérabilité au choléra n'a jamais été aussi élevé.

Des maladies émergentes : VIH/sida, fièvres hémorragiques

Moins de vingt ans après son apparition l'infection à VIH/sida est devenue la première cause de mortalité de l'Afrique subsaharienne. Région la plus durement frappée, elle concentre les deux tiers des cas d'infection, 83 % des décès, 95 % des orphelins du sida (pour 10 % de la population mondiale). D'après les statistiques de l'Onusida (11), 34 millions d'Africains auraient été contaminés depuis le début de l'épidémie ; 11 millions en seraient morts dont un quart d'enfants ; 22 millions d'adultes sont porteurs du virus, soit environ 8 % de la population âgée de 15 à 49 ans, alors que le pourcentage mondial est estimé à 1,1 ; en 1998, sur dix personnes ayant contracté l'infection par le VIH dans le monde, sept sont africaines. Mais les taux de prévalence comme d'incidence gardent une géographie très contrastée à toutes échelles. A l'échelle régionale, c'est en Afrique australe qu'on relève les plus fortes progressions des taux d'incidence ces dernières années. La vague épidémique s'est déplacée vers le sud. La prévalence dans la population générale des jeunes adultes atteint des sommets au Zimbabwe, en Namibie et au Swaziland (plus de 20 % des adultes séropositifs) et dépasse 35 % au Botswana, record absolu, tandis que la flambée que l'on aurait pu attendre dans un Etat comme le Zaïre ne semble pas s'être produite et qu'en Ouganda la situation apparaît stabilisée.

En Afrique subsaharienne la décennie soixante-dix est marquée par un cumul pathogène infectieux unique au monde lié à l'émergence d'une série de phénomènes tels que la fin de l'ère du traitement simple du paludisme, l'arrivée puis l'épidémisation et l'endémisation du choléra, la survenue de maladies nouvelles : l'infection à VIH/sida dont l'impact rejoint celui des grandes maladies historiques et des fièvres hémorragiques virales comme Ebola (du nom d'une rivière zaïroise) connue depuis les épidémies survenues en 1976 au Sud-Soudan et au Nord-Zaïre et qui depuis évolue sous forme épidémique. Notons que la région semble épargnée par la dengue avec formes hémorragiques, problème de santé publique de plus en plus préoccupant de l'Asie tropicale.

A ce cortège infectieux se sont ajoutés d'autres grands fléaux. L'incidence des « maladies de la faim » a connu une forte augmentation à partir de la décennie soixante-dix. En 1995, l'Afrique noire recevait 40 % de l'aide céréalière mondiale (12). Les carences sont un problème de santé publique majeur quand le retard de croissance dû à la malnutrition chez les moins de 5 ans affecte plus du tiers des enfants. Cet état est relevé dans vingt-cinq pays (estimations OMS « vers

(10) OMS, *WER*, 74, n° 31, 1999, pp. 257-264

(11) OMS, « Surveillance mondiale du sida », *WER*, n° 48, 1998.

(12) PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain 1998*

1995 »). Sa prévalence est supérieure à 40 % dans neuf Etats aussi différents dans leurs ressources que le Tchad, la Zambie, le Nigeria ou la Tanzanie (13). De plus, depuis trente ans, les accidents de la circulation et les conflits sont à l'origine d'hécatombes et d'épidémies meurtrières. On y relève plus de la moitié de la mortalité mondiale pour faits de guerre, sans même prendre en compte toute la mortalité indirecte et les cataclysmes économiques et sociaux qui y sont liés.

Les besoins de santé des Africains n'ont jamais été aussi divers. La décennie soixante-dix est une période charnière où les facteurs de détérioration de l'état sanitaire sont venus casser une évolution que l'on imaginait quelques années auparavant ne pouvant être que favorable. A partir de là, l'écart avec les autres terres tropicales se creuse et aboutit à la fin du xx^e siècle à des différentiels démographiques qui n'ont jamais été aussi élevés comme l'illustrent les premiers tableaux. Pourquoi là ? Pourquoi tant d'hommes encore exposés à des périls sanitaires que les sociétés des autres terres tropicales conjugué de plus en plus au passé ? Pourquoi tant de conditions favorisant ce processus ?



Un cumul pathogène porté par un cumul de facteurs de risque

Les sécheresses, premier risque naturel

En valeur absolue l'Afrique est le continent le plus tropical (36,6 % des terres tropicales du monde). Mais ce n'est pas le continent le plus exposé aux risques naturels au contraire de l'Asie tropicale qui avec 17,3 % des surfaces tropicales décline abondamment toutes les violences de la nature. Le principal risque africain est celui de la sécheresse. Mais les régions marginales vis-à-vis des flux humides ne sont pas non plus à l'abri d'épisodes pluvieux excessifs, comme on l'a observé dans les territoires du Nord-Kenya en 1998-1999. Depuis la décennie soixante-dix, les années aux pluies déficitaires sont plus fréquentes et les déficits plus importants. Les premières engendrent, les seconds aggravent l'insécurité culturelle. Cette insécurité se traduit par des disettes, voire des famines quand les maigres produits de la récolte doivent être partagés par des hommes de plus en plus nombreux. Mais si les risques naturels pèsent sur des sociétés paysannes démunies, la gravité des famines est due avant tout à des facteurs politiques, en premier lieu aux guerres.

Des écosystèmes porteurs de risques sanitaires

Une des originalités sanitaires de l'Afrique subsaharienne est la part encore élevée des maladies en étroites relations avec les écosystèmes chauds et humides : paludisme, trypanosomiase, schistosomiase, onchocercose, fièvre jaune... L'association structurelle de l'absence d'hiver, de températures élevées toute l'année (moyennes mensuelles supérieures à 18°C et amplitudes thermiques annuelles inférieures aux amplitudes thermiques diurnes), d'une variation photopériodique limitée à 3 h 20 mn à la latitude des tropiques, de l'humidité tout ou partie de l'année, des pluies d'été, fonde la tropicalité. La biodiversité tropicale, flore, faune et germes pathogènes, est à la mesure de l'efficacité des systèmes d'interactions biotiques. Or l'originalité de l'Afrique tropicale est de rassembler le plus grand nombre d'associations pathogènes spécifiques. Relevons la filariose à *Loa loa* transmise par un taon des bas-fonds

(13) OMS. *Rapport sur la santé dans le monde 1999*

humides et forestiers des milieux équatoriaux, la fièvre de la vallée du Rift transmise par un moustique, l'infection à virus Ebola dont le réservoir est inconnu et surtout la trypanosomiase humaine africaine dont l'incidence est préoccupante ; les mouches glossines, vecteurs, déposent leur larve sur des sols meubles et ombragés. Deux affections sévissent essentiellement en Afrique chaude et humide, l'onchocercose, filariose transmise par une mouche, et la fièvre jaune, arbovirose (14) transmise par un moustique. L'une et l'autre épargnent l'Asie, le Pacifique et Madagascar (15). Leur origine semble africaine. L'Afrique tropicale est aussi la région où l'aire de distribution du parasite du paludisme le plus dangereux *Plasmodium falciparum* est la plus étendue, associée à des vecteurs particulièrement actifs.

L'étendue potentielle des zones d'endémicité des maladies inféodées aux milieux chauds et humides court de 15° de latitude nord à 15° de latitude sud. De nombreux facteurs naturels conditionnent bien sûr leur présence et modulent leur extension tout en engendrant de nombreux faciès régionaux. Ce sont surtout des maladies parasitaires à transmission vectorielle et quelques affections virales qui plongent leurs racines dans l'environnement tropical. Leur géographie est l'expression spatiale de systèmes pathogènes à trois membres : l'agent pathogène, l'hôte et le(s) vecteur(s). Chacun doit trouver dans l'environnement les conditions répondant à ses exigences. L'arthropode vecteur (insecte ou mollusque) est l'élément le plus sensible aux caractères du biotope.

6. - Exigences vectorielles types des principales maladies parasitaires à arthropodes vecteurs

Affections	Éléments de l'écosystème	Ecologie vectorielle
Paludisme Trypanosomiase humaine	Hygrométrie	faible : <i>Anopheles arabiensis</i> modérée : <i>Anopheles gambiae</i> élevée : <i>Glossina palpalis</i> modérée : <i>Glossina tachinoïdes</i>
Onchocercose Bilharzioses ou schistosomiases	Hydrographie	eau agitée : <i>Simulium damnosum</i> eau calme : bulins, planorbes
Paludisme	Hydrologie	eau saumâtre : <i>Anopheles melas</i>
Onchocercose		Ph variable : complexe <i>Simulium damnosum</i>
Trypanosomiases		dense : <i>Glossina palpalis</i>
	Couverture végétale	arborée : <i>Glossina tachinoïdes</i>
Onchocercose		dense : <i>Simulium damnosum</i>
Paludisme		ouverte : <i>Anopheles gambiae</i> et <i>arabiensis</i>

Les arboviroses sont aussi étroitement liées à des biotopes par l'intermédiaire des arthropodes vecteurs et/ou des animaux réservoirs. La fièvre jaune est transmise par des moustiques aedes, dont le stade larvaire est aquatique.

Quelques maladies à transmission non vectorielle posent toujours des

(14) Arbovirus, étymologie . ARthropode BOrne VIRUS.

(15) *Médecine tropicale*, sous la direction de M. Gentilini, Paris, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », 1993, 5^e éd., 928 p.

problèmes de santé publique :

– des géohelminthes ; la maturation de leurs œufs s'opère dans le milieu extérieur grâce à la chaleur et l'humidité ; ce sont par exemple des ascaris, agents d'une parasitose intestinale responsable de troubles digestifs parfois sévères, des ankylostomes responsables d'anémies graves chez le jeune enfant ou la femme enceinte déjà anémiée ;

– les méningites cérébro-spinales ; dans les régions sahélo-soudaniennes, entre les isohyètes 300 mm et 1 100 mm, la première pluie coïncide avec l'arrêt des bouffées épidémiques, tandis que dans les régions humides du littoral guinéen l'endémicité est la règle. La périodicité de la transmission est mise en relation avec le caractère irritant de la très forte charge en poussières minérales de l'atmosphère pour les muqueuses rhinopharyngées qui perdent alors leur capacité de défense contre l'infection (16).

Vers une plus grande instabilité des écosystèmes ?

La tendance à la diminution des précipitations observée depuis la décennie soixante-dix, malgré quelques bonnes années pluvieuses et l'ampleur et la fréquence des phénomènes associés à El Niño, bouleversent l'épidémiologie des maladies liées aux eaux de surface, de même que leur géographie.

Dans la zone soudano-sahélienne, entre le 15^e et le 19^e parallèle, l'évolution des écosystèmes raréfie l'affection paludéenne qui passe d'une courbe endémo-épidémique à une courbe épidémique. *Anopheles funestus*, un des vecteurs principaux, s'est raréfié voire a disparu. Cette réduction et ce rythme instable font planer un risque d'épidémie puisque les habitants n'ont que peu d'immunité. La réduction de la transmission est en soi un aspect positif, mais le faible niveau de protection de la population fait peser la menace de cas mortels chez l'adulte comme chez l'enfant lors du retour d'une épidémie (17).

A N'Guimi au Niger, il y avait en 1950 des glossines et une équipe de lutte contre la maladie du sommeil. La baisse du débit des tributaires du lac Tchad a aujourd'hui complètement asséché les rives nigériennes et fait disparaître le biotope des mouches, les galeries forestières (18).

Des systèmes d'interaction sociétaux inédits

La nature tropicale offre donc des écosystèmes à potentiels pathogènes originaux et puissants. En Afrique plus que dans tous les autres espaces tropicaux, ils représentent une menace pour les hommes parce que les occasions de contact quotidien avec les vecteurs sont encore fort nombreuses. Mais dans la pratique courante du dispensaire, les demandes de soins relèvent surtout, à l'exception du paludisme, de maux dus à des germes ubiquistes : infections des voies respiratoires, maladies diarrhéiques, rougeole, tuberculose, coqueluche, tétanos, MST, affections maternelles, infection à VIH/sida. Toutes ces maladies sont plus fréquentes et plus souvent létales.

Etre en bonne santé est certes une appréciation éminemment variable

(16) *Ibid.*

(17) J. Julvez *et al.*, « Eco-épidémiologie du paludisme à Niamey et dans la vallée du fleuve, République du Niger, 1992-1995 », *Bull. Soc. de Path. Exot.*, 90, 2, 1997, pp. 94-100.

(18) J. Julvez *et al.*, « Evolution du paludisme dans l'Est sahélen du Niger. Une zone écologiquement sursaturée », *Bull. Soc. Path. Exot.*, 90, 2, 1997, pp. 101-104

selon les individus et les sociétés, mais cet état d'équilibre a pour préalable la paix, la sécurité, des gouvernements efficaces qui investissent dans le développement humain et la sécurité alimentaire. Or, pendant une génération, bien peu d'Etats subsahariens ont rempli ces préalables.

● Politique et santé

La crise d'Etats en gestation

Endémique depuis les indépendances cette crise prend différentes formes : instabilité politique consécutive aux coups d'Etats, conflits interétatiques et/ou intraétatiques. En 1998-1999, vingt des quarante-deux Etats de l'Afrique subsaharienne ont connu des conflits. Certains sont chroniques : guerre civile en Sierra Leone depuis huit ans, affrontements interethniques au Congo-Brazzaville depuis 1992, anarchie en Somalie depuis 1991, tragédie du Sud-Soudan. L'Angola est un vaste champ de mines ; après quatre ans de paix relative de 1994 à 1998, l'interminable guerre civile commencée en 1975 a repris en décembre 1998.

Ces conflits signifient mortalités directes et indirectes, traumatismes physiques, psychiques, destructions, déplacements des populations, déstabilisations économique, sociale, sanitaire, engendrant misère, précarité et tout le cortège d'affections qui leur sont liées. Le financement du conflit devient prioritaire et l'argent est soustrait aux investissements de développement. L'arrivée massive de réfugiés déstabilise aussi les Etats voisins. La réactualisation de la trypanosomiase humaine africaine est indicateur de ces crises politiques chroniques qui ont des effets déstabilisateurs dans tous les domaines. Il ne peut y avoir une politique de santé publique sans paix.

Une population en état de dénuement

L'indicateur de pauvreté humaine (IPH) introduit dans le *Rapport mondial sur le développement humain* de 1997 est un indice qui rassemble les différents aspects du dénuement (19) et fournit une mesure globale de la prévalence de la pauvreté dans une communauté. L'IPH est supérieur à 33 % dans trente-deux pays (ce qui signifie qu'en moyenne au moins un tiers des habitants de ces pays souffrent de pauvreté humaine), dont vingt-trois sont subsahariens. Il atteint ou dépasse 50 % dans sept Etats africains (20). Or la pauvreté entraîne dans son sillage toutes les maladies associées à la misère : maladies liées à l'eau, au péril fécal, à l'absence d'hygiène, à la promiscuité, à l'ignorance. D'origines virales et bactériennes, elles sont le plus souvent à transmission directe et rencontrent dans l'environnement socio-économique des conditions qui leur sont très favorables. Ces maladies sont l'expression du sous-développement. En trente ans, les conditions politiques et les choix budgétaires ont été peu favorables au recul de celui-ci, mais dans le même temps la population a plus que doublé. La convergence de ces facteurs a entraîné un accroissement sans précédent des populations pauvres.

(19) Dénuement en termes de survie : % de la population risquant de décéder avant 40 ans, dénuement en termes d'instruction : taux d'analphabétisme des adultes, dénuement économique : population privée d'eau potable, de services de santé, insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans

(20) Guinée, Mozambique, Mali, Ethiopie, Burkina Faso, Sierra Leone, Niger.



Pas de fatalité tropicale

La dynamique spatio-temporelle des maladies transmissibles suit l'anthropisation de l'espace. Depuis un siècle l'accélération de l'histoire provoque des télescopes sociaux et des mutations environnementales et sociales radicales en Afrique noire. Depuis les indépendances trois processus ont connu un rythme de croissance inédit : l'accroissement démographique, l'urbanisation et la multiplication des motifs de déplacement servis par des moyens de transport rapides et de grande capacité. Leur accélération a multiplié ou créé toute une série de promiscuités, de nouvelles formes de relations sociales et d'interactions nature/sociétés et sociétés/sociétés tandis que les relations les plus traditionnelles n'ont pas disparu.

L'épidémisation de l'infection à VIH au début de la décennie quatre-vingt est une manifestation de ces bouleversements. Les virus ont trouvé un terreau favorable à leur dissémination dans la population et l'épidémie, des relais spatiaux favorables à sa propagation (21).

La multiplication et l'extension des écosystèmes urbains est un des grands chocs paysager et sociétal de l'Afrique contemporaine. La ville porte l'image d'un mieux vivre ; or les conditions de son développement peuvent créer ou amplifier les risques sanitaires. Le milieu urbain est favorable à la diffusion des grands fléaux à contamination interhumaine ; les épidémies de lèpre, de peste, de choléra, de grippe, la tuberculose, ont rythmé l'histoire des villes sous toutes les latitudes. Mais dans les quartiers pauvres des villes africaines, la misère, la précarité, les mauvaises conditions d'hygiène (publique et individuelle), de logement et de nutrition forment un système pathogène assez comparable à celui que l'on pouvait observer dans les quartiers ouvriers des premières décennies de la révolution industrielle avant que l'amélioration des conditions de vie ne casse les effets néfastes de la promiscuité. La ville est aussi synonyme de vie plus libre : la complexification des réseaux sexuels traditionnels en est une illustration. Ces nouvelles promiscuités entre les hommes forment une dynamique favorable à l'épidémisation d'un système infectieux comme celui du VIH/sida.

Une série de facteurs, crise climatique, conflits, pression démographique, urbanisation, opérations de développement agricole se juxtaposent ou se télescopent depuis trois à quatre décennies conduisant les hommes à migrer ou à modifier leur environnement, bouleversant par ce fait des équilibres écologiques. Les défrichements forestiers, par exemple, créent des conditions favorables à l'introduction d'espèces sylvicoles et multiplient les risques de contact avec des vecteurs ou des réservoirs sauvages de micro-organismes jamais rencontrés. Comme la tuberculose ou la rage jadis, les interactions entre l'homme et son environnement peuvent conduire à des franchissements de barrières interspèces. L'épidémie de maladies émergentes d'origine virale observée depuis 1967 (Marburg), 1976 (Ebola), début quatre-vingt (sida), en est la manifestation. L'exemple le plus frappant est le sida, causé par le VIH, virus qui pourraient provenir de réservoirs simiens ; bien tolérés par les primates, ils sont devenus agressifs chez l'homme.

Le sida illustre parfaitement ces évolutions qui, associées, forment des systèmes pathogènes à l'efficacité redoutable. Leurs manifestations sont l'expression des déséquilibres accrus entre tradition et modernité, sous-développement et développement, qui affectent l'Afrique depuis un siècle. Ces maux se nourrissent du sous-développement mais grèvent aussi le développement. Comme le sida, l'autre grand fléau, le paludisme à *Plasmodium falciparum*, solide traceur du monde tropical, est tout à la fois indicateur et cause du sous-développement.

(21) J.-M. Amat-Roze, « Les inégalités géographiques de l'infection à VIH et du sida en Afrique subsaharienne », *Soc Sci Med*, vol. 36, n° 10, 1993, pp 1247-1256

Au terme du xx^e siècle, les hommes de l'Afrique subsaharienne doivent se battre contre tous les types de périls sanitaires. Mais ils ploient d'abord sous la charge des maladies tropicales *stricto sensu* et des germes infectieux mondialisés. A l'exception d'une part minoritaire de la société, leurs besoins de santé sont à la mesure de leur dénuement. Leur vulnérabilité est extrême. Or d'ici vingt-cinq ans, ce sont 400 millions d'individus supplémentaires qu'il faudra nourrir, éduquer, soigner. Le défi est énorme. Il n'est pas insurmontable comme l'ont démontré l'Asie et l'Amérique tropicales au moment du plus fort accroissement démographique de leur histoire. Il n'y a pas de fatalité tropicale, seulement un immense besoin d'amélioration des conditions de vie.

Les paludismes en Afrique subsaharienne

Dominique Baudon*

Afrique contemporaine

Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Les paludismes

36

Le paludisme humain (malaria) est une parasitose due à la présence et la multiplication dans l'organisme d'un protozoaire du genre *plasmodium* transmis à l'homme par la femelle d'un moustique du genre anophèle. L'expression de la présence de parasites chez l'homme est extrêmement variable, allant d'un simple portage asymptomatique jusqu'au neuro-paludisme pouvant évoluer vers la mort. Le paludisme prédomine dans les régions tropicales et intertropicales du globe où il sévit à l'état endémique avec des expressions épidémiologiques variables suivant les biotopes. L'extrême hétérogénéité du paludisme aux niveaux entomologique, parasitologique, immunologique, épidémiologique clinique et thérapeutique, impose de définir des stratégies adaptées aux différentes situations. Il n'y a pas un, mais des paludismes.

Le paludisme reste à l'aube de l'an 2000 la première endémie parasitaire mondiale. En Afrique subsaharienne, c'est le problème de santé publique le plus grave comme le montrent les données suivantes : la presque totalité de la population, environ 550 millions de personnes, vit en zone impaludée ; près de 75 % de la population vit dans des zones de fortes endémies et 18 % environ sont sous la menace d'épidémie de paludisme ; l'OMS estime qu'il s'y produit chaque année entre 270 et 480 millions de cas cliniques, et entre 1,5 et 2,7 millions de décès ; un enfant de moins de 5 ans sur vingt meurt chaque année d'une maladie liée au paludisme ; environ 5 à 40 % des malades atteints de formes graves de paludismes décèdent. 70 à 80 % des cas cliniques sont pris en charge au niveau communautaire, mais, par manque de ressources humaines et surtout financières, cette prise en charge n'est pas encore bien réalisée. Les conséquences économiques liées au paludisme sont énormes : le coût d'un cas de paludisme est évalué à l'équivalent de la perte de douze journées de travail-production/homme ; plus de 2 milliards de dollars ont été dépensés en 1997 pour la lutte antipaludique.

* Institut de médecine tropicale du service de santé des armées, Marseille.

● La chaîne épidémiologique

La chaîne épidémiologique correspond à l'enchaînement des étapes de la transmission et du développement du paludisme. Elle comprend l'agent pathogène et son réservoir, les vecteurs et l'hôte humain. Elle intervient dans un processus dynamique d'interactions entre les maillons de la chaîne. C'est Alphonse Laveran, médecin militaire français, qui a découvert en 1880 à Constantine (Algérie) l'agent responsable du paludisme. C'est un parasite unicellulaire du genre *plasmodium*. Quatre espèces peuvent infester l'homme : *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae* et *Plasmodium ovale*. *Plasmodium falciparum* est l'espèce la plus répandue en Afrique subsaharienne, elle est aussi l'espèce qui tue et qui résiste aux antimalariques.

Le cycle du *plasmodium* chez l'homme

L'anophèle femelle, lors de sa piqûre, injecte à l'homme avec sa salive, la forme infectante. Le nombre de parasites inoculés est de plusieurs centaines. En quelques minutes, ils gagnent le foie. Dans la cellule hépatique se déclenche le premier cycle de multiplication asexuée qui aboutit à la production de milliers de mérozoïtes libérés par l'éclatement de la cellule hépatique ; avec les espèces *vivax* et *ovale*, il existe pour le parasite la possibilité de rester au repos dans la cellule hépatique quelques mois voire quelques années. Lors d'un second cycle, les mérozoïtes parasitent les hématies et passent par plusieurs stades qui aboutissent à l'éclatement des hématies, libérant ainsi de nouveaux mérozoïtes qui à leur tour peuvent contaminer d'autres globules rouges. Le délai d'incubation est en moyenne de quinze jours. Après plusieurs cycles, l'homme porteur de la forme sexuée du parasite, le gamétocyte, est devenu « réservoir de parasites », et permettra à l'agent pathogène de survivre indépendamment des autres maillons de la chaîne. Ce sont les jeunes enfants qui représentent le principal réservoir car ils sont porteurs sanguins de gamétocytes aux densités les plus fortes.

La chimiorésistance de *Plasmodium falciparum*

Une des raisons expliquant l'aggravation de la situation du paludisme en Afrique est l'apparition de la résistance de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine (commercialisée en France sous le nom de nivaquine), l'antipaludique le plus utilisé en Afrique subsaharienne, d'abord en Afrique de l'Est en 1975 puis en l'Afrique de l'Ouest en 1988. Cette chloroquinorésistance était apparue dans les années soixante en Amérique centrale et en Asie du Sud-Est. Actuellement, aucun pays d'Afrique subsaharienne n'est épargné.

Le caractère de résistance est héréditaire et stable pour une souche de *Plasmodium falciparum* donnée : il s'agit d'une résistance de type chromosomique faisant intervenir une ou plusieurs mutations sur des gènes différents. L'émergence de la résistance est liée essentiellement à l'utilisation massive du produit (pression sélective médicamenteuse) qui permet, en éliminant les souches sensibles, de sélectionner les souches résistantes. L'impact de la résistance de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine sur la mortalité palustre est important ; une étude conduite pendant dix ans en Afrique a montré que la mortalité liée au paludisme avait été multipliée par cinq depuis l'apparition de cette chloroquinorésistance (Trape *et al.*, 1998). En Afrique, et contrairement à certains pays d'Asie du Sud-Est, il n'y a pas de résistance de *Plasmodium falciparum* à la quinine, le médicament des formes graves du paludisme.

Le vecteur de la transmission du paludisme : l'anophèle femelle

La transmission du paludisme est réalisée par la piqûre d'un moustique, l'anophèle femelle, qui inocule à l'homme la forme infestante du parasite, le sporozoïte, lors d'une piqûre à l'occasion d'un « repas sanguin ». L'anophèle femelle a en effet besoin de sang pour la maturation de ses ovaires et le développement de ses œufs.

La fortune épidémiologique du paludisme est due à la présence de l'anophèle. Les moustiques passent au cours de leur existence par quatre stades successifs. Les trois premiers (œufs, larves et nymphes) sont aquatiques et se déroulent dans des gîtes approvisionnés habituellement par l'eau de pluie et ensoleillés dans la journée. Pour permettre le développement du cycle larvaire à partir des œufs pondus par l'anophèle femelle, l'eau doit être non polluée et pauvre en matière organique ; la température extérieure doit être au moins de 18 °C. Les gîtes larvaires sont différents selon les espèces : eaux douces ou saumâtres, claires ou boueuses, ensoleillées ou ombragées ; petites collections d'eau temporaires (flaques d'eau de pluies) ou importantes collections permanentes, eaux immobiles ou légèrement courantes (bords des lacs, mares et rivières). Le quatrième et dernier stade est aérien ; c'est celui de l'adulte dont la durée de vie est de quatre à six semaines. En Afrique subsaharienne, la transmission est essentiellement due à *Anopheles gambiae*, *Anopheles funestus* et *Anopheles arabiensis*. Les anophèles sont d'excellents vecteurs ayant une grande longévité et une préférence trophique nette pour l'homme ; cela explique l'importance de la transmission du paludisme en Afrique subsaharienne.

En zone équatoriale rurale où la transmission est intense et permanente, un sujet peut recevoir chaque nuit entre 50 et 200 piqûres d'anophèles, voire plus. Le pourcentage d'anophèles potentiellement infectants pour l'homme peut atteindre 2 à 3 %. En zone impaludée, chaque individu recevra durant sa vie de 1 à 1 000 piqûres infectées par an.

L'anophèle, dont le vol est silencieux, pique la nuit (le plus souvent entre 22 h et 4 h). Pendant le jour, il se repose dans des endroits sombres et frais, dans les habitations (dessous des surfaces horizontales comme les meubles et les lits, encoignures des plafonds et du sol, plissures des rideaux de couleur sombre) et à l'extérieur (cheminées des termitières, arbres creux, buissons, poulaillers, étables, puits...). La piqûre est indolore. La distance de vol est courte (500 m à 1 km). Parfois, les moustiques peuvent être transportés sur de grandes distances par le vent, ou en empruntant divers moyens de communication (avion, bateau, automobile...).

Le développement des anophèles est étroitement lié à l'environnement, aux conditions bioclimatiques. En particulier, le rythme des saisons a une influence primordiale sur leur pullulation. En saison des pluies, les collections d'eau favorables à l'établissement du cycle larvaire se multiplient ; la température plus élevée accélère le cycle larvaire aquatique et le cycle parasitaire chez le moustique. Sous des climats favorables, les régions marécageuses, les deltas des fleuves, les lagunes saumâtres peuvent permettre le développement des anophèles. Les bouleversements de sol (tranchées, travaux de terrassements, ornières, empreintes de roues de véhicules et de sabots d'animaux...) sont susceptibles de créer des gîtes larvaires ; c'est le cas en particulier pour *Anopheles gambiae*, le vecteur majeur du paludisme en Afrique intertropicale.

Par l'action de l'homme ou sous l'effet de facteurs d'environnement, des espèces d'anophèles à caractéristiques particulières peuvent être sélectionnées, par exemple des espèces résistantes aux insecticides utilisés ou des espèces piquant le jour. De la connaissance de ces rapports anophèles/hommes et des conditions bioclimatiques découlent les modalités de la lutte antipaludique et en particulier de la lutte antivectorielle.

Les sujets infectés

L'homme infecté par le *plasmodium* est le dernier maillon de la chaîne épidémiologique. Une immunité naturelle (protection d'origine génétique) existe ; par exemple, les sujets de race noire ne peuvent être infectés par *Plasmodium vivax* car ils ne possèdent pas les récepteurs globulaires permettant au *plasmodium* de se fixer sur le globe rouge puis d'y pénétrer. La drépanocytose, maladie génétique donnant une hémoglobine anormale, confère un certain degré de protection contre le paludisme.

L'immunité peut être aussi acquise passivement, par exemple transmise par les anticorps de la mère au nouveau-né, le protégeant pendant environ six mois. Il existe une immunité acquise particulière, dite « immunité de prémunition ». Elle s'acquiert en plusieurs années au prix d'infections anophéliennes régulières et répétées (au moins pendant cinq années) et apparaît d'autant plus précocement que la transmission est intense et permanente. Elle est labile et demande à être entretenue par des infections anophéliennes répétées. Elle peut disparaître si le sujet ne vit plus en zone impaludée. Elle est incomplète ; elle n'empêche pas la survenue de la maladie mais diminue la fréquence des cas de paludisme et évite le décès. Elle s'observe dans les populations autochtones qui vivent en zones où la transmission est importante. Elle explique que des sujets peuvent être porteurs asymptomatiques du *plasmodium* dans le sang (paludisme infection). Elle semble spécifique de souche donc uniquement efficace dans la région où elle s'installe. Tous ces caractères font qu'elle ne s'installera pas chez le migrant temporaire ou le voyageur.

Qui dit sujet infecté par le *plasmodium* ne signifie pas forcément sujet malade. Il y a en fait deux expressions dans le portage de parasites, « l'état de paludisme-infection » et celui de « paludisme-maladie » (Baudon, 1991). Avec le paludisme-infection, le sujet est porteur de parasites sans manifester aucun symptôme clinique. En zone d'endémie palustre, là où la transmission du paludisme est intense et permanente, la majorité des sujets autochtones héberge des parasites dans le sang et/ou le foie sans développer de maladie cliniquement décelable. Dans le cas du paludisme-maladie, la présence de parasites dans le sang s'exprime sous forme de manifestations cliniques diverses. Classiquement le tableau clinique comprend une fièvre élevée (entre 39 ° et 40 °C), avec frissons et sueurs, céphalées et parfois nausées et vomissements. Des formes cliniques nouvelles sont apparues avec la circulation de souches plasmodiales résistantes aux médicaments antipaludiques et en particulier à la chloroquine (par exemple, altérations isolées de l'état général avec asthénie et/ou amaigrissement). Les formes graves ne surviennent qu'avec l'espèce *falciparum* et touchent en priorité les sujets non immuns ou fragilisés : enfants, femmes enceintes, voyageurs et sujets transplantés venant d'une zone non impaludée. L'expression majeure des formes graves est le *neuro paludisme* (accès pernicieux). C'est un coma qui sans traitement précoce évolue vers la mort.

Il existe donc une grande hétérogénéité dans l'expression clinique du paludisme. Le diagnostic ne peut être porté avec certitude que par le bilan biologique qui apporte la preuve de la présence du *plasmodium* dans le sang (Bruce-Chwatt, 1980 ; « Paludisme », 1993).

● Les facteurs favorisant le développement du paludisme

Pour l'infection d'un individu, pour le développement de la maladie chez l'hôte, pour la diffusion de la maladie dans les populations et les espaces, l'environnement a un rôle fondamental. L'endémie palustre demande la présence simultanée de l'eau, de l'anophèle et d'une température supérieure à 18 °C, ce qui explique la répartition du

paludisme essentiellement dans les zones intertropicales. Il y a des facteurs naturels de variation du paludisme : les grands fleuves, les reliefs, l'altitude, les variations de durée de la saison des pluies, les lagunes saumâtres, la perméabilité variable des sols. Mais, l'homme peut modifier l'environnement, en particulier par ses activités agricoles et sociales. Les modifications de réseaux hydrographiques avec construction de barrages et création de zones d'irrigation entraînent une prolifération d'anophèles. Le développement des rizières peut dans certains biotopes permettre la prolifération des anophèles. L'extension du paludisme peut être favorisée par l'intensification des échanges et leur rapidité : absence de désinsectisation des aéronefs, possible réimplantation de *Plasmodium falciparum* au Maghreb par les voyageurs commerciaux ou touristiques utilisant la route transsaharienne. L'homme favorise aussi l'enracinement et l'extension de l'endémie en zone forestière : la construction de routes et de villages entraîne une déforestation avec pour conséquence une « savanisation de la forêt » permettant l'installation des espèces héliophiles comme *Anopheles gambiae*. L'action de l'homme peut au contraire amener une diminution de la transmission : l'urbanisation n'est pas favorable au développement des gîtes larvaires d'anophèles ; le déboisement du Sahel fait progresser la désertification qui freine la prolifération des moustiques ; les contacts hommes/anophèles sont réduits dans les habitations pourvues de grillages moustiquaires de fenêtres et de moustiquaires de lits, de climatisation des pièces ; la disposition du bétail par rapport aux maisons d'habitation influence les rapports hommes/anophèles.

Le déplacement de populations non immunisées, de zones non impaludées vers des régions impaludées, à l'occasion par exemple de projets de développement ou de crises politiques, peut provoquer des épidémies spectaculaires si les mesures de prévention ne sont pas prises ; ce fut le cas d'une épidémie chez des travailleurs des plantations de cannes à sucre de la région de Big Bend au Swaziland ; ce sont aussi les exemples des camps de réfugiés, de l'intervention de troupes militaires en zone d'endémie (ONU et OUA en Afrique).

● Les aspects épidémiologiques des paludismes

L'intensité de la transmission du paludisme chez l'homme (nombre de piqûres infectées reçues) et la durée de vie de la population anophélienne conditionnent le degré de stabilité (fixation et enracinement) du paludisme avec ses conséquences chez l'homme. On peut distinguer schématiquement trois zones de stabilité : les zones à paludisme stable, où la transmission est intense et permanente, soit la quasi-totalité des zones équatoriales où la pluviométrie est importante et quasi permanente ; les zones à paludisme instable avec une transmission faible et épisodique ; et les zones de stabilité intermédiaire avec une transmission à recrudescence saisonnière (Mouchet *et al.*, 1993 ; « Paludisme », 1993).

Le concept de « faciès épidémiologique » a été établi pour l'Afrique de l'Ouest par Carnevale *et al.* (1990), puis généralisé à toute la région afrotropicale par Mouchet *et al.* (1993). Dans cette notion de faciès sont intégrées les caractéristiques climatiques et phytogéographiques des grandes régions d'Afrique subsaharienne (forêts, savanes, sahel, steppes, plateaux et zones montagnardes). Les zones de stabilité définies ci-dessus comprennent divers faciès.

Les faciès équatorial et tropical se trouvent dans les zones à paludisme stable. Le faciès équatorial (forêts et savanes postforestières en Afrique centrale) se caractérise par une transmission anophélienne intense et permanente, pouvant atteindre 1 000 piqûres infectées (anophèle femelle porteur de sporozoïtes) par per-

sonne et par an ; c'est ce qui permet une acquisition précoce de la prémunition, vers l'âge de 5 ans. Ici, chez l'enfant, 30 à 50 % des fièvres sont attribuées au paludisme ; la morbidité s'étale sur toute l'année ; les formes graves de paludisme, en particulier les neuropaludismes, sont fréquentes chez le jeune enfant, rares chez l'adulte, ce dernier étant habituellement prémuni. Dans le faciès tropical (savanes humides d'Afrique de l'Ouest et de l'Est), la transmission est à recrudescence saisonnière longue (six à huit mois ; 100 à 400 piqûres infectées par personne et par an) ; la prémunition apparaît plus tardivement, vers l'âge de 10 ans. La morbidité y est plus importante en saison des pluies (environ 80 % des cas de fièvres chez les enfants) ; et les formes graves de paludisme sont décrites jusqu'à un âge plus avancé.

Aux zones à paludisme intermédiaire est lié le faciès sahélien (savanes sèches). La transmission est à recrudescence saisonnière courte (moins de six mois ; 2 à 20 piqûres infectées par personne et par an). En saison de transmission, près de 70 % des fièvres sont d'origine paludéenne. La prémunition est beaucoup plus longue à apparaître expliquant l'existence de nombreux cas de neuropaludisme chez les adultes dans ces zones.

Le faciès désertique (steppes), le faciès austral (plateaux du sud de l'Afrique) et le faciès montagnard (zones situées au-dessus de 1 000 mètres d'altitude) caractérisent les zones à paludisme instable. La période de transmission est très courte (il peut y avoir des années sans transmission), et il n'y a pas d'acquisition de la prémunition. Le paludisme s'exprime sous forme d'épidémies apparaissant au moment de la transmission et pouvant toucher la quasi-totalité de la population.

Dans chacun des faciès décrit, on peut observer des particularités, des variations de transmission créant de véritables enclaves épidémiologiques dues, par exemple, à des zones de riziculture, à un barrage pour irrigation, à des zones lagunaires côtières avec eau saumâtre, ou encore à la destruction de la forêt primaire créant une « zone de savane ».

Le « paludisme urbain » constitue un cas particulier. En Afrique, le paludisme est une endémie essentiellement rurale ; il n'existe pas de vecteurs spécifiquement urbains. En milieu urbain, la transmission est globalement beaucoup plus faible qu'en milieu rural ; cela explique le niveau d'immunité plus faible des populations urbaines. On assiste depuis quelques années à une urbanisation accélérée. De plus en plus de sujets naissent et vivent en permanence dans les villes où la transmission anophélienne est faible voire nulle ; ils n'acquerront pas d'immunité de prémunition. Ils s'infecteront essentiellement à l'occasion de brefs séjours en zone rurale et pourront développer, quel que soit l'âge, des formes graves de paludisme. Ainsi, de par cette accélération de l'urbanisation en Afrique, on peut prévoir pour les prochaines années une diminution des taux d'incidence du paludisme (les individus auront une probabilité plus faible d'être infectés), mais surtout une augmentation de la proportion des formes graves de paludisme de par l'absence de prémunition. C'est ce qui nous permet d'écrire que pour l'Afrique, « le paludisme en milieu urbain, c'est le paludisme de demain » (Baudon, 1996).



La lutte antipaludique

Les moyens de la lutte antipaludique en Afrique subsaharienne

Avec la découverte en 1938 par Paul Müller de l'action insecticide du DDT, on pensait porter un coup fatal au paludisme. En 1955, l'assemblée mondiale de l'OMS proposait un « Programme d'éradication du paludisme » fondé essentiellement sur

les pulvérisations de DDT à l'intérieur des habitations, avec, comme objectif, l'arrêt de la transmission anophélienne. Les projets pilotes menés en Afrique intertropicale montraient alors l'échec de l'éradication. Une nouvelle voie dans la lutte était tracée à partir de 1969. L'OMS, reconnaissant l'échec de l'éradication dans la plupart des pays tropicaux, préconisait une adaptation de la lutte aux réalités socio-économiques et épidémiologiques de chaque pays. On passait alors de la notion « d'éradication du paludisme » à celle de « contrôle des paludismes » (Baudon, 1987).

Deux grands nouveaux moyens de lutte vont apparaître dans les années quatre-vingt. En matière de stratégie médicamenteuse, on est passé de la chimioprophylaxie de masse par la chloroquine, appliquée aux enfants de moins de 5 ans, au traitement présomptif des fièvres par un antimalarique. Dans la lutte antivectorielle apparaît la moustiquaire imprégnée d'insecticide. Quant à la vaccination, elle n'a pas apporté sur le terrain la confirmation des espoirs nés dans les laboratoires, et on ne peut actuellement la compter dans l'arsenal des moyens de lutte.

L'objectif principal de la lutte contre le paludisme en Afrique subsaharienne est de réduire la morbidité et la mortalité paludéennes ; les populations les plus à risques sont représentées par les enfants et les femmes enceintes. La stratégie de lutte est fondée sur trois éléments majeurs : la prise en charge des cas de paludisme et de fièvres, la protection de la femme enceinte, l'utilisation pertinente de la lutte contre le moustique.

Pour la prise en charge des cas de paludisme, le traitement précoce et efficace représente la meilleure des prophylaxies de la létalité paludéenne (éviter le décès). Dans la grande majorité des cas, par manque de ressources, le diagnostic de paludisme ne peut être porté (absence de microscope pour le diagnostic parasitologique, personnels non formés) ; aussi, dans ces cas, la stratégie mise en œuvre est le traitement présomptif des fièvres qui consiste à traiter toute fièvre inexplicquée par un médicament antipaludique. Le médicament de première ligne (utilisé en première intention) est dans la majorité des pays la chloroquine ou l'amodiaquine. En cas de résistance à ces produits, l'association sulfadoxine-pyriméthamine est préconisée. La quinine est utilisée pour le traitement des formes graves de paludisme et le traitement des formes simples résistantes aux antipaludiques classiquement utilisés. La prise en charge des cas comporte deux étapes essentielles : le diagnostic précoce et le traitement rapide et adapté. Les étapes doivent être réalisées à tous les niveaux du système de santé, depuis le niveau communautaire (paludisme simple) jusqu'au niveau de l'hôpital de référence (tous les cas de paludisme, quelle que soit la gravité). La prise en charge correcte du cas simple de paludisme à domicile passe par l'éducation des parents pour une reconnaissance des manifestations cliniques et une utilisation correcte des antipaludiques. Des antimalariques des dernières générations (méfloquine, halofantrine, artémisinine) sont indiqués en cas de résistance de *Plasmodium falciparum* à la quinine. Tous ces produits ne doivent être utilisés qu'exceptionnellement en Afrique. Nous disposons en effet avec la quinine d'un produit efficace contre les souches plasmodiales chloroquinorésistantes et multirésistantes ; les cas de résistance de *Plasmodium falciparum* à la quinine sont exceptionnels en Afrique subsaharienne ; c'est un médicament peu cher et c'est celui qui est préconisé par les services de santé des Etats dans leurs plans nationaux de lutte contre le paludisme.

La chimioprophylaxie est la stratégie médicamenteuse classique pour la protection de la femme enceinte. Bien conduite (une dose hebdomadaire de chloroquine), elle évite ou diminue l'infestation placentaire. Une nouvelle stratégie qui a montré son efficacité se développe actuellement : elle consiste à effectuer des traitements systématiques par un antipaludéen lors des consultations prénatales (deux à trois traitements par grossesse) ; ce traitement réalise une cure radicale plasmodiale et évite ainsi des densités parasitaires fortes au niveau du placenta.

L'utilisation de la moustiquaire de lit imprégnée d'insecticide représente un excellent moyen d'autodéfense contre les piqûres de moustiques et d'anophèles en particulier, et sans danger pour l'environnement. L'imprégnation doit être réalisée tous les six mois. Il se pose des problèmes dans la mise en œuvre de cette stratégie (acceptabilité par les populations, coût, faisabilité...). Des recherches sont en cours pour permettre une rémanence beaucoup plus longue de l'insecticide et éviter ainsi les réimprégnations. La lutte antivectorielle peut être complétée par l'utilisation de matériaux imprégnés d'insecticides (rideaux, écrans anti-moustiques...) et les aspersions intradomiciliaires d'insecticides rémanents.

Dans la mesure où la situation du paludisme n'est ni homogène, ni uniforme, plusieurs approches et modèles ont été élaborés aux fins de la planification et de la mise en œuvre des stratégies de lutte ; c'est la politique de « stratification » définie par l'OMS en 1991. La stratification consiste à « identifier, caractériser et délimiter les différents types de situations paludéennes pour lesquelles différentes stratégies de lutte pourront être appliquées. Une strate peut se référer à une zone géographique et/ou à un groupe de population. Il s'agit d'un processus destiné à réduire, simplifier et mieux comprendre un problème complexe en constituant des strates » (OMS, 1991). La stratification doit tenir compte des faciès épidémiologiques mais aussi des données économiques, socio-culturelles de l'environnement en général ; il est important d'étudier les facteurs susceptibles d'influencer la nature et l'importance des stratégies de lutte préconisées. La stratification doit aussi prendre en compte l'opérationnalité des services de santé pour apprécier les chances réelles d'efficacité des actions de lutte.

Dans les pays ou régions à paludisme stable, la stratégie est fondée essentiellement sur la prise en charge correcte des cas de paludisme et des fièvres inexplicables, et sur l'utilisation des mesures de protection personnelle (chimio prophylaxie chez les femmes enceintes, utilisation des moustiquaires imprégnées). Dans les zones à paludisme à recrudescence saisonnière, quand la saison des pluies est courte (Sahel), le traitement présomptif des fièvres ne devrait pas être appliqué en pleine saison sèche. Dans les pays ou régions à paludisme instable, le risque épidémique est grand. Connaissant l'impact de ces épidémies sur la mortalité palustre, la priorité doit être accordée à la lutte antivectorielle par aspersion intradomiciliaire d'insecticides rémanents. Bien sûr, en cas de survenue d'une épidémie, outre la lutte antivectorielle, les activités de prise en charge des cas seront renforcées.

En milieu urbain, la transmission est en général faible ; il y a relativement plus de formes graves de paludisme qu'en milieu rural ; compte tenu du faible taux d'incidence du paludisme, il faut alors privilégier le diagnostic parasitologique pour ne traiter que les cas confirmés. Dans les camps de réfugiés, la stratégie doit être adaptée aux populations concernées et au faciès épidémiologique local ; on peut, par exemple, envisager une chimio prophylaxie si les populations proviennent d'une zone à paludisme instable ou non impaludée, et si le camp est situé dans une zone à transmission palustre intense et permanente.

● **La stratégie de lutte en Afrique subsaharienne à l'aube du troisième millénaire**

Le problème du paludisme s'aggrave d'année en année en Afrique subsaharienne ; en témoignent l'augmentation de la mortalité paludéenne, l'extension géographique du paludisme, la recrudescence des épidémies en Afrique australe et de l'Est. De nombreux problèmes s'associent pour expliquer les difficultés rencontrées dans la lutte

contre le paludisme ; parmi eux, on note l'hétérogénéité des situations, la résistance croissante des *plasmodiums* aux médicaments, les difficultés économiques et les conflits politiques expliquant la dégradation des systèmes de santé et les déficiences dans les actions de lutte, le tarissement des efforts dans la recherche de nouveaux médicaments et produits pour le diagnostic et la prévention, le manque de ressources humaines et financières, surtout pour la mise en œuvre des actions au niveau les plus périphériques. Cette grave situation a conduit à la tenue de la conférence ministérielle mondiale sur le paludisme à Amsterdam en 1992 qui va marquer le regain d'intérêt pour la lutte contre le paludisme.

La stratégie de lutte contre le paludisme approuvée par la conférence ministérielle d'Amsterdam en 1992 et l'Assemblée mondiale de la santé en 1993 a les objectifs suivants :

- réaliser un diagnostic précoce et une prise en charge rapide et appropriée des cas cliniques dans les formations sanitaires et à domicile ;
- planifier et mettre en œuvre les mesures préventives sélectives et permanentes, y compris la lutte antivectorielle, partout où elles sont durables et d'un bon rapport qualité/prix ; en particulier promouvoir la protection individuelle par moustiquaires imprégnées d'insecticides ;
- détecter et contrôler précocement les épidémies, les prévenir ;
- intégrer les activités de lutte dans les soins de santé primaires ;
- renforcer les capacités locales pour la recherche appliquée et fondamentale.

Aux niveaux les plus périphériques (district sanitaire et communauté), les actions suivantes doivent être conduites : prise en charge des cas cliniques, prévention et lutte contre les épidémies, intégration dans les soins de santé primaires. Au niveau régional, national et international, un soutien doit être apporté à la lutte contre le paludisme en renforçant les capacités des services y compris dans le domaine institutionnel, en développant la recherche et la surveillance épidémiologique, en mobilisant des ressources, en réalisant des campagnes de mobilisation et de sensibilisation.

En 1994, l'assemblée générale de l'ONU adopte une résolution sur l'action préventive et l'intensification de la lutte contre le paludisme en Afrique (résolution WHA 49.11). En 1997, l'OMS a débloqué 10 millions de dollars. L'OUA dans une déclaration sur la prévention et la lutte contre le paludisme faite à Harare en 1997 marque aussi son implication à côté des Etats africains, s'engageant à soutenir la mise en œuvre des actions recommandées par l'OMS, invitant les Etats membres à engager une action immédiate et concrète. Ainsi, un environnement plus favorable est apparu depuis une dizaine d'années avec un intérêt, un engagement et un soutien grandissants pour la lutte contre le paludisme ; cette évolution favorable s'est traduite par la mise en œuvre à l'échelon international de nouvelles actions (OMS, 1998a ; OMS, 1998b).

Une « Initiative africaine pour la lutte contre le paludisme au XXI^e siècle » a été lancée en 1998 à l'initiative des ministres africains, de l'OMS, de la Banque mondiale et de divers partenaires donateurs. Les aspects principaux de l'initiative comprennent : une coalition globale de toutes les parties intéressées, des réponses orientées vers les pays concernés, la construction de la capacité d'action pour les pays africains en renforçant les capacités et les aptitudes aux niveaux périphériques, l'attribution d'une grande partie des ressources à l'Afrique qui porte le plus lourd fardeau du paludisme. La communauté internationale des chercheurs s'est aussi mobilisée avec la création de « l'Initiative multilatérale sur le paludisme », « une alliance d'organisations et de particuliers qui luttent contre le paludisme avec comme objectifs de maximiser l'impact des recherches scientifiques sur le paludisme en Afrique, en encourageant le renforcement des capacités et en favorisant les efforts de collaboration et de coordination au niveau mondial ». Le projet « Faire reculer le

paludisme » initié par l'OMS en 1998 a pour objectif principal de réduire significativement le paludisme à travers des interventions adaptées à chaque situation locale. Il s'agit de fournir aux Etats les ressources humaines, financières et matérielles permettant la mise en œuvre des plans nationaux de lutte contre le paludisme.

Références bibliographiques

Baudon (D.), Carnevale (P.), Ambroise-Thomas (P.), Roux (J.), 1987, « La lutte antipaludique en Afrique : de l'éradication du paludisme au contrôle des paludismes », *Rev. Epidém. et santé publique*, 35, pp. 401-415.

Baudon (D.), Mouchet (J.), Carnevale (P.), Guiguemde (T.-R.), 1991, « Evaluation de l'endémie palustre », *Paludisme*, Universités francophones-UREF, Paris, ELLIPSES, pp. 181-187.

Baudon (D.), Louis (F.-J.), Martet (G.), 1996, « En Afrique, le paludisme urbain est le paludisme de demain », *Méd. Trop.*, 56 (4), pp. 323-325.

Bruce-Chwatt (L.J.), 1980, « Diagnostic Methods in Malaria », in L.J. Bruce-Chwatt (dir.), *Essential Malarology*, London, William Heinemann Medical Book Ltd, pp. 76-86.

Carnevale (P.), Mouchet (J.), 1990, « Lutte antivectorielle et lutte antipaludique », *Méd. Trop.*, 50 (4), pp. 391-398.

Mouchet (J.), Carnevale (P.), Coosemans (M.), Fontenille (D.), Ravaonjanahary (C.), Richard (A.), Robert (V.), 1993, « Typologie du paludisme en Afrique », *Cahiers santé*, 3, pp. 220-238.

OMS, 1963, *Terminologie du paludisme et de l'éradication du paludisme*, Série des monographies, n° 13, OMS, Genève.

OMS, 1973, *Chimiothérapie du paludisme et résistance aux antipaludiques*, Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS, Série de rapports techniques, n° 529.

OMS, 1993, *Mise en œuvre de la stratégie mondiale de lutte antipaludique*, Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la mise en œuvre du plan mondial d'action pour la lutte contre le paludisme 1993-2000, OMS, Série de rapports techniques, n° 839, 67 p.

OMS, 1996, *Evaluation de l'effet thérapeutique des antipaludiques pour le traitement du paludisme non compliqué à P. falciparum dans les régions à transmission élevée*, WHO/MAL/96.1077, Genève.

OMS, 1998a, *African Initiative for Malaria Control in the 21st Century*, WHO, mai, 18 p.

OMS, 1998b, *Roll Back Malaria Project : Resources Support Network for Prevention and Control of Malaria Epidemics*, CDS/RBM/RSN/EPI/98.

« Paludisme », 1993, *Cahiers santé d'études et de recherche francophone*, AUPELF-UREF, vol. 3, 127 p.

Trape (J.-F.), Pison (G.), Preziosi (M.-P.) et al., 1998 « Impact de la résistance à la chloroquine sur la mortalité palustre », *C.R. Acad. Sci. Paris, Science de la vie, Life Science*, 321, pp. 689-697.

La lutte contre la maladie du sommeil : grandeurs et servitudes

Jean Jannin*
et Pierre Cattand*

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

La maladie
du sommeil

46

La trypanosomiase humaine africaine ou maladie du sommeil est causée par un parasite unicellulaire, le trypanosome (*Trypanosoma brucei gambiense* et *Trypanosoma brucei rhodesiense*). L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale sont affectées par la trypanosomiase à *Trypanosoma brucei gambiense* qui se développe de façon chronique et évolue sans symptômes majeurs pendant plusieurs mois ou années. L'Afrique de l'Est est affectée par la trypanosomiase à *Trypanosoma brucei rhodesiense* qui se développe de façon aiguë et évolue vers la mort en quelques semaines ou quelques mois. Cette dernière peut donc prendre la forme d'épidémie.



L'ampleur de la maladie

Le trypanosome est transmis à l'homme par l'intermédiaire des glossines ou mouches tsé-tsé. Après la piqûre d'une glossine infectée, le parasite injecté à l'homme se multiplie dans le sang et les ganglions et dans un premier temps provoque des signes généraux tels que fièvre, prurit, ou maux de tête ainsi qu'une hypertrophie des ganglions de la base du cou. Cette hypertrophie ganglionnaire a été décrite par Winterbottom en 1793 et constituait à l'époque une cause de refus d'achat des esclaves qui en étaient porteurs. Après plusieurs mois, le parasite parvient à passer dans le système nerveux central, installant le stade neurologique de la maladie. De graves troubles du sommeil apparaissent, accompagnés de troubles de coordination, de l'équilibre, de la parole, de troubles psychiatriques et d'un amaigrissement considérable. Les patients évoluent alors vers un état de cachexie, puis de coma, conduisant inéluctablement à la mort en l'absence de traitement.

Aujourd'hui, plus de 60 millions de personnes sont exposées au risque de maladie du sommeil, et partant du fait que moins de 10 % de cette population bénéficie d'une surveillance correcte, on peut estimer que 300 à 500 000 personnes sont malades. Seulement 50 000 cas sont actuellement déclarés et traités chaque

* OMS, Groupe des maladies transmissibles, Genève.

année. Trente-six pays au sud du Sahara sont concernés par cette maladie. Les pays les plus touchés sont également ceux dans lesquels les troubles politico-économiques sont les plus aigus et les plus durables : Soudan, Angola, République démocratique du Congo, Congo, République centrafricaine... Dans les provinces du Bandundu et de l'Equateur, en République démocratique du Congo, la maladie du sommeil tue plus que le sida... Pour comprendre et analyser cette situation, il est indispensable de se référer à l'histoire.

● L'histoire de l'épidémie

Pendant de nombreuses décennies, la pénétration coloniale du continent africain fut rendue impossible par l'existence d'une multitude de maladies qui décimèrent les rangs des plus téméraires des explorateurs, commerçants et militaires. Le récit de ces voyageurs transforma durablement dans l'imaginaire collectif la réalité banale de ces affections en une malédiction et créa pour de longues années le mythe d'un continent insalubre comme en témoignent ces lignes extraites du cours introductif de pathologie tropicale donné aux jeunes médecins militaires par le professeur Mahé en 1875 : « Le sol tropical est animé d'une vie obscure, spéciale ; il respire sourdement... Par malheur, il exhale en même temps des produits subtils, peut-être gazéiformes... sont-ce des résidus impurs de l'expiration de la terre ?... Défiiez-vous ! De la terre et des eaux s'exhale un souffle empoisonné... » Ces contrées s'étendant du golfe de Guinée au bassin inférieur du Congo deviennent le « tombeau de l'homme blanc ».

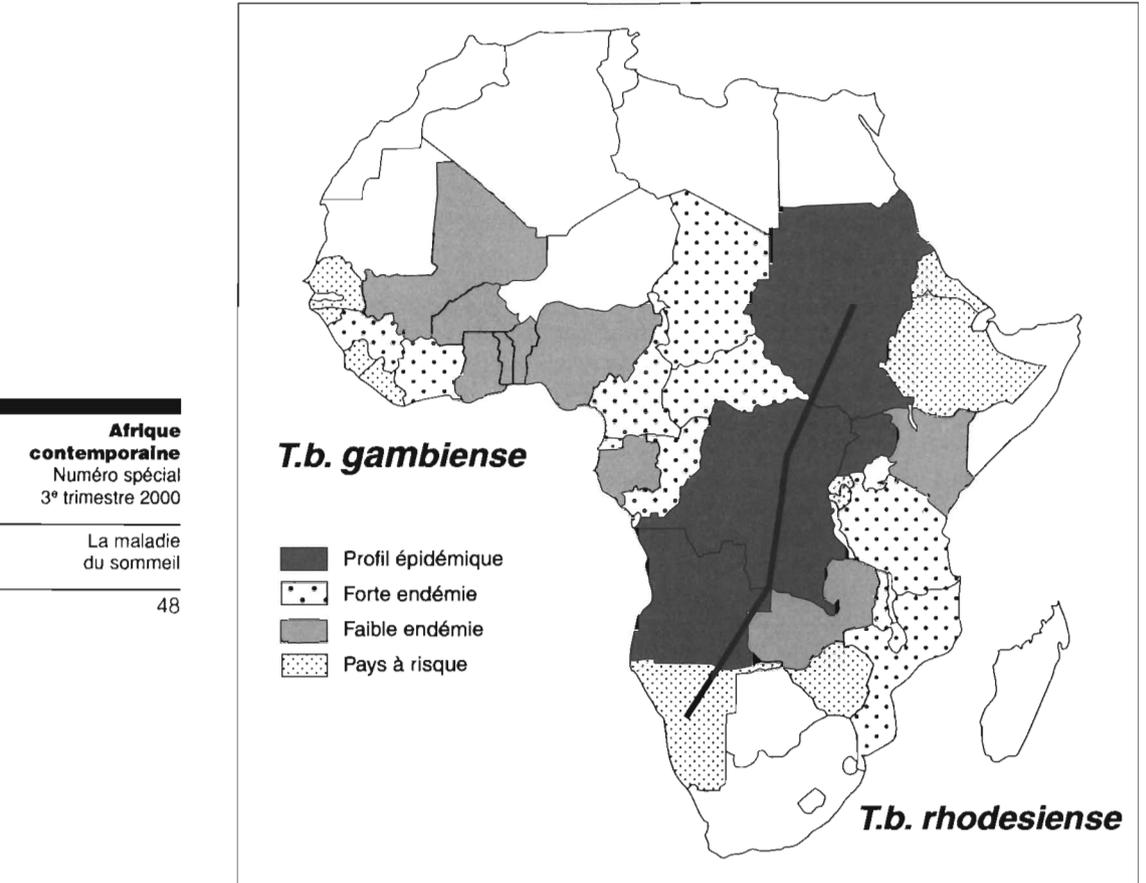
Puis brusquement, dans le dernier tiers du siècle dernier, sous l'impulsion de Pasteur, de Koch et de Ehrlich, la lumière se fit sur l'origine de toutes ces calamités et en moins de trente ans, Laveran, Lambl, Demarquay, Hansen, Yersin et bien d'autres démystifièrent l'inconnu et ouvrirent la voie à une recherche rationnelle de solutions qui contribuèrent à faciliter la pénétration du continent africain, pénétration dont le signal fut donné par la conférence de Berlin en 1885.

En marge de ces découvertes, une curieuse maladie, connue depuis longtemps des médecins de marine et des marchands d'esclaves, gardait sa part de mystère : l'hydropisie des esclaves de Sierra Leone, la léthargie du Bénin, le *lethargus*, le mal de Loanda, le *sleeping distemper*, le névalane du Sénégal, ou encore le *narcotic dropsy*. On en connaissait la gravité et le pronostic et on savait qu'elle avait, dans la seconde partie du XIX^e siècle, décimé des régions entières. Mais elle était circonscrite à des foyers et était difficile à objectiver. De plus, il était admis qu'elle ne touchait que les sujets noirs ! Elle resta donc longtemps une curiosité exotique, sans que quiconque soupçonnât les ravages qu'elle se préparait à provoquer. Il fallut attendre 1903 pour que le lien entre le trypanosome responsable, identifié par Dutton en 1902, et l'état léthargique des patients soit fait par Castellani sur les rives du lac Victoria. Dans le même temps, force fut de constater que cette terrible maladie pouvait également atteindre les Blancs.

Les grands travaux mis en œuvre dès 1890, tels que la construction du chemin de fer Kinshasa-Matadi, ouvrirent une large voie à l'épidémie qui se répandit rapidement le long du fleuve Congo et des routes des caravanes conduisant aux postes administratifs et militaires. Des régions entières furent décimées et désertées, le long de la rivière Mpoko, où de 79 000 personnes recensées en 1917, il n'en resta que 1 200 en 1919 ! Contrairement au paludisme, à l'onchocercose, à la bilharziose et à bien d'autres maladies déjà identifiées en d'autres points du monde, la trypanosomiase humaine africaine était la seule maladie inconnue avant la colonisation de l'Afrique. Personne ne l'attendait !

Très rapidement, l'inquiétude grandit, et la peur de se retrouver face à un continent vide de main-d'œuvre motiva les différents gouvernements à agir

1. - Répartition de la maladie du sommeil



L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale sont affectées par la trypanosomiase à *T.b. gambiense* qui se développe de façon chronique et évolue sans symptômes majeurs pendant plusieurs mois ou années. L'Afrique de l'Est est affectée par la trypanosomiase à *T.b. rhodesiense* qui se développe de façon aiguë et évolue vers la mort en quelques semaines ou quelques mois. Cette dernière peut donc prendre la forme d'une épidémie.

énergiquement de peur que « les énormes sacrifices en hommes et en argent consentis par les métropoles européennes pour pénétrer le continent noir, n'aboutissent à un désastre... » (1). Des mesures financières, scientifiques, politiques et administratives furent prises pour mettre en place une lutte efficace et découvrir les moyens diagnostics, curatifs et prophylactiques destinés à stopper ce fléau.

● La « méthode Jamot »

Dès 1917, le docteur Eugène Jamot, médecin militaire français, esquissa ce qui deviendra la « méthode Jamot » en inscrivant dans l'arrêté du 12 avril 1917 de l'AEF une clause stipulant que le dépistage systématique et exhaustif des populations devait être la base de la surveillance de cette maladie. Partant du postulat que les malades étaient incapables de se déplacer vers le médecin, il inventa et mis en œuvre le concept d'équipes mobiles capables de se porter au devant des populations. Cette approche figurait dans les rapports de plusieurs missions effectuées par les pasteurs : « Si l'on veut réellement lutter contre la maladie du sommeil, il ne faut pas se contenter d'attendre l'arrivée du malade à l'hôpital, mais bien en opérer la recherche systématique... » (2).

Depuis sa base d'Ayos au Cameroun, et à partir de 1922, Jamot déploya contre vents et marées ses équipes mobiles de prospection, forma des centaines d'infirmiers et de techniciens, et les premiers secteurs autonomes de lutte contre la maladie du sommeil virent le jour. Curieusement cette conception pastoriennne de développement d'équipes mobiles autonomes, spécialement dédiées à la lutte contre une affection, pratiquant méthodiquement un dépistage systématique des populations exposées, s'opposait déjà à la conception de l'Aide médicale indigène qui reposait sur une vision classique de la mise en œuvre de systèmes de santé consistant à établir un réseau de postes de santé curatifs polyvalents au service des patients désirant consulter. On retrouve ici les prémices de la vigoureuse mais stérile opposition entre systèmes dits verticaux et horizontaux. L'abord technique et militant de Jamot s'oppose frontalement à une vision politique d'offre générale de soins qui ne poursuit pas, à l'évidence, le même but. On devine que cette conception des choses que Jamot résuma par cette déclaration : « le médecin doit avoir dans les régions contaminées l'autorité qu'a le chirurgien dans la salle d'opération [...] et [...] si le salut l'exigeait, il ne faudrait pas hésiter à créer un Etat dans l'Etat, dût l'orgueil déplacé de certains en souffrir... » (3), fut systématiquement combattue malgré le succès éclatant auquel elle conduisit. Fort heureusement, la disgrâce de Jamot et de sa méthode prit suffisamment de temps pour qu'il parvienne à remporter la victoire sur la maladie, au prix d'un dévouement et d'une opiniâtreté sans précédents.

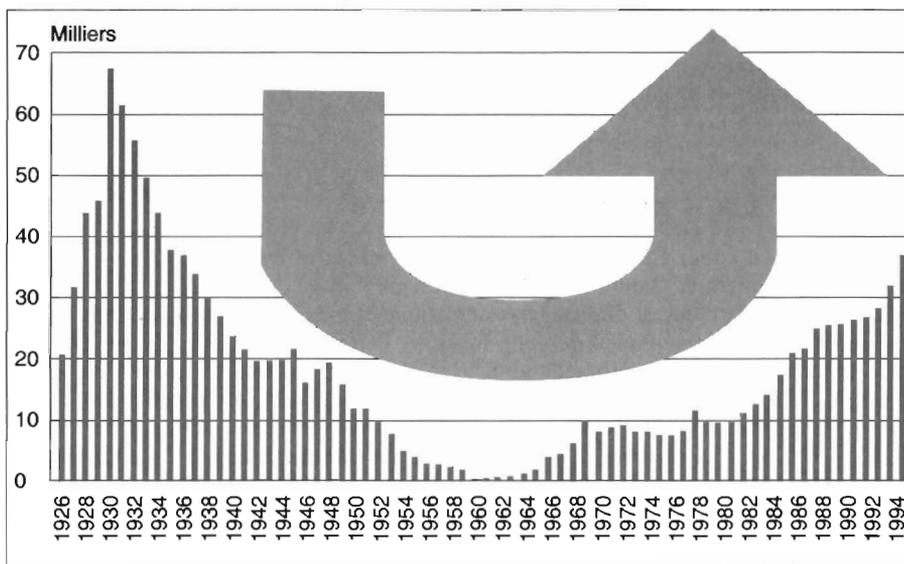
Les principes de la lutte contre la maladie du sommeil constituèrent la base du système sanitaire de l'Afrique francophone et conduisirent à la création des secteurs des grandes endémies dédiés à la lutte contre toutes les endémies. Il semble pertinent de se demander s'il s'agissait de systèmes verticaux ou de systèmes parfaitement intégrés de lutte et de surveillance. Au cours de ces années d'efforts ininterrompus, des millions de personnes furent examinées, traitées et suivies, des centaines de chercheurs mirent au point les outils de diagnostic, les traitements, les systèmes de surveillance, et codifièrent les procédures de lutte. Labusquière put, en 1965,

(1) Martin, Roubaud, Lebœuf, *Rapport de mission d'études de la maladie du sommeil au Congo français*, Paris, Masson, 1909.

(2) Bouffard, Gouzien, *Rapport de mission au Soudan*, 1908, Bouet, Roubaud, *Rapport de mission en AOF*, 1909 et 1912.

(3) E. Jamot, *Rapport final sur la maladie du sommeil*, Thiès, Bobo Dioulasso, 1935.

2. - Trypanosomiase en Afrique centrale 1926-1995



Les pays atteints sont classés selon le nombre de cas existants : dans les pays à risque, la maladie est rare, mais le vecteur et le parasite sont présents. Dans les pays classés d'endémie, la maladie est présente à des taux relativement faibles, sans variations importantes. Les pays de forte endémie sont ceux dans lesquels la maladie affecte un nombre important mais relativement constant de personnes. Les pays considérés comme épidémiques sont ceux dans lesquels la maladie est fortement présente et où le nombre de cas augmente en permanence.

écrire : « Il est devenu banal de constater ou de dire que la trypanosomiase est à peu près éradiquée en Afrique [...]. Les foyers sont aussi peu nombreux qu'ils sont irréguliers... » (4). La maladie était vaincue.

● Une situation devenue désastreuse

Aujourd'hui, on constate que la situation de la maladie du sommeil est désastreuse. Dans de nombreux pays, les capacités de réaction sont dépassées et les chiffres enregistrés sont comparables à ceux de la grande épidémie des années 1920-1935. Pendant les années qui suivirent l'élimination de la maladie du sommeil en tant que problème de santé publique, l'attention portée aux cas résiduels et au maintien de la surveillance disparut, malgré le maintien de structures de lutte. Seuls quelques personnels formés et quelques héritiers de la tradition veillaient. L'intérêt et les moyens alloués se tournèrent peu à peu vers d'autres pathologies dont l'importance était grandissante. Les pays africains, occupés à structurer leur récente indépendance ou en proie à des troubles politiques, ne portèrent plus aucune attention à cette affection.

(4) Labusquière, Duteurtre, *Médecine tropicale*, 1965, 26.

La maladie du sommeil resta silencieuse pendant de longues années, puis réapparut vers 1968 et réoccupa ses anciens territoires. Les structures en place tentèrent de reprendre la lutte, mais les temps avaient changé. Les systèmes de grandes endémies et d'équipes mobiles avaient commencé à disparaître peu à peu au gré de la mise en place des systèmes de soins de santé primaires, les moyens devinrent insuffisants et l'on tenta de répartir la pénurie, les compétences se diluèrent, la motivation déserta les équipes, le soutien des gouvernements cessa.

Rapidement, un concept uniciste s'imposa : la maladie du sommeil est une maladie comme les autres et, à ce titre, doit être prise en charge au même titre que les autres, par les mêmes techniques et dans les mêmes structures. Toute velléité de remise en place de système mobile ou spécialisé fut rapidement étouffée dans l'œuf au nom du dogme de la globalité et de l'intégration des activités de prise en charge de toutes les affections existantes, mais peut-être et surtout en raison de la référence au passé. La méthode Jamot fut condamnée car elle était associée à la colonisation, au contournement du pouvoir politique par l'autonomie technique et peut-être aussi parce qu'il est difficile d'admettre d'échouer là où, soixante ans plus tôt, d'autres réussirent.

Les motivations d'aujourd'hui ne sont plus les mêmes, tant de la part des pays du Nord, potentiels donateurs, que des pays africains qui n'accordent qu'une très faible priorité à ce problème. Cette affection spécifiquement africaine, distribuée en foyers, ne touchant que le milieu rural, non exportable en l'absence de vecteur adapté, ne possède donc ni la notoriété, ni le pouvoir de susciter des craintes de diffusion à d'autres régions du monde. Ces aspects semblent actuellement réhibitoires pour une réelle mobilisation internationale.

● Une maladie orpheline

Les systèmes d'aide au développement, en particulier en matière sanitaire, ont changé et changent encore considérablement. L'accent est mis sur la mise en place d'outils, de projets ponctuels et de réformes des systèmes de santé. Les aides bilatérales spécifiques sont en voie de disparition et la préférence est donnée à la délégation des interventions aux ONG. Malgré une qualité de travail qui ne peut être mise en doute, le recours quasiment exclusif aux ONG conduit à affaiblir la pérennité des activités, à réduire la couverture des zones endémiques et contribue à l'exclusion des services nationaux. La trypanosomiase est une pathologie lourde et complexe qui ne trouve pas sa place dans les systèmes développés actuellement. Cette difficulté d'adaptation contribue à rendre plus difficile encore les conditions de sa prise en charge.

La maladie du sommeil sévit la plupart du temps dans des zones peu accessibles. Durant la première phase de l'évolution de cette terrible affection, seuls quelques symptômes sont susceptibles d'alerter le patient et surtout de le motiver à effectuer pour consulter un déplacement qui représente la plupart du temps plusieurs dizaines de kilomètres. Lorsque ce déplacement est effectué, il est peu probable que le responsable du dispensaire, souvent isolé, ait la capacité de poser un diagnostic correct en l'absence de possibilités de réalisation d'examens sérologiques et microscopiques. C'est pourtant à ce stade que le patient doit être identifié, car lorsque les signes cliniques deviendront évidents, il sera déjà au stade neurologique de la maladie et le risque de décès sera élevé. En effet, les traitements administrés aux malades sont différents selon que celui-ci est en première phase de la maladie ou déjà au stade neurologique. Faute d'investissements, l'arsenal thérapeutique disponible est à la fois faible et terriblement toxique. Comment expliquer que les trois médicaments de base datent respectivement de 1922, 1941, 1949 ? Comment expliquer que le quatrième

médicament (eflornithine), apparu en 1990, ne soit plus disponible aujourd'hui ? Comment expliquer que le melarsoprol, seul médicament utilisé pour le traitement des patients en phase neurologique, soit le dernier dérivé arsenical existant dans le monde ?

A maladie orpheline, médicaments orphelins. Un combat incessant doit être mené pour que la production de ces médicaments ne soit pas interrompue et qu'ils soient accessibles à un prix raisonnable. Comment organiser un dépistage efficace en se basant sur des structures qui n'ont à l'évidence pas les moyens de l'assurer ? Comment dépister cliniquement des sujets sans signes cliniques évocateurs ? Comment traiter des patients gravement atteints avec des médicaments capables de provoquer jusqu'à 10 % d'accidents mortels lors de leur administration ? Comment éviter d'hypothéquer l'avenir des enfants victimes de la maladie du sommeil qui conservent, même après traitement, des retards psycho-moteurs importants ? Comment faire face à l'augmentation des résistances aux médicaments sans traitements alternatifs ? Comment convaincre les gouvernements des pays endémiques à participer financièrement à l'achat des tests et des médicaments ? Comment convaincre les bailleurs de fonds de soutenir une recherche opérationnelle forte ? Comment convaincre des donateurs de participer à une action de lutte spécifique alors que même les pays concernés refusent toute idée de verticalité ? Comment interrompre la transmission par la mise en place de programmes de lutte contre les mouches tsé-tsé sans les moyens nécessaires ? Comment associer la lutte antivectorielle à la réduction du réservoir humain de parasites, alors que l'éthique commande en priorité de traiter de toute urgence les populations atteintes ? Comment lutter contre l'indifférence ? Comment convaincre les pays africains de s'impliquer dans cette lutte, d'exprimer une réelle volonté politique ?

C'est l'histoire d'une maladie qui terrorisa plusieurs générations d'Africains et d'Européens, mais contre laquelle ils luttèrent côte à côte, construisant avec abnégation cette fabuleuse victoire qui tint la vedette de l'exposition coloniale de 1931 à Paris. C'est l'histoire d'une maladie qui fait son retour, dans l'indifférence générale. Le statut de maladie transmissible orpheline a pour corollaires l'indifférence et l'inaction. Dans ces conditions, il ne peut que conduire inéluctablement à une terrible épidémie. Tourner le dos à la réalité n'est pas le meilleur moyen de faire disparaître le danger. L'objectif actuel ne peut donc être que se tenir prêt, garder un noyau de compétence et convaincre. C'est de tisser et renforcer les réseaux d'intervenants, de maintenir les activités de terrain et de promouvoir la recherche. C'est mettre en place des structures capables, le jour où l'épidémie choquera les consciences, de répondre le plus efficacement possible au problème. C'est refuser d'admettre qu'il existe de petites ou de grandes maladies, de petites ou grandes souffrances, et continuer de lutter.

L'onchocercose en l'an 2000 : une endémie en régression ?

Jacques Prod'hon*,
Michel Boussinesq*
et **Jean-Marc Hougard****

L'onchocercose, parasitose tropicale uniquement inféodée à l'homme, est causée par un ver nématode, *Onchocerca volvulus*. La transmission est assurée par les femelles de petites mouches, les simulies. Les femelles de simulies pondent leurs œufs dans des cours d'eau rapides (1). Après l'éclosion des œufs, les larves restent fixées sur des supports immergés. Lors de la piquûre les simulies déposent sur la peau les parasites à l'état larvaire. Les embryons, ou microfilaries, pondus par millions par la femelle du parasite après fécondation se répandent dans tout l'organisme par voie lymphatique et envahissent notamment les tissus oculaires. Ce sont les microfilaries qui sont responsables des complications cliniques observées chez l'homme

Cette parasitose est présente essentiellement en Afrique intertropicale : 99 % des 18 millions de sujets infectés vivent en Afrique subsaharienne, les autres foyers étant situés au Yémen et en Amérique centrale et du Sud (2). Si en 1938 Pierre Richet pouvait affirmer que « l'onchocercose est une verminose extrêmement redoutable dans ses complications et ses répercussions sociales », la situation est-elle toujours la même après la mise en place de vastes programmes de lutte contre cette endémie ? Cette maladie reste la deuxième cause de cécité d'origine infectieuse en Afrique. A côté des lésions oculaires il faut souligner l'importance des lésions cutanées, sources de souffrances individuelles (le prurit est souvent considéré comme un véritable calvaire). Il existe également un impact social important du fait de la stigmatisation dont font l'objet les personnes atteintes de lésions cutanées sévères.

L'importance du contact homme-vecteur joue également un rôle dans la constitution plus ou moins rapide et la gravité de la pathologie onchocerquienne. Ainsi les populations vivant au bord des cours d'eau sont les plus exposées à la

* Parasitologistes, IRD.

** Entomologiste médical, IRD

(1) Seules les femelles de simulies piquent l'hôte définitif – l'homme dans le cas de l'onchocercose humaine – car elles ont besoin d'un repas de sang pour la maturation des œufs ; les mâles se nourrissent de sucres végétaux.

(2) OMS, *L'onchocercose et la lutte anti-onchocerquienne*, Rapport d'un comité OMS d'experts de la lutte anti-onchocerquienne, Série de rapports techniques, n° 852, OMS, Genève, 1995, 113 p.

transmission du parasite, ce qui a conduit à établir une relation entre cours d'eau et cécité d'où le nom de « cécité des rivières » couramment employé pour désigner l'onchocercose. Les infestations répétées contribuent à augmenter « par accumulation » les densités parasitaires chez l'homme, d'où un risque plus grand de maladie sévère chez les sujets les plus exposés.

La lutte contre l'onchocercose a suscité depuis de nombreuses années une importante mobilisation au niveau international conduisant à la mise sur pied de programmes de lutte d'envergure fondés sur une connaissance approfondie de la biologie du vecteur et du parasite. A l'heure actuelle il existe deux programmes internationaux de lutte contre l'onchocercose en Afrique : le Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP, *Onchocerciasis Control Programme*), et le Programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC, *African Programme for Onchocerciasis Control*). OCP et APOC ont pour ambition l'élimination durable de l'onchocercose ; trente pays sont concernés par ces programmes (dont dix-neuf par APOC).



Un exemple de stratégie de lutte antivectorielle

De 1975 à 1989, l'OCP a eu recours à la seule stratégie de lutte antivectorielle faite de moyens de lutte utilisables en campagne de masse contre le parasite (chimiothérapie macro ou microfilaricide, vaccination...). En raison de la dispersion des adultes de simulies et de la variété de leurs lieux de repos la lutte ne concerne que le stade larvaire de l'insecte. L'objectif de cette stratégie est l'interruption de la transmission pour aboutir à une extinction progressive des parasites.

Parmi les nombreux problèmes qui se sont posés et dont certains se posent encore à l'OCP on peut citer le renoncement au DDT (dichloro-diphényltrichloréthane, insecticide organochloré) dont les avantages étaient le faible coût et l'efficacité, mais qui présentait une menace pour l'environnement aquatique. Il faut également signaler la résistance aux différents insecticides employés et qui nécessite une utilisation alternée de différents produits, biodégradables, sélectifs et compatibles avec l'environnement. Enfin, la réinvasion de simulies provenant de zones non traitées peut être favorisée par les vents dominants.

Bien que la quasi-totalité des bassins de l'aire initiale soit assainie, quelques villages possèdent encore des niveaux d'endémicité relativement élevés par rapport aux résultats attendus. Leur existence reste une source de préoccupation car un risque de reprise de la transmission dans les villages environnants est toujours possible. Aussi le Programme accorde-t-il une attention toute particulière à ces foyers résiduels dans le but, d'une part, d'identifier les raisons des contre-performances et, d'autre part, de mettre en œuvre des moyens appropriés d'intervention pour les juguler. L'étude de chacun de ces foyers résiduels est pratiquement achevée et des mesures correctives de lutte, fondées essentiellement sur l'utilisation de l'ivermectine (nouvelle molécule chimiothérapeutique active sur les microfilaries et utilisable en campagne de masse) et, dans une moindre mesure, sur celle des larvicides, sont en train d'être instituées.

Dans les zones d'extension, pour des raisons similaires à celles identifiées en zone initiale, la transmission de l'onchocercose reste difficile à maîtriser en quelques endroits malgré tous les efforts et moyens mis en œuvre pour l'interrompre. Il n'est donc pas exclu que des foyers résiduels d'onchocercose, dont certains ne sont peut-être pas encore identifiés, subsisteront après 2002 (3). Tous les efforts sont

(3) Le 31 décembre 2002 a été retenu comme date programmée de la fin des activités d'OCP, compte tenu de la durée nécessaire, évaluée à douze ans, d'une stratégie de lutte combinant insecticides et thérapeutique anti-parasitaire et du fait du début des opérations dans certaines zones du Programme seulement en 1990.

actuellement déployés pour mieux comprendre dans les foyers recensés la dynamique de la transmission et ajuster, au cas par cas, les schémas thérapeutiques de distribution de l'ivermectine.

La stratégie de lutte antivectorielle, combinée ou non avec la lutte chimiothérapeutique, a déjà permis d'atteindre le premier objectif assigné à l'OCP, éliminer l'onchocercose, avant même que le Programme ne touche à sa fin. L'onchocercose a en effet été éliminée en tant que grave problème de santé publique et le repeuplement des zones fertiles est déjà un processus en pleine accélération. Quant au maintien des acquis du Programme, il est encore trop tôt pour pouvoir affirmer qu'il pourra être assuré. Cependant certains faits sont encourageants. Il convient tout d'abord de noter que l'importance des foyers résiduels après 2002 sera, en superficie, toute relative par rapport aux 25 millions d'hectares de vallées fertiles qui seront assainies d'ici là (4). Les pays participants accordent à ces foyers une attention toute particulière, et il est fort probable qu'ils ne constitueront plus, à quelques exceptions près, un problème majeur après quelques années de lutte chimiothérapeutique intensive.

Un problème important à considérer est celui de la surveillance épidémiologique après 2002. L'onchocercose est en effet une maladie qui ne se manifeste déjà plus sur le plan clinique mais qui peut resurgir à la moindre baisse de vigilance des services de santé. Là aussi, un optimisme raisonnable peut être affiché dans la mesure où l'OCP a pris soin ces dernières années de veiller au renforcement des systèmes de santé dans l'aire du Programme. Les recherches s'intensifient d'ailleurs afin de mettre au point des outils toujours plus simples et efficaces de détection et de lutte en vue d'un transfert des méthodes aux pays participants.

Il est intéressant enfin de noter que sur le plan de l'environnement, l'OCP a toujours utilisé des insecticides inoffensifs, tant pour l'homme et les autres mammifères, que pour les vertébrés et invertébrés aquatiques. Un larvicide antisimulidien ne peut être en effet utilisé s'il représente une menace pour l'environnement aquatique non cible, à court, à moyen ou à long terme. C'est pourquoi l'impact des insecticides sur les invertébrés et les poissons d'eau douce a toujours fait l'objet d'un suivi constant de la part d'hydrobiologistes du Programme chargés de veiller au respect des consignes formulées par un groupe d'experts indépendants de l'OCP.

● **Un exemple de stratégie de lutte chimiothérapeutique**

Il est apparu très vite qu'une extension des activités de lutte antivectorielle à l'ensemble des zones d'endémie n'était pas envisageable car l'effort financier requis était considéré comme prohibitif. Au début des années quatre-vingt, alors que l'impact de l'OCP était déjà perceptible, les efforts se poursuivaient en vue de mettre au point un médicament utilisable en traitement à large échelle. Dans ce contexte la découverte de l'ivermectine (5) en 1975 par les laboratoires Merck Sharp et Dohme (MSD, actuellement Merck et Co., Inc.) constitua un véritable bouleversement.

Avant la découverte de l'ivermectine, le traitement chimiothérapeutique de l'onchocercose ne pouvait être appliqué qu'à une échelle individuelle. Les médicaments efficaces contre le parasite devaient en effet être administrés soit par voie parentérale, soit par voie orale, mais à doses croissantes pendant plusieurs jours

(4) On estime à 36 millions de dollars le « retour économique » dû à l'assainissement et la recolonisation par l'homme des terres fertiles des vallées des Volta (Burkina Faso)

(5) Enregistré en France en 1987 sous le nom de Mectizan® pour le traitement de l'onchocercose humaine

ou plusieurs semaines. Les quelques tentatives de traitement à large échelle faites avant les années quatre-vingt n'ont en réalité concerné que quelques centaines de personnes et ont été rapidement interrompues. Dans les années quatre-vingt plusieurs études ont montré qu'une dose orale unique d'ivermectine entraînait une chute rapide, considérable et prolongée des charges microfilariennes dermiques et oculaires et ne provoquait, et ce dans moins d'un quart des cas, que des réactions secondaires bénignes. L'ivermectine n'ayant pas d'effet sur les vers adultes, les traitements doivent être répétés tous les six mois ou tous les ans pour maintenir les charges microfilariennes au-dessous du seuil pouvant induire les complications de l'infestation. Les essais en phase IV (6) menés à partir de 1987 ont ensuite révélé que les traitements répétés tous les ans pouvaient faire régresser certaines lésions oculaires graves jusque-là considérées comme irréversibles, prévenir l'apparition d'une autre lésion cécitante (l'atrophie optique) et améliorer certaines lésions cutanées. En 1987 les laboratoires Merck Sharp et Dohme prirent la décision de « fournir gratuitement le Mectizan® pour le traitement de l'onchocercose à tous ceux qui en ont besoin, et ce aussi longtemps que nécessaire » (7). Grâce à cette initiative sans précédent, des programmes de lutte contre l'onchocercose fondés sur la distribution d'ivermectine se mirent en place dans de nombreux pays. Ces programmes, généralement menés en collaboration entre les ministères de la Santé des pays et des organisations non gouvernementales pour le développement (ONGD), ont permis de traiter rapidement un certain nombre de foyers anciens où la gravité de la maladie était bien connue.

En 1990-1991 cependant, seule une faible proportion des quelque 17 millions de personnes infectées par *Onchocerca volvulus* et vivant en Afrique en dehors de l'aire d'OCP avait été traitée par ivermectine. Plusieurs raisons pouvaient expliquer ces résultats. Tout d'abord, pour de très nombreuses régions, les données concernant la répartition de l'onchocercose étaient très fragmentaires, voire inexistantes : il était donc nécessaire de définir une méthode permettant d'identifier rapidement l'ensemble des populations cibles pour les campagnes de distribution. Ensuite, l'absence de coordination entre les divers intervenants conduisait souvent à une mauvaise gestion des activités de traitement et à une focalisation de ces dernières sur des zones relativement réduites. Enfin, les distributions étaient la plupart du temps menées de manière extrêmement « verticale » : les équipes mobiles ne séjournaient souvent que quelques jours dans les villages, sans que les populations concernées au premier chef aient été préalablement informées, mobilisées, ni *a fortiori* impliquées dans l'élaboration du processus de traitement. Dans ce contexte, il était clair que la couverture thérapeutique ne pouvait être que limitée, et ce d'autant plus que le caractère insidieux des manifestations de l'onchocercose ne favorise par la participation des populations aux campagnes de traitement.

En premier lieu, il a été décidé que les niveaux d'endémie onchocercienne seraient évalués à partir de la prévalence mesurée chez les hommes adultes, des nodules sous-cutanés qui contiennent les vers adultes. En examinant, par cette méthode, un grand nombre de villages choisis en fonction de leur localisation par rapport au réseau hydrographique, il est possible de dresser une carte de répartition de la maladie pour chaque pays et d'identifier les zones où l'onchocercose est méso- ou hyperendémique (où plus de 35 % de la population est parasitée) et devant donc bénéficier des programmes de distribution. Ce processus de cartographie épidémiologique rapide de l'onchocercose représente un effort de simplification méthodologique

(6) Essais en phase IV - étude de l'utilisation réelle du médicament en pratique médicale et, bien que souvent elle ne soit pas reconnue comme une phase d'investigation clinique, c'est une des plus importantes d'un point de vue clinique compte tenu des fréquences d'administration permettant une plus grande pharmacovigilance.

(7) D Lindley, « Merck's New Drug Free to WHO for River Blindness Programme », *Nature*, 329, 1987, p 752.

sur le terrain considérable. Par ailleurs, un groupe de coordination des ONG pour la distribution de l'ivermectine a été mis en place en 1992.

Enfin les travaux ont montré que la couverture était d'autant plus élevée que les communautés étaient plus étroitement impliquées dans la mise en œuvre et la gestion du processus de distribution. De cette constatation est née l'élaboration d'une nouvelle stratégie de distribution, appelée « traitement par ivermectine sous directives communautaires » (TIDC). Le principe essentiel de cette stratégie est que le médicament devra être administré par des agents de la communauté désignés par la population elle-même et spécialement formés aux diverses activités entourant le traitement : sensibilisation préalable et recensement de la population, traitement proprement dit et suivi des effets secondaires, enregistrement des informations concernant le traitement, gestion des stocks d'ivermectine et élaboration des rapports concernant le déroulement de la distribution dans la communauté. Outre son intérêt en terme de coût, cette stratégie semble être le seul moyen d'assurer la pérennisation à long terme des activités de distribution (8). Malgré les excellents résultats par ailleurs obtenus par le groupe de coordination des ONG, il est apparu que l'expansion des activités de lutte devait passer par la création d'un véritable programme régional capable de générer des ressources supplémentaires. C'est ainsi que fut créé, fin 1995 (9), le programme APOC dont l'objectif principal est, d'établir en douze ans des systèmes efficaces et pérennes de traitement à l'ivermectine sous directive communautaire dans toutes les zones d'endémie situées en dehors de l'aire de l'OCP.

Trois ans environ après le début effectif de ses activités, l'APOC a permis la mise en place de plusieurs dizaines de projets de distribution d'ivermectine dans la plupart des pays concernés. Le nombre de personnes traitées en 1998 dépasse certainement les 15 millions. Ces résultats montrent que l'APOC, en intégrant dans ses diverses instances la plupart des organisations intervenant dans la lutte contre l'onchocercose, a su créer une dynamique compatible avec les objectifs qu'il s'est fixés. Une étude visant à évaluer l'impact à long terme des activités du programme a débuté en 1998. Des données de base concernant la prévalence des diverses lésions d'origine onchocerquienne, l'intensité de la transmission du parasite et certains indicateurs socio-économiques ont été recueillies dans une quinzaine de sites répartis dans onze pays. Un nouvel examen de ces sites dix ans après le début des distributions d'ivermectine devrait permettre d'établir si les objectifs d'APOC ont été atteints.

Une des principales préoccupations des instances de l'APOC porte sur la pérennisation des activités de distribution pendant toute la durée du programme. En effet, on considère que les objectifs affichés ne seront atteints que si la couverture thérapeutique dépasse, chaque année, 60 % de la population totale. Les principes du TIDC ont été établis pour répondre à ce défi. Cependant, l'expérience montre que même si cette stratégie semble avoir une effectivité optimale, certains obstacles devront être surmontés. En premier lieu, l'effort d'information auprès des populations devra être adapté au tableau clinique de l'onchocercose, qui peut varier largement d'un foyer à l'autre. De plus, dans certaines régions, l'indifférence relative des communautés tient au fait que leur préoccupation principale ne concerne pas la maladie elle-même, mais la nuisance occasionnée par les piqûres de simules. Ensuite, il est clair que la qualité de la prise en charge des effets secondaires influe largement sur la participation au traitement : trop souvent, cette prise en charge est réduite à son minimum. Dans ce cas, la pérennisation des activités de traitement peut être compromise dès la deuxième année d'activité. Un obstacle majeur au traitement de masse

(8) T Diarra, « La distribution et le traitement par l'ivermectine sous directives communautaires », *Cahiers santé*, 8, 1998, pp. 81-83.

(9) La durée prévue d'APOC est de douze ans à compter de 1995

par ivermectine est la coexistence dans certaines régions de zones d'endémie d'onchocercose et de loase (autre filariose humaine) et la possibilité de complications secondaires graves après prise d'ivermectine chez des sujets atteints de loase.

● La lutte contre l'onchocercose demain

L'onchocercose est probablement une des maladies tropicales dont le poids sur les populations a le plus diminué au cours des vingt dernières années. Cet état de fait est le fruit de la conjonction de plusieurs facteurs favorables dont les plus importants sont probablement, d'une part, l'existence d'outils très efficaces permettant de lutter contre le vecteur et le parasite, et, d'autre part, une volonté politique forte ayant permis de mettre en place des programmes de lutte à une échelle régionale. Un bilan de l'OCP a été établi par la Banque mondiale et on peut rappeler certains chiffres (10) : l'OCP a permis de prévenir 125 000 à 200 000 cas de cécité ; 1,5 million de personnes initialement infectées par *Onchocerca volvulus* ne le sont plus ; 25 millions d'hectares de terres arables, qui pourraient nourrir 17 millions de personnes, ont été libérés et des communautés s'y installent spontanément ; les opérations d'OCP entre 1974 et 2004 auront coûté 437 millions de dollars, ce qui correspond à 0,45 dollar US par personne protégée et par an ; le taux de rendement économique d'OCP serait de 20 %, c'est-à-dire beaucoup plus important que dans la plupart des programmes de santé.

Les résultats de l'OCP, qui mettent en évidence l'impact que peut avoir un programme de lutte bien mené, alliés à la décision sans précédent de Merck et Co. de fournir gratuitement le Mectizan®, ont été déterminants dans la création de l'APOC. Incontestablement, une nouvelle phase de l'histoire de la lutte contre l'onchocercose a débuté en décembre 1995. Si les résultats attendus sont connus, tant au niveau de la santé publique qu'en termes économiques, l'impact réel des activités ne pourra être établi que dans une dizaine d'années. L'APOC s'est donné les moyens d'évaluer cet impact et de réagir rapidement aux difficultés qui pourraient se poser. En effet, suivant en cela l'exemple de l'OCP, un volet de recherche opérationnelle a été intégré au programme. Cette recherche est fortement orientée vers les sciences humaines, ce qui est fort logique car le plus grand défi de l'APOC est d'assurer la pérennité à long terme des activités : compte tenu du caractère insidieux de l'onchocercose et malgré la décentralisation des activités de traitement, il est en effet possible que dans certaines zones la couverture thérapeutique ne se maintienne pas à un niveau satisfaisant pendant toute la durée du programme. Il faudra dans ce cas définir avec les communautés elles-mêmes les moyens de résoudre ce problème.

Dans ce contexte de programme établi à long terme, il est certain que la recherche d'un médicament macrofilaricide, c'est-à-dire efficace sur les vers adultes, est toujours d'actualité. Bien qu'aucune molécule nouvelle ne soit actuellement disponible, on sait que des traitements par ivermectine répétés à intervalles de un à trois mois ont un effet marqué sur la longévité et les capacités de reproduction des vers adultes. Les résultats définitifs d'une étude menée au Cameroun sur les potentialités macrofilaricides de l'ivermectine administrée à des doses élevées et/ou relativement rapprochées (trimestrielles) seront disponibles prochainement. S'ils répondent à notre attente, on peut imaginer que des stratégies de distribution nouvelles puissent être recommandées dans les zones où l'onchocercose est particulièrement grave. Les travaux menés en vue de trouver un traitement macrofilaricide ne doivent pas occulter ceux portant sur un vaccin, qui doivent également être poursui-

(10) J.M. Hougard, L. Yameogo, A. Seketeli *et al.*, « Twenty Two Years of Blackfly Control in the Onchocerciasis Control Programme in West Africa », *Parasitology Today*, 13, 1997, pp. 425-431.

vis. Enfin, des recherches sont en cours pour évaluer, à partir de modèles mathématiques, les risques d'apparition d'une résistance du parasite à l'ivermectine et pour mettre au point des sondes moléculaires capables de détecter précocement les gènes liés à la résistance dans une population d'*Onchocerca volvulus*. Si un tel phénomène survenait, il serait nécessaire de trouver un médicament de remplacement ; la moxidectine pourrait être un candidat mais, sa structure étant proche de celle de l'ivermectine, un risque d'apparition de résistance croisée peut être envisagé.

● Des promesses largement tenues

Les programmes de lutte contre l'onchocercose menés depuis vingt-cinq ans ont largement tenu leurs promesses. Toutefois, les efforts humains, financiers, de surveillance et de recherche doivent être poursuivis car une erreur fatale serait de considérer que le problème de l'onchocercose est résolu par le succès de l'OCP et par l'existence et la mise à disposition gratuite de l'ivermectine. Compte tenu de la valeur d'exemple qu'ont ces programmes, leur échec serait catastrophique. *A contrario*, de nombreux signes laissent à penser que l'OCP et l'APOC joueront, au-delà du strict problème de l'onchocercose, un rôle essentiel dans l'évolution des systèmes de santé en Afrique. Ainsi, le processus de dévolution des activités de l'OCP devrait aboutir à l'intégration de personnels qualifiés au sein d'équipes nationales chargées non seulement de surveiller les acquis du programme mais aussi de lutter contre les autres grandes endémies tropicales, notamment la trypanosomiase, le paludisme, les bilharzioses et la dracunculose.

Les résultats des différents programmes de lutte de grande envergure menés contre l'onchocercose font état d'un bilan positif permettant de considérer l'onchocercose comme une « endémie en voie de régression » quand on compare la situation actuelle et celle prévalant avant la mise en œuvre de ces programmes.

Villes africaines et santé : de la nouvelle jeunesse des vieilles endémies, à l'émergence de nouvelles épidémies

Gérard Salem*,
Emmanuelle Cadot*
et **Florence Fournet ***

La croissance urbaine dans les pays du Sud est particulièrement rapide en Afrique noire où, depuis le temps lointain des villes des routes transsahariennes et du royaume du Ghana, le continent était resté à l'écart du phénomène d'urbanisation que connaissaient l'Amérique latine et l'Asie. Sur le continent africain, le phénomène est récent, brutal et massif. Parmi les multiples dimensions déconcertantes de la croissance urbaine des pays d'Afrique, les aspects sanitaires, au regard de leur importance, sont probablement les moins étudiés. Le passage en quelques décennies de villes moyennes à des villes millionnaires pose pourtant des problèmes aigus aux planificateurs de santé publique qui ont la lourde charge d'équiper, sans grands moyens publics, des villes dont ils ne maîtrisent pas la croissance, ainsi qu'aux responsables locaux qui doivent définir des stratégies de prévention et de soins adaptées à des populations majoritairement pauvres, socialement et culturellement variées. On sait finalement peu de choses sur les spécificités urbaines des problèmes de santé, et même les organismes internationaux sont en retard sur le phénomène.



Des traits démographiques et épidémiologiques spécifiques

Lieux de la « transition démographique », caractérisée par une diminution rapide des taux de mortalité et lente du taux de natalité, et lieux d'accueil des migrants, les villes doivent à égalité leur croissance au croît naturel et au croît migratoire.

L'Afrique est donc confrontée aux problèmes généraux des villes comptant plusieurs centaines de milliers d'habitants. Si ces problèmes sont com-

* Géographes, université de Paris X/IRD.

plexes en eux-mêmes, comme en témoignent les difficultés de gestion rencontrées par les métropoles des pays du Nord, ils le sont autrement plus en Afrique où le processus d'urbanisation n'est pas soutenu par une croissance des richesses (équipements, emplois, services, etc.) proportionnelle à sa croissance spatiale et démographique.

Ces problèmes, traduits en termes sanitaires, confrontent les responsables de santé publique à des difficultés qui dépassent leur domaine de compétence et leurs capacités d'intervention :

- comment planifier l'action sanitaire dans des villes incontrôlées ?
- comment assurer le minimum d'infrastructures sanitaires dans des villes sans ressources ?
- comment assurer un système de recouvrement des coûts de santé avec des populations non solvables ?

A ces questions d'ordre social, politique et économique, s'ajoutent des questions d'ordre plus proprement épidémiologique.

Bien des certitudes doivent être révisées en milieu urbain : des pathologies qu'on croyait bien connaître prennent un jour particulier dans les villes. D'un point de vue épidémiologique, on caractérise le milieu urbain comme hétérogène, dense et ouvert (Salem, 1998).

Un milieu hétérogène

Les modalités d'urbanisation font qu'il y a des villes dans la ville. Si les citadins ont un meilleur état de santé que les ruraux « en moyenne », celle-ci cache des écarts de santé considérables, au point que la santé des citadins pauvres est souvent plus mauvaise que celle des paysans.

D'une façon générale, les problèmes de santé rencontrés dans les villes sont plus fonction du cadre de vie, du niveau social, que de considérations proprement médicales : il est rare que l'on soit médicalement dépassé devant une infection respiratoire, une diarrhée, une rougeole ou un accès palustre. Ces quatre maladies représentent pourtant 80 % des causes de mortalité infanto-juvénile. A ces problèmes dramatiquement quotidiens, s'ajoutent ceux qui sont liés aux nouveaux modes de vie urbains, comme la diminution de la durée de l'allaitement maternel ou l'augmentation de la consommation de tabac (Feachem et Jamison, 1991).

Les études d'épidémiologie et de géographie de la santé montrent qu'il n'y a pas de correspondance univoque entre état de santé et pauvreté : en ville se cumulent les classiques pathologies infectieuses et parasitaires des pays pauvres avec les pathologies dites de pays riches comme l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, les cancers, les « sociopathies », etc. Mais, est-ce à dire que les maladies de pays riches toucheraient exclusivement les riches des pays pauvres ? Rien n'est moins sûr : les recherches menées sur l'hypertension artérielle dans les villes d'Afrique (Koaté, 1978 ; Astagneau *et al.*, 1992) montrent, au contraire, que les populations vivant dans les situations les plus précaires, sont gravement touchées par cette maladie. De même, les travaux menés sur l'obésité (Maire *et al.*, 1992) montrent que les pauvres sont exposés à ce grave problème. A milieu hétérogène, problèmes hétérogènes auxquels les responsables de santé publique devront répondre sans grands moyens : comment concevoir un système de soins qui réponde à une telle variété de problèmes !

Un milieu dense et ouvert

La première caractéristique épidémiologique des zones urbaines est la densité de population humaine. L'épidémiologie de nombreuses maladies s'en trouve modifiée. Ainsi, la rougeole ne se présente pas en ville sous la forme de brutales flambées épidémiques comme en milieu rural mais comme un problème chronique touchant les petits citadins beaucoup plus tôt que les petits ruraux. Toutes les stratégies vaccinales s'en trouvent affectées. D'autres grandes endémies qu'on croyait bien connaître, comme les parasitoses intestinales (Eyckmans, 1983 ; Salem *et al.*, 1994a), voire la fièvre jaune et la dengue présentent en milieu urbain des traits particuliers. Ainsi, dans la nouvelle écologie urbaine, des espèces d'anophèles, vecteur du paludisme, que l'on pensait exclusivement exophiles deviennent endophiles, de diurnes deviennent nocturnes, etc. (Salem *et al.*, 1994b). D'autres encore, plus spécifiquement associées au monde rural (trypanosomiase ou maladie du sommeil, schistosomiases, etc.) trouvent avec la multiplication des cultures vivrières marchandes intra et péri-urbaines, corolaire de la croissance démographique, les moyens de s'exprimer en ville.

Une des difficultés à gérer les problèmes de santé des villes tient à leur caractère ouvert : entre la ville et la campagne, les échanges sont intenses et incontrôlables. Les exemples récents d'épidémies de choléra, se diffusant au gré des déplacements de populations en témoignent ; l'épidémie de sida constitue un autre exemple. Plus généralement, le bouleversement des modes de vie traditionnels, la promiscuité, la pauvreté, offrent aux pathologies transmissibles – des maladies sexuellement transmissibles (De Schampfeire *et al.*, 1990) à la tuberculose, aux dermatoses et aux ophtalmies – un terrain favorable. Comment le système de soins saura-t-il répondre à des problèmes aussi différents ?

● Un système de soins varié et complexe

Une large offre de soins modernes, mais de grandes inégalités d'accès

On a coutume de dire que l'offre de soins modernes est meilleure en ville qu'à la campagne. Ne voit-on pas effectivement concentrée dans les villes toute la gamme des infrastructures sanitaires, les médecins, les spécialistes, les hôpitaux et les cliniques ? Mais cette offre de soins n'est bien souvent que virtuelle : tous les citadins n'ont pas le même accès à ces soins, faute d'argent, de couverture sociale, de conscience de la gravité de certains maux voire, plus scandaleusement, d'introductions pour entrer à l'hôpital.

Il reste que la multitude de recours thérapeutiques possibles engendre bien souvent une mauvaise utilisation de ces services : on ira volontiers consulter plusieurs infirmiers, on suivra plusieurs traitements sans en mener aucun à son terme. Ces recours multiples, qui n'assurent évidemment pas le meilleur traitement pour un épisode morbide, coûtent cher aux patients comme à la collectivité. Quel médecin n'a pas l'expérience de malade présentant un état désespéré faute d'avoir été aiguillé sur le bon service dans les délais ? A ces errances thérapeutiques s'ajoute souvent la consommation aberrante de médicaments. Confrontés parfois à des ordonnances pléthoriques, les malades n'ont d'autres choix que de sélectionner quelques médicaments en fonction de leurs moyens financiers. Ce problème risque de prendre un tour dramatique avec le développement d'une automédication incontrôlée. En marge des circuits pharmaceutiques légaux, on voit se multiplier l'offre, sur les marchés ou au porte-à-porte, de médicaments aux qualités chimiques douteuses, aux posologies fantaisistes, inadaptés au problème des plaignants. Le nombre croissant de souches résistantes aux antibiotiques courants en est une illustration tragique.

Une « médecine traditionnelle » omniprésente et en plein essor

A cette diversité de l'offre de soins « modernes », s'ajoute une diversité plus grande encore de soins dits « traditionnels ».

En milieu rural, patients et « tradipraticiens » évoluent le plus souvent dans un système commun d'interprétation de la maladie même si l'on recourt parfois aux services d'un guérisseur étranger au groupe. En milieu urbain, la situation est plus complexe : à l'offre de soins du guérisseur de sa propre culture s'ajoutent les offres de personnes venues de tous les horizons du pays. A un même mal, correspondront des offres thérapeutiques variées, entre lesquelles le patient devra choisir, à moins qu'il ne les adopte toutes.

Il faudrait tordre le cou au préjugé qui veut que « la médecine traditionnelle » coûte moins cher que la médecine moderne (il n'y a là aucune loi générale, tout dépend de la nature de la maladie et du type de guérisseur) et à cette autre idée reçue que la ville, lieu de modernité, verrait progressivement s'éteindre les croyances traditionnelles pour laisser la place à la rationalité occidentale. Aux nouvelles pathologies évoquées plus haut, les néo-citadins, mères de familles, chefs de lignage ou guérisseurs vont tenter d'apporter des réponses culturellement satisfaisantes.

On touche là à un autre aspect essentiel des problèmes de santé en milieu urbain : le recours simultané et fréquent à l'un et l'autre système de soins, le « moderne » et le « traditionnel ». Les offres de soins de l'un et l'autre système sont parfois complémentaires, comme en témoigne l'expérience du service de psychiatrie de l'hôpital de Fann (Dakar) associant guérisseurs et psychiatres, mais elles sont parfois concurrentes, notamment dans les affections chroniques que la médecine moderne est incapable de guérir. Ainsi, le traitement de l'hypertension artérielle oppose le médecin – qui ne peut proposer, à vie, qu'un médicament coûteux, entraînant parfois des effets secondaires, pour seulement contrôler sans la guérir une maladie souvent asymptomatique risquant de causer un accident cardio-vasculaire – et le guérisseur affirmant guérir rapidement et définitivement cette maladie.

D'une façon générale, on demande à la médecine occidentale de soigner les symptômes de la maladie. On peut demander, en plus, à la médecine traditionnelle d'identifier les causes ultimes du mal et de mettre en œuvre les moyens pour les combattre.

La ville est donc le lieu paradoxal de réaffirmation de vieilles endémies prenant une nouvelle jeunesse, et le lieu d'émergence de nouvelles endémies, transmissibles ou non. Deux exemples illustreront cette situation paradoxale : l'étude de la schistosomiase urinaire dans la ville de Daloa (Côte d'Ivoire) en relation avec le développement des cultures intra et péri-urbaines, et l'analyse de la situation nutritionnelle des femmes de Pikine (Sénégal), qui illustre le cumul de problèmes de maigrreur et d'obésité.

● **Permanence et développement de vieilles endémies : la schistosomiase urinaire à Daloa**

De nombreuses villes moyennes d'Afrique voient se pérenniser ou se développer des activités agricoles intra-urbaines. L'intrication étroite d'espaces « ruraux » et « urbains » pose de nouveaux problèmes de santé publique, notamment pour les pathologies liées à l'eau. Les aménagements créés pour le maraîchage, la riziculture,

etc., favorisent le développement d'endémies considérées comme plus spécifiquement rurales (paludisme, maladie du sommeil, dengue, etc.). Les aménagements hydro-agricoles favorisent ainsi le développement des populations d'hôtes intermédiaires de la schistosomiase urinaire (Doumenge, 1992 ; Handschumacher *et al.*, 1992).

La schistosomiase urinaire est une maladie parasitaire dont la transmission dépend d'un contact étroit entre les trois acteurs de la maladie (homme, parasite et hôte intermédiaire) et les eaux de surface. Les hôtes intermédiaires de la schistosomiase urinaire sont des mollusques d'eau douce du genre *Bulinus*. Les parasites, émis par les mollusques, migrent rapidement à travers la peau des individus immergés. Les urines contaminées véhiculent les œufs de l'agent pathogène qui éclosent au contact de l'eau, libérant des embryons qui se logent dans l'organisme d'autres mollusques, entretenant ainsi le cycle de la transmission. Cette maladie est d'autant plus grave que la population est hautement infectée, débouchant sur des problèmes urinaires et génitaux.

L'étude s'est déroulée dans la ville de Daloa, plus grand centre urbain de la région du Centre-Ouest de la Côte d'Ivoire. La population de la ville s'est fortement accrue depuis les années soixante, passant de 7 487 habitants en 1955 à 121 842 en 1988 (Alla Della, 1991). Les dernières estimations de l'Institut national de la statistique portent ce chiffre à 158 190 habitants en 1995, faisant de Daloa la troisième ville du pays (Cadot *et al.*, 1998). La ville s'est développée sur un site particulier, caractérisé par une alternance de bas-fonds et d'interfluves. Certains bas-fonds longent les limites actuelles de la ville, d'autres pénètrent profondément au cœur des différents quartiers. Le tissu urbain n'est pas homogène sur l'ensemble de l'agglomération. Ainsi les bas-fonds du nord-ouest et de l'extrême sud longent-ils des quartiers irréguliers où l'habitat s'est développé spontanément. A l'opposé, d'autres vallées humides, au nord-est de la ville, ceinturent un quartier loti présentant une trame régulière et un habitat résidentiel. Il existe donc une mosaïque de situations où les relations entre populations riveraines et bas-fonds sont plus ou moins étroites.

Deux grands types d'enquêtes ont été réalisés, malacologique et parasitologique. L'enquête malacologique a été menée dans deux bas-fonds de la ville, le Bata et le Gako, afin d'évaluer la distribution dans l'espace et dans le temps de *Bulinus globosus*, hôte intermédiaire de la schistosomiase urinaire dans la zone forestière ivoirienne. L'enquête parasitologique a été conduite dans deux quartiers de la ville, choisis en fonction de leurs caractéristiques urbaines (tissu urbain et type de construction) et de leur position par rapport aux bas-fonds étudiés lors de la prospection malacologique. Ainsi Kennedy II, s'étendant au nord-ouest du bas-fond Bata, est un ancien quartier spontané présentant un habitat irrégulier et un mélange de constructions dures et précaires. A l'opposé Fadiga, qui longe le bas-fond Gako, est un quartier loti, d'apparition plus récente, où l'habitat est régulier.

L'aménagement des bas-fonds pour la riziculture irriguée a débuté dans les années soixante-dix. En 1998, la totalité des bas-fonds qui ceinture la ville est mise en valeur, tant pour la riziculture que pour le maraîchage. Si le maraîchage est une activité plutôt féminine, la riziculture est une activité mixte. Les Bété, groupe autochtone, se sont peu investis dans le développement de la riziculture. Les bas-fonds sont donc exploités par une population majoritairement allogène : malinké, sénoufo, voltaïques (Cadot *et al.*, 1998).

La riziculture et le maraîchage sont présents dans les deux sites retenus pour la prospection malacologique, on remarque cependant que les jardins maraîchers sont plus nombreux dans le Gako. Les bulins ont été récoltés au niveau de huit sites de prélèvement, répartis dans différents biotopes : mares des jardins maraîchers, d'une part, casiers, canaux secondaires et canaux primaires des rizières, d'autre part.

Dans le Gako, la population de bulins est nettement plus importante que dans le Bata (1 312 individus prélevés au total dans le Gako et 274 dans le Bata). C'est dans les mares servant à l'arrosage des jardins maraîchers que les bulins sont les plus nombreux : 84,4 % dans les mares et 15,6 % dans les canaux secondaires des rizières (tableau 1). Dans le Bata, *Bulinus globosus* est présent presque uniquement dans les canaux secondaires.

1. - La population de *Bulinus globosus* dans les deux bas-fonds en fonction des différents biotopes

	Bata/Kennedy II		Gako/Fadiga	
	Effectifs	%	Effectifs	%
Mares	0	0,0	1 108	84,4
Casiers rizicoles	2	0,7	0	0,0
Canaux secondaires	271	98,9	204	15,6
Canaux primaires	1	0,4	0	0,0
Total	274	100,0	1 312	100,0

Source : Cadot *et al.*, 1998.

La recherche de la présence de *Schistosoma haematobium*, agent pathogène de la schistosomiase urinaire, révèle une présence plus importante de bulins infectés dans le Bata : 2,2 % d'hôtes parasités et seulement 0,8 % dans le Gako. On trouve plus d'hôtes parasités dans les rizières que dans les mares.

Les enquêtes parasitologiques ont permis d'examiner 310 personnes dont 104 à Fadiga et 206 à Kennedy II. Sur l'ensemble de la population examinée, 96 cas de schistosomiase ont été dépistés, dont 17 à Fadiga et 79 à Kennedy II. La prévalence de la schistosomiase urinaire est de 16,3 % à Fadiga et de 38,3 % à Kennedy II. Elle est significativement plus élevée à Kennedy II qu'à Fadiga ($p < 0,001$). Aucune différence significative n'apparaît quant à la distribution de la maladie selon le sexe dans les deux quartiers. La prévalence de la maladie varie significativement avec l'âge. Ainsi à Fadiga, la prévalence de la classe d'âge des 10-14 ans est significativement supérieure ($p < 0,001$) à celles des autres classes d'âge. De même à Kennedy II, la prévalence des 10-14 ans est plus élevée que les autres, mais de façon moins marquée ($p < 0,05$).

Si les bas-fonds sont bien le lieu privilégié du contact homme/eau, le risque de schistosomiase varie au sein du bas-fond suivant le type de mise en valeur agricole. Les mares d'arrosage apparaissent comme un biotope plus favorable au développement des bulins que les rizières. Cependant la proportion des hôtes infestés y est relativement faible. Le contact homme/eau est assez limité dans ces mares de taille réduite qui servent uniquement à l'arrosage des jardins maraîchers : le risque de transmission de la maladie est relativement faible. En revanche, le risque est plus important dans les canaux des rizières. L'ensemble des activités liées à la riziculture (entretien des diguettes, remise en eau des casiers, repiquage du riz, etc.) entraîne un contact homme/eau plus étroit. Les riziculteurs apparaissent donc comme un groupe de population à risque. Pour autant, l'existence d'autres activités (baignade, pêche, lessive) laisse supposer que la population soumise au risque de schistosomiase urinaire ne se limite pas aux seuls riziculteurs.

Le nombre élevé de cas de schistosomiase urinaire dépistés au cours des enquêtes parasitologiques dans le quartier Kennedy II pourrait s'expliquer en partie par un fort degré d'exposition de la population au risque, particulièrement

important en raison de la proximité du bas-fond, et par l'importante proportion d'actifs agricoles dans ce quartier.

Parmi les cas de schistosomiase diagnostiqués par le système de soins, aucun des malades ne provient du quartier Fadiga et seulement deux d'entre eux viennent de Kennedy II. La majorité de la population consultante atteinte de schistosomiase vient des quartiers ouest de la ville. L'origine des malades reflète davantage les aires d'attraction des dispensaires concentrés dans la partie occidentale de l'agglomération, que la localisation de la maladie dans la ville.

La contraction de cette pathologie n'entraîne pas, chez les personnes atteintes, un recours au système de soins modernes. La difficulté d'accès aux structures de soins modernes (distance, coût), ou une perception particulière de cette maladie qui les amènerait vers d'autres recours (automédication, tradipraticiens) pourraient expliquer cette tendance.

A travers l'enquête parasitologique et l'analyse des cas diagnostiqués par le système de soins, une même tendance apparaît quant à la structure par âge de la population atteinte. Les classes d'âge inférieures à 15 ans sont particulièrement touchées par la maladie. Si les jeunes enfants participent aux travaux rizicoles, leur intervention se limite à la surveillance des casiers avant la récolte, activité qui n'entraîne pas un contact étroit avec l'eau puisqu'elle se fait à partir des diguettes qui délimitent le casier. D'autres activités plus spécifiques des enfants, comme la pêche et la baignade, sont sans doute à l'origine de la contamination.

Il est difficile d'évaluer le nombre de cas de schistosomiase urinaire sur l'ensemble de la ville à partir des prévalences des deux quartiers enquêtés ou du nombre de cas diagnostiqués par le système de soins. Si l'on considère que les deux quartiers sont particulièrement exposés, une évaluation à partir des prévalences calculées serait trop forte. La sous-activité du système de soins permet de penser que l'évaluation faite à partir du nombre de cas diagnostiqués serait trop faible. La réalité doit se trouver entre ces deux extrêmes. En s'appuyant sur les caractéristiques socio-démographiques de la population des différents quartiers et leurs localisations par rapport aux bas-fonds, on peut penser qu'il y aurait de 10 000 à 15 000 personnes qui pourraient être atteintes par la schistosomiase urinaire dans la ville de Daloa.

Si les mises en valeur agricole des bas-fonds concourent à la richesse et à la dynamique de la ville de Daloa, et surtout à l'alimentation de la population, elles n'introduisent pas moins des problèmes de santé qui, sans être vitaux, ont un coût social important. C'est un des paradoxes des situations sanitaires dans les villes.

● **Transition nutritionnelle ou cumul de problèmes de maigreur et d'obésité ? L'exemple de Pikine**

Simple facteur de risque pour les uns, indicateur synthétique de santé pour les autres, l'état nutritionnel est un sujet de polémique entre épidémiologistes. Les indicateurs nutritionnels sont pourtant d'un intérêt patent, tant dans les pays développés que sous-développés, parce que, révélateurs de modes de vie et de types d'alimentation, passés et présents, ils définissent de façon très spécifique des facteurs de risque de maladies et de causes de décès.

Le bouleversement des modes de vie en zone urbaine s'exprime largement dans les habitudes nutritionnelles. Le premier trait important est que les citadins, n'étant pas producteurs de ce qu'ils consomment, sont tributaires du marché, produits offerts et prix, pour leur alimentation. Il n'y a pas, en conséquence, pour ceux qui ne sont pas en situation trop précaire, de période de soudure à assurer, ni

d'années de disette à supporter. Ceux qui disposent d'un revenu régulier achètent souvent en début de mois les produits de premier usage, notamment le riz. Les ingrédients non stockables constituent « la dépense » pour les plats du midi et du soir, âprement négociée par l'épouse chaque matin, tandis que le mari déjeune de plus en plus souvent à l'extérieur du domicile, ce qui est un autre trait de l'alimentation urbaine. Les usages alimentaires changent en ville avec la substitution rapide des plats traditionnels, à base de céréales locales, de sauces et de rares protéines animales, vers le sacro-saint *cee bu dienn*, le riz au poisson. Avec les difficultés économiques croissantes et la dévaluation du franc CFA en 1993, il est possible qu'on assiste à un regain d'intérêt pour les produits locaux.

Mais, d'une façon générale, on observe en ville une diminution de la consommation de céréales et de fibres et probablement de produits lactés, et une augmentation de protéines d'origine animale – notamment des œufs qui étaient jusqu'à ces dernières années peu appréciés parce que suspectés de rendre les enfants voleurs – dont la valeur biologique est importante mais avec de fortes teneurs en lipides riches en acides gras saturés. A cela s'ajoutent les consommations non négligeables de sucre, notamment par le biais du thé maure et des boissons gazeuses.

L'accent a souvent été mis dans les études nutritionnelles réalisées dans les pays sous-développés sur les problèmes sanitaires engendrés par les fortes prévalences de maigreur chez les mères : moindre résistance physique, notamment pour les travaux des champs, et risques pour les enfants. Dans les pays développés, particulièrement en Amérique du Nord, le problème nutritionnel principal est au contraire celui des fortes prévalences d'obésité. Une approche schématique pourrait considérer qu'un phénomène de transition épidémiologique se traduirait par une transition nutritionnelle, qui s'exprimerait par le passage de problèmes de maigreur à des problèmes d'obésité. Or, dans les deux situations, ces déséquilibres nutritionnels se retrouvent principalement dans les populations les plus pauvres, dus dans les pays sous-développés à des rations alimentaires insuffisantes et pauvres en nutriments, et dans les pays développés à des régimes trop riches et déséquilibrés. La question pour les villes du tiers-monde est donc de déterminer si ce phénomène de transition s'observe ou s'il ne s'agit pas plutôt d'un cumul de situations nutritionnelles pathologiques. Si ce cumul est réel, touche-t-il des populations et des espaces aux profils socio-économiques identiques, ou la maigreur est-elle plutôt le fait de populations pauvres et l'obésité celui de populations plus riches ?

On calcule pour les adultes l'indice de masse corporelle (IMC), rapport du poids sur la taille au carré de la personne, qui donne un bon indicateur de maigreur (IMC < 20), et d'obésité (IMC > 25) (Maire *et al.*, 1992). L'enquête menée à Pikine, sous la direction de B. Maire, a porté sur 1 080 mères réparties dans 45 quartiers de la ville (Salem, 1998). L'IMC moyen est de 22,6 (écart-type = 3,7) présentant une très large étendue de situations de sous-nutrition nette (14,3) à des obésités franches (34,7). Comme attendu, l'IMC moyen augmente avec l'âge jusqu'à 39 ans, puis marque un léger pallier (tableau 2).

2. – IMC moyen des mères

Age en années	IMC moyen
14-19	20,5
19-24	21,2
24-29	22,2
29-34	23,2
34-39	24,1
39-44	23,4
44-49	23,9
Ensemble	22,6

Source : Salem, 1998

Ces chiffres moyens masquent un phénomène original. La comparaison des prévalences des différents états nutritionnels à Pikine et dans le Sine Saloum montre que les prévalences en milieu rural décrivent une distribution presque normale, et ce quel que soit l'âge, alors que les prévalences de situations extrêmes, maigre et obésité, sont toujours supérieures à Pikine (figure 3). Les surprévalences de maigreurs en zone urbaine sont particulièrement fortes dans les classes d'âge jeunes, tandis que les surprévalences d'obésité en ville sont surtout le fait des classes d'âge plus élevées. Ces courbes évoquent bien une situation de cumul de problèmes nutritionnels en zone urbaine parce qu'une transition s'exprimerait par une dissymétrie de la courbe vers la droite, c'est-à-dire les prévalences d'obésité.

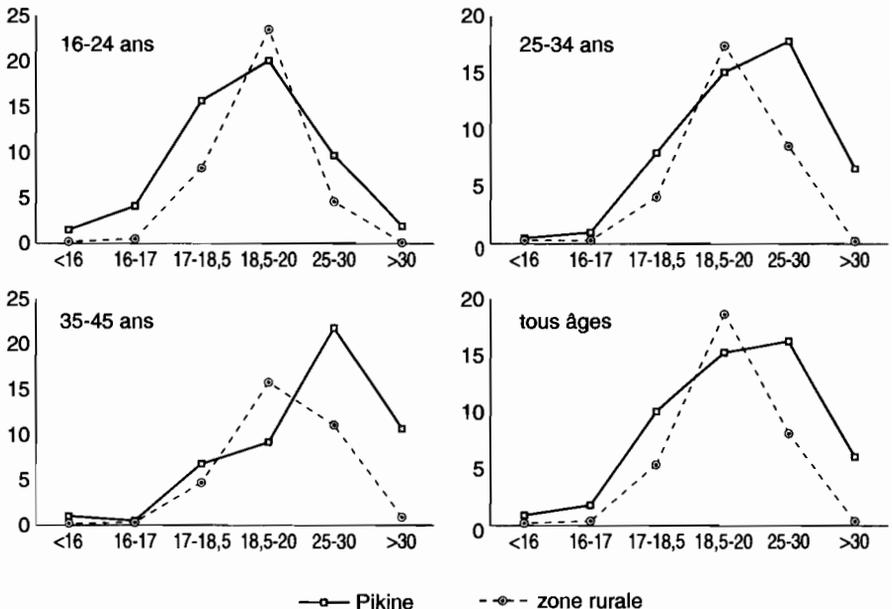
Deux éléments, lourds de conséquence au plan de la santé publique, sont particulièrement importants dans la situation nutritionnelle des femmes pikinoises :

- la précocité des situations d'obésité qui touche plus de 10 % de la population âgée de 16 à 24 ans, et près d'un quart de la population âgée de 25 à 34 ans ; ces chiffres sont à rapprocher des fortes prévalences précoces d'hypertension artérielle (Salem, 1998) ;
- l'importance des prévalences de maigreurs dans la population la plus jeune.

Les responsables de santé publique de Pikine ont ainsi le privilège de devoir faire face à un double problème nutritionnel.

La comparaison avec les chiffres enregistrés au Congo souligne l'originalité de la situation pikinoise : dans ce pays les prévalences de maigreurs sont toujours supérieures en milieu rural et celles d'obésité toujours plus importantes en milieu urbain (tableau 4). En outre, les prévalences de maigreurs sont moindres et celles d'obésité beaucoup plus importantes à Brazzaville qu'à Pikine.

3. - Comparaison des IMC de mères au Sine Saloum et à Pikine



4. - IMC des mères au Sénégal et au Congo, comparaison ville/campagne

Sénégal	Indice de masse corporelle (prévalences par classes d'IMC)						
	< 16	16-17	17-18,5	18,5-20	20-25	25-30	> 30
16-24 ans/rural	0,2	0,5	8,3	23,5	62,8	4,6	0,1
16-24 ans/urbain	1,5	4,1	15,7	20,1	47,0	9,7	1,9
25-34 ans/rural	0,3	0,3	4,1	17,4	69,1	8,6	0,2
25-34 ans/urbain	0,5	1,0	8,0	15,1	51,0	17,8	6,6
35-45 ans/rural	0,2	0,3	4,7	15,8	67,0	11,1	0,9
35-45 ans/urbain	1,0	0,5	6,8	9,2	50,0	21,8	10,7
Ensemble rural	0,2	0,4	5,4	18,7	66,7	8,2	0,4
Ensemble urbain	0,9	1,8	10,1	15,3	49,5	16,3	6,1

Congo	Indice de masse corporelle (prévalences par classes d'IMC)						
	< 16	16-17	17-18,5	18,5-20	20-25	25-30	> 30
16-24 ans/rural	0,7	1,6	11,7	23,9	55,9	5,6	0,6
16-24 ans/urbain	0,8	2,2	6,6	22	56	11	1,4
25-34 ans/rural	0,5	2,3	8,7	23,2	54,7	8,7	1,8
25-34 ans/urbain	0,5	1,2	5,2	11,4	50,4	22,8	8,6
35-45 ans/rural	1,3	1,9	12,1	23,5	51,1	7,6	2,5
35-45 ans/urbain	0	1,5	3,6	16,8	39,4	27	11,7
Ensemble rural	0,7	1,9	10,9	23,6	54,4	7,1	1,5
Ensemble urbain	0,5	1,6	5,5	16,4	51	18,8	6,2

Source : Salem, 1998

On pourrait interpréter les fortes prévalences des valeurs extrêmes de Pikine comme l'expression de l'opposition entre une « population pauvre et maigre » et une « population riche et obèse ». Il n'en est rien comme le prouvent les résultats des analyses multivariées réalisées sur l'état nutritionnel des mères, qui montrent qu'il n'y a pas d'association nette entre le statut nutritionnel et le type de quartier. On a simplement pu noter un risque légèrement plus fort d'être maigre pour les femmes habitant en zone irrégulière et d'être obèse pour les femmes habitant en zone régulière ou en habitat en étage.

Cela confirme l'hypothèse d'un cumul de problèmes nutritionnels de maigreur et d'obésité dans la ville de Pikine, sans traduction géographique nette, ce qui ne permet pas de définir de zones à risques nutritionnels spécifiques. On ne peut cependant pas établir de généralités sur l'ensemble des villes africaines à partir de ce seul cas comme le montrent les résultats différents obtenus au Congo.

Ces deux exemples montrent que la situation sanitaire en ville ne prête guère aux discours généraux et univoques : les villes, selon leur taille, leur fonction, leur site et leur situation, présentent des tableaux spécifiques. En dernière analyse, les modes de gestion de l'espace, les formes de ségrégation socio-spatiale, l'organisation

territoriale, et les prises en charge de la maladie sont des facteurs déterminants. Le cumul de pathologies, les difficultés de fonctionnement du système de soins dans les villes sont autant d'hypothèques sur l'avenir.

Références bibliographiques

Alla Della (A.), 1991, *Dynamisme de l'espace périurbain de Daloa, étude géographique*, thèse de 3^e cycle de géographie, Abidjan, 423 p.

Astagneau (P.), Lang (T.), Delarocque (E.), Jeannée (E.), Salem (G.), 1992, « Arterial Hypertension in Urban Africa : an Epidemiological Study in a Representative Sample of Dakar Inhabitants in Senegal », *Journal of Hypertension*, 10, pp. 1095-1101.

Cadot (E.), Fournet (F.), Traoré (S.), N'Guessan, Hervouët (J.-P.), 1998, « Approche géographique de la schistosomiase urinaire dans une ville moyenne africaine, Daloa (Côte d'Ivoire) », *Cahiers santé*, 8, pp. 447-453.

De Schampfeliere (I.), Van de Velden (L.), Dyck (E.-V.) et al., 1990, « Maladies sexuellement transmissibles dans la population féminine à Pikine, Sénégal », *Ann. soc. belge Med. Trop.*, 70, pp. 227-235.

Doumenge (J.-P.), 1992, « Aménagement hydro-agricole et santé : peut-on concilier les deux ? », *Cahiers santé*, 2, pp. 85-90.

Eyckmans (L.), 1983, « Maladies parasitaires intestinales en milieu urbain tropical », *Bull. Soc. Path. Ex.*, 76, pp. 263-268.

Feachem (R. G.), Jamison (D. T.) (eds), 1991, *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa*, Washington, Oxford University Press, A World Bank Publication.

Handschumacher (P.), Hervé (J.-P.), Hébrard (G.), 1992, « Des aménagements hydro-agricoles dans la vallée du fleuve Sénégal ou le risque de maladies hydriques en milieu sahélien », *Sécheresse*, 4 (3), pp. 219-226.

Koaté (T.), 1978, « L'hypertension artérielle en Afrique noire », *Bulletin OMS*, 56, pp. 841-848.

Maire (B.), Delpeuch (F.), Cornu (A.), Tchibinda (F.), Simondon (F.), Massemba (J.-P.), Salem (G.), 1992, « Urbanisation et épidémiologie nutritionnelle en Afrique subsaharienne : les exemples du Congo et du Sénégal », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 40.

Salem (G.), Van de Velden (L.), Laloé (F.), Maire (B.), Ponton (A.), Traissac (P.), Prost (A.), 1994a, « Parasitoses intestinales et environnement dans les villes sahélo-soudaniennes : l'exemple de Pikine (Sénégal) », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 42, pp. 322-333.

Salem (G.), Legros (F.), Lefebvre-Zante (E.), Ndiaye (G.), Bouganali (H.), Ndiaye (P.), Badji (A.), Trape (J.-F.), 1994b, « Espace urbain et risque anophélien à Pikine (Sénégal) », *Cahiers santé*, 4, pp. 347-357.

Salem (G.), 1998, *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense . Pikine (Sénégal)*, Paris, Karthala, 460 p.

- Deuxième partie
**Situations
nouvelles ?**

Pour enseigner et faire découvrir la France : le site Internet de La Documentation française

www.ladocfrancaise.gouv.fr

Sur le site :

- ▶ **Le catalogue de toutes nos publications**
traitant de l'actualité de la vie publique en France et
dans le monde (institutions, économie, société, culture).
Possibilité de commander en ligne.

- ▶ **Des services gratuits :**
 - une banque de données sur la vie administrative,
politique et sociale en France
 - des rapports publics récents en texte intégral
(*téléchargement gratuit*)
 - des dossiers d'actualité sur la France
et les pays étrangers (*téléchargement gratuit*)
 - des ressources documentaires sur l'Europe,
la Communauté des états indépendants
et l'Europe de l'Est

- etc...

La **documentation** Française



L'épidémie du VIH/sida en Afrique : état des lieux

Nathalie Lydié*

L'Afrique subsaharienne est le territoire le plus touché par l'infection VIH. L'information n'est pas récente ; elle a été une nouvelle fois confirmée par le programme commun des Nations unies (Onusida) dans le cadre de son dernier rapport sur la situation mondiale de l'épidémie publié en juin 2000. Ainsi, à la fin de 1999, le nombre de personnes séropositives à travers le monde a été estimé à 34,3 millions, dont 1,3 million d'enfants. Environ 95 % des personnes contaminées vivent dans les pays du Sud, 24,5 millions sur le continent africain alors que cette région compte à peine 10 % de la population mondiale. L'Onusida estime aujourd'hui le taux de prévalence (1), chez les adultes âgés de 15 à 49 ans, à 8,5 % pour l'Afrique subsaharienne (2) tout en considérant que cette proportion va encore s'accroître, au fur et à mesure de l'augmentation des taux d'infection, dans les pays où la pauvreté et l'insuffisance des systèmes de santé et des ressources destinées à la prévention et aux soins entretiennent la propagation du virus.

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Situations nouvelles ?

73

● **Un territoire au visage contrasté... (3)**

Afrique australe : l'épidémie se déplace vers le sud

Aucun pays d'Afrique n'est aujourd'hui indemne mais la majeure partie des nouveaux cas (3,8 millions en 1999) reste concentrée dans l'est et le sud du continent. En Zambie, en Namibie, au Swaziland et au Zimbabwe, entre 20 % et 26 % des personnes âgées de 15 à 49 ans seraient séropositives ou malades du sida. Au

* Démographe, CEPED, Paris.

(1) La prévalence est la proportion de personnes porteuses du virus, dans une population, à un moment donné.
(2) A titre de comparaison, la prévalence est estimée à 1,1 % au niveau mondial, à 0,7 % en Asie du Sud-Est et à 0,25 % pour l'Europe occidentale (Onusida, 1998a)

(3) Voir *infra* carte de J.-M. Amat-Roze.

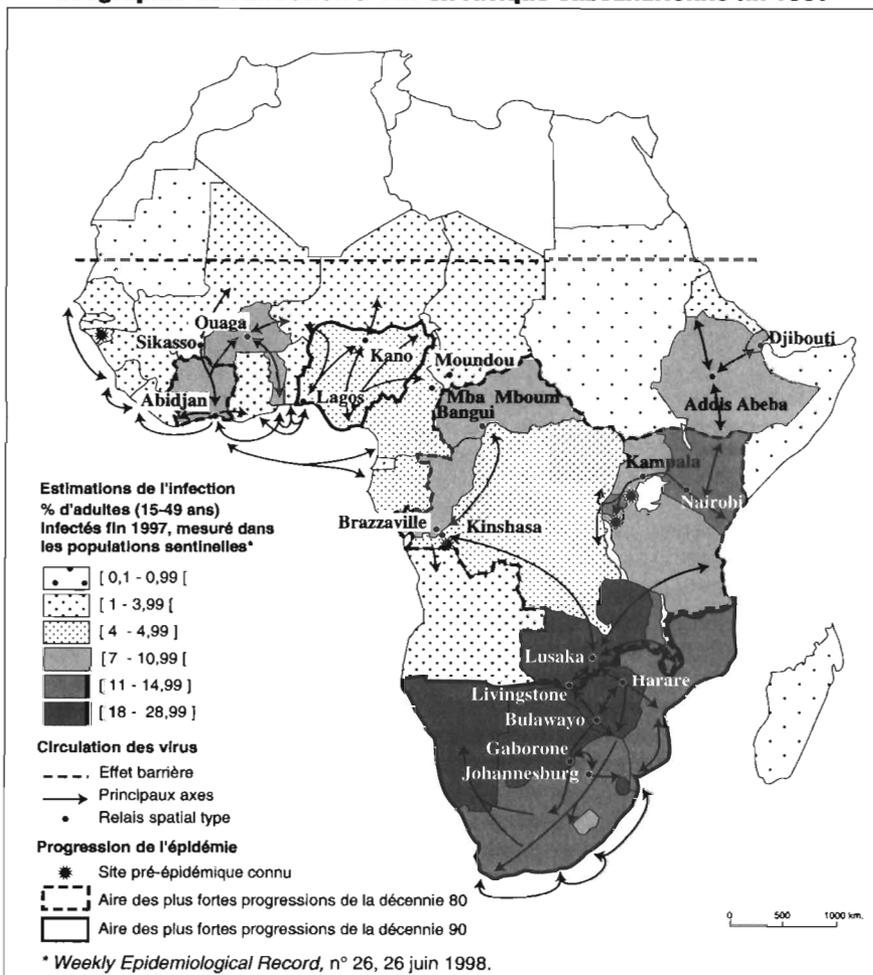
1. - Géographie de l'infection à VIH en Afrique subsaharienne fin 1997

Afrique contemporaine

Numéro spécial
3^e trimestre 2000

L'épidémie du
VIH/sida

74

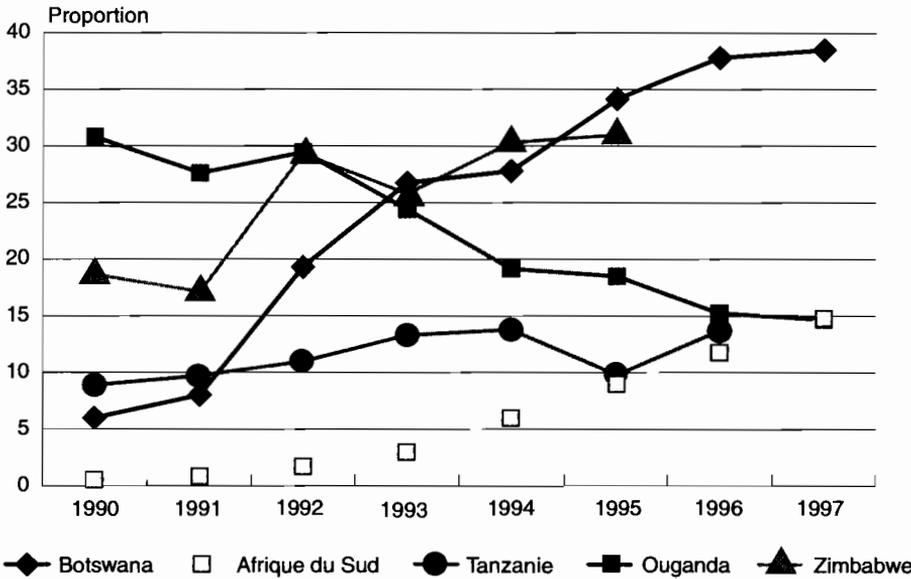


© J.-M. Amat-Roze ; cartographie : V. Lahaye, Paris-Sorbonne, 1998.

Botswana, la proportion de la population vivant avec le VIH a doublé au cours des cinq dernières années pour atteindre le taux effarant de 35 % fin 1999 ; en 1997, dans la grande agglomération de Francistown, 43 % des femmes enceintes présentaient un test positif (Onusida, 1998). Au Zimbabwe, en 1997, dans les vingt-cinq sites de surveillance sentinelle où des échantillons de sang prélevés sur des femmes enceintes sont soumis à des tests anonymes de dépistage, la prévalence était inférieure à 10 % dans seulement deux sites (Onusida/OMS, 1998). Dans les vingt-trois autres, entre un cinquième et la moitié des femmes enceintes étaient infectées par le VIH. Les taux d'infection restaient plus élevés dans les grands sites urbains que dans les zones rurales ou les villes secondaires, mais désormais les différences ne sont plus très importantes.

Au début des années quatre-vingt-dix, l'Afrique du Sud avait des taux d'infection moins élevés que certains de ses voisins ; aujourd'hui, ce pays prolonge la zone des hautes prévalences. Dans les provinces du Natal, de l'Ouest, de l'Est, et des Etats du Gauteng qui abritent les principales villes du pays (Johannesburg, Pretoria, Durban, Port Elizabeth), la prévalence est passée de moins de 1 % en 1990 à environ 15 % en 1997 (Swanevelder *et al.*, 1998). Au cours de cette dernière année, le pays aurait enregistré plus d'un million de nouvelles infections pour une population séropositive désormais estimée à 4,2 millions.

2. - Evolution des niveaux de prévalence chez les femmes enceintes dans les milieux urbains d'Afrique australe et orientale* (en %)



* C'est la médiane des niveaux de prévalence enregistrés dans les principales villes du pays qui est ici rapportée.
 Source : Onusida, 1998.

Afrique de l'Est : des évolutions diverses

A l'est, l'Afrique des Grands Lacs (Tanzanie, Kenya, Ouganda, Burundi et Rwanda) forment le plus vaste et le plus ancien territoire de haute prévalence. A Nairobi et Dar Es-Salaam, la prévalence se situe aujourd'hui autour de 15 % ; elle est probablement supérieure à Bujumbura mais aucune donnée précise n'est réellement dispo-

nible depuis 1993 (Onusida, 1998). Un seul pays en Afrique australe, l'Ouganda, présente désormais un profil épidémiologique différent de celui de ses voisins. L'Ouganda est l'un des premiers pays d'Afrique où fut détectée l'épidémie de VIH et l'un des plus sévèrement touchés. Les premiers cas ont été rapportés dès 1985 (Serwadda *et al.*, 1985), bien avant la mise en place du système de surveillance sentinelle qui a démarré en 1989 sur six sites dans les grandes villes, et s'est depuis étendu à vingt sites répartis dans tout le pays, y compris dans les zones rurales (UNAIDS, 1998a) (4). En 1986, la prévalence enregistrée auprès des femmes enceintes de Kampala était déjà supérieure à 10 % ; elle était de 24 % en 1987 et supérieure à 30 % en 1990. Elle a ensuite baissé de manière régulière pour atteindre 15 % en 1997 (Onusida, 1998). Le pourcentage de mères séropositives aurait donc diminué de moitié en l'espace de sept ans. L'interprétation d'un tel phénomène pose problème même si ces résultats peuvent être faussés à plusieurs égards. Des erreurs d'analyses ou de recrutement peuvent toujours être possibles mais ne sauraient expliquer une baisse aussi régulière. Des changements dans la composition du groupe sont à envisager : pendant la moitié des années quatre-vingt-dix, l'Ouganda a accueilli un grand nombre de réfugiés ruandais, dont beaucoup ont aujourd'hui regagné leur pays, ce qui a pu modifier la composition du groupe des femmes se présentant dans les services prénatals. Des migrations entre villes et campagnes ont pu également avoir lieu : les femmes séropositives ont pu retourner dans leur village pour s'y faire prendre en charge. Seul l'âge des femmes étant recueilli, il est impossible de contrôler ces éventuels biais. Le profil des femmes enceintes en Ouganda a pu également évoluer pendant cette période, avec pour effet une diminution du taux d'infection dans ce groupe d'âge. Le premier effet auquel on pense est la baisse de la fécondité chez les femmes séropositives. Des études récentes ont montré qu'indépendamment de l'association entre le VIH et les autres MST chroniques qui conduisent à une baisse de la fécondité, une femme, si elle était infectée, avait 20 % d'enfants en moins (Zaba *et al.*, 1998). Ainsi, bien que toujours infectées, ces femmes ne peuvent plus être comptabilisées. Le deuxième effet implique le niveau de mortalité. Une baisse de la prévalence n'indique pas forcément que le nombre de nouveaux cas d'infection est en diminution, si on se trouve dans un contexte de forte mortalité comme cela peut être le cas en Ouganda (5). Ces femmes, parce qu'elles sont moins fécondes ou décédées, ne font donc plus partie de l'échantillon, de sorte que les « femmes enceintes » forment un groupe où il y a moins de sujets séropositifs que dans l'ensemble de la population féminine. Ces remarques soulignent les limites des systèmes de surveillance sentinelle : satisfaisants en début d'épidémie où une augmentation continue de la prévalence est généralement synonyme d'une augmentation continue des nouveaux cas, ils deviennent insuffisants lorsque l'infection s'installe comme une maladie endémique. Pour savoir si l'infection recule réellement, il faudrait pouvoir disposer du taux d'incidence (6). Celui-ci ne peut s'obtenir qu'en organisant le suivi d'une cohorte. De telles études existent, mais elles sont coûteuses et difficiles à réaliser à l'échelle requise pour faire apparaître ce qui se passe dans l'ensemble de la population. Certaines de ces réserves perdent, cependant, de leur

(4) Dans ce pays, comme dans tous les pays de la région, le principal système de surveillance repose sur le dépistage du virus dans les échantillons sanguins prélevés de manière systématique pendant les consultations prénatals. Les tests sont effectués durant les trois premiers mois de l'année et concernent généralement 250 à 400 femmes enceintes par site.

(5) Si le nombre de décès est supérieur au nombre de nouveaux cas d'infections pour une période donnée, la proportion de personnes infectées (la prévalence) diminue au cours de cette même période.

(6) L'incidence correspond au nombre de nouveaux cas survenus dans une population déterminée au cours d'une période donnée. Le taux d'incidence est le rapport du nombre de nouveaux événements survenus au cours d'une période déterminée à l'effectif de la population à risque pour cet événement au cours de la même période.

importance lorsque l'on restreint l'analyse aux femmes les plus jeunes, âgées de 15 à 19 ans. Une telle analyse limite les distorsions liées au vieillissement et à la stérilité, puisque la probabilité que les jeunes femmes soient porteuses du virus depuis assez longtemps pour être stériles ou moins fécondes est moindre. De plus, la prévalence est, dans ce cas, proche de l'incidence car les décès sont moins nombreux dans cette tranche d'âge. Sur le site de Jinja (troisième ville du pays), la prévalence chez les femmes enceintes âgées de 15 à 19 ans est passée de 21 % en 1990 à 5 % en 1996 (Asimwe-Okiror *et al.*, 1997a). Une tendance similaire a été enregistrée à Nsambya (22 % en 1990 versus 10 % en 1996). Un déclin a également été enregistré sur le site de Rubaga (28 % en 1990 versus 15 % en 1996) mais la tendance était moins homogène puisque, après une forte baisse en 1994 (16 %), la prévalence était remontée à 20 % en 1995. La régularité générale et l'ampleur de la baisse chez les femmes enceintes les plus jeunes permettent, cependant, de croire à une chute de la prévalence, comme de l'incidence et pourraient donc correspondre à une baisse de l'incidence dans l'ensemble de la population. Les raisons qui pourraient expliquer cette baisse sont multiples : il se peut que le virus ait perdu de sa virulence ou que les traitements administrés dans les services MST soient devenus plus efficaces, de sorte que les femmes sont moins vulnérables au VIH. Mais l'une des causes les plus probables est l'évolution des comportements sexuels. Les résultats de plusieurs enquêtes suggèrent non seulement une augmentation de l'âge au premier rapport sexuel, mais aussi un accroissement de l'utilisation du préservatif ces dernières années (Asimwe-Okiror *et al.*, 1997b ; Kilian *et al.*, 1998). Il est néanmoins extrêmement difficile d'établir des liens de cause à effet entre ces deux séries de données car elles n'ont pas été conçues pour être utilisées ensemble. L'évolution de la situation en Ouganda montre la nécessité de modifier les systèmes de surveillance actuels – en intégrant notamment une surveillance comportementale – si l'on veut, un jour, être capable d'évaluer l'efficacité des stratégies d'intervention (UNAIDS, 1998b).

Afrique de l'Ouest : des zones à surveiller

L'Afrique de l'Ouest a vu ses taux d'infection se stabiliser à des niveaux beaucoup plus bas que ceux de l'Afrique australe et orientale. Cependant dans certains des pays les plus peuplés de cette région, la prévalence peut atteindre des niveaux relativement importants. En Côte d'Ivoire, troisième pays le plus peuplé d'Afrique de l'Ouest, un adulte sur dix serait porteur du virus (Onusida, 1998). Pays voisin, le Burkina Faso, enregistre des niveaux similaires et nourrit probablement son épidémie des forts mouvements migratoires que les Burkinabé entretiennent avec la région d'Abidjan (Banza, 1997 ; Traoré *et al.*, 1993). Au Nigeria, la prévalence estimée chez l'adulte était de 4,1 % à la fin de 1997 (Onusida, 1998). Ce pourcentage peut paraître relativement bas comparativement à ceux par ailleurs énoncés, mais il concerne une population de 118 millions d'habitants (un cinquième de la population d'Afrique subsaharienne), soit 2,2 millions d'adultes infectés ; et aujourd'hui, rien n'indique que les taux d'infection sont stabilisés. Plus au nord, la zone sahélienne continue de dessiner une bande de basse prévalence. Le virus reste relativement discret à N'Djamena (2,4 % en 1995), Niamey (1,3 % en 1993) et Bamako (4,4 % en 1994) (Onusida, 1998a), tout comme à Dakar où la prévalence chez les femmes enceintes est restée inférieure à 1 % ces dix dernières années. Elle était de 0,3 % en 1997 (Onusida, 1998a), taux équivalent à celui de la France (Lydié *et al.*, 1999).



Pourquoi de telles disparités ? Moteurs et freins de l'épidémie

Il est globalement difficile de comprendre pourquoi sur un continent où la transmission est majoritairement hétérosexuelle, des niveaux de prévalence aussi hétérogènes sont enregistrés. Des éléments de réponse peuvent toutefois être apportés à travers l'examen de cas particuliers.

Afrique du Sud : le rôle des travailleurs migrants

En Afrique du Sud, dans la province du Gauteng, 88 000 mineurs vivent à Carltonville, au cœur de la zone aurifère, dont 60 % sont des migrants venus d'autres régions d'Afrique du Sud ou de pays voisins : Lesotho, Malawi et Mozambique. En 1997, la prévalence a été estimée à 22 % dans la population générale et à 75 % chez les 400 ou 500 prostituées qui offrent leurs services aux mineurs (Williams *et al.*, 1999). Parmi ces derniers, un homme sur cinq serait séropositif et ce chiffre est probablement sous-estimé. Les messages de prévention sont difficiles à faire passer auprès des mineurs, en raison du contexte même de leur activité. Ces hommes ont une chance sur quarante d'être tués par un éboulement et une sur trois d'être gravement blessés. A titre de comparaison, les risques associés à une infection lente comme celle du VIH peuvent sembler bien lointains. Respectant un schéma classique et décrit pour d'autres régions (Lydié *et al.*, 1998), les mineurs, de retour dans leur foyer infectent leur(s) partenaire(s). Dans le district rural de Hlabissa, dans la province du KwaZulu/Natal environ 60 % des ménages comptent un ou plusieurs hommes migrants. Dans cette communauté, les taux d'infection chez les femmes enceintes sont passés de 4 % à 26 % en l'espace de cinq ans.

Rwanda : génocide et migrations forcées

Avant le génocide du milieu des années quatre-vingt-dix, le Rwanda présentait un profil épidémiologique classique : taux élevés dans les régions urbaines (au moins 10 % des femmes enceintes séropositives), taux plus faibles (environ 1 %) dans les régions rurales où vivaient 90 % de la population (7). Non seulement les troubles politiques ont interrompu la surveillance, mais ils ont aussi modifié les caractéristiques de l'épidémie. En 1997, une enquête a fait ressortir qu'il n'y avait plus guère de différences entre les villes et les campagnes, les taux d'infection dépassant légèrement 11 % dans les deux cas (Rwanda Ministry of Health, 1997). Cette évolution peut être en grande partie imputée aux déplacements massifs de population pendant et après le conflit. Environ 75 % des 4 700 personnes interrogées avaient été contraintes de quitter leur domicile, soit pour fuir à l'étranger soit pour aller se réfugier dans des camps, ce qui traduit une mobilité étonnamment élevée pour ce pays essentiellement rural. Les personnes qui s'étaient réfugiées en Ouganda et en Tanzanie sont apparues moins infectées que celles qui étaient restées au Rwanda. Parmi celles qui ont déclaré avoir passé le conflit dans les camps de réfugiés à l'intérieur du pays, le taux de prévalence était de 8,5 %. Compte tenu que la plupart d'entre elles provenaient de zones rurales où la prévalence ne dépassait pas 1,3 %, on peut esti-

(7) Même si le Rwanda présentait un profil épidémiologique classique, il était *a priori* surprenant de trouver des niveaux de prévalence aussi élevés dans un pays si peu urbanisé. Des éléments explicatifs sont donnés par Amat-Roze in « Les inégalités géographiques de l'infection à VIH et du sida en Afrique subsaharienne », *Social Science and Medecine*, 1993, 36 (10), pp 1247-1256.

mer que les taux ont été multipliés par six au cours de cette période. Les guerres et les conflits armés créent des conditions propices à la propagation de l'infection VIH.

Sénégal : succès de la prévention ?

Au Sénégal, la déclaration des premiers cas de sida s'est faite en 1986. Différents facteurs pouvaient laisser envisager une évolution rapide de l'épidémie : intenses migrations saisonnières, relations à partenaires multiples fréquentes chez les hommes, très faible utilisation du préservatif. L'évolution attendue n'a pas eu lieu ; l'épidémie est restée faible aussi bien dans la population générale que chez les patients MST (1,1 % de séropositifs en 1990 ; 1,5 % en 1996) et les prostituées (8) qui enregistrent des niveaux de prévalence moyens de 10 %. Plusieurs éléments ont été avancés par les autorités sénégalaises pour expliquer cette situation, le premier d'entre eux concernant les mesures médicales prises en faveur des prostituées (Meda *et al.*, 1999). Dans de nombreux pays, la prostitution n'a fait l'objet d'aucune attention de la part des pouvoirs publics jusqu'à l'arrivée du sida, lorsqu'il devient clair que ces femmes étaient très vulnérables vis-à-vis de l'infection VIH et qu'elles pouvaient très rapidement transmettre le virus à un nombre important d'individus. Au Sénégal, la prostitution est légalisée depuis 1969 (UNAIDS, 1999a). Les prostituées ont pour obligation de se présenter régulièrement dans un centre de santé où elles reçoivent des traitements contre les MST, si nécessaire. Ces visites médicales ont à la fois pu servir de relais d'information et de sensibilisation et, en soignant de manière régulière et efficace les MST, ont permis de réduire la vulnérabilité de ces femmes face à l'infection. Leur rôle, cependant, ne doit pas être surestimé, toutes les prostituées ne se rendant pas dans les centres MST de peur d'être « étiquetées ». Le second argument fait référence à la prise de position des communautés et des leaders religieux. Associés à la prévention dès 1989, leur discours a peu à peu évolué pour aboutir, au début de l'année 1995, à un texte rédigé par les deux cent soixante grands leaders islamiques du pays affirmant que le sida n'était pas une punition divine pour conduite immorale et se déclarant en faveur de l'utilisation du préservatif, notamment dans le cadre de couples sérodifférents. Malgré ce texte, les autorités religieuses sénégalaises restent largement opposées à l'usage du préservatif, la religion suffisant, pour eux, à bien des égards puisqu'elle est envisagée comme un « préservatif moral » selon les termes d'un imam sénégalais entendu, à Abidjan, lors de la dixième Conférence internationale sur le sida en Afrique (décembre 1997). Les autorités sénégalaises soulignent, enfin, la performance de leur système de banques de sang, dans une région où près d'un quart des poches de sang (9) utilisées en 1995 n'avait fait l'objet d'aucune vérification (*The Status ...*, 1997). Même si ces facteurs ont certainement contribué au maintien d'une faible prévalence dans le pays, il est difficile de faire la part de chacun d'entre eux et d'affirmer que le Sénégal est l'exemple même du succès de la prévention sans avoir d'abord écarté l'hypothèse de facteurs biologiques qui auraient freiné la propagation du virus.

(8) Le terme de « prostituées » est ici employé en gardant à l'esprit la complexité de cette notion dans le contexte africain

(9) Le nombre de transfusions réalisées en Afrique subsaharienne a été estimé à 2,5 millions en 1995, la grande majorité ayant concerné des femmes enceintes anémiques et des enfants (*The Status ...*, 1997).

Dans tous les cas : des dynamiques extrêmement complexes

En dehors des quelques cas particuliers que peuvent représenter des pays comme l'Afrique du Sud, le Rwanda et le Sénégal, pour lesquels certaines données contextuelles apportent des explications sur l'évolution de l'épidémie, la question des disparités reste entière. C'est pour apporter des éléments de réponse supplémentaires qu'une étude a été réalisée dans quatre villes d'Afrique subsaharienne : les unes présentant des niveaux de prévalence relativement faibles (proches de 5 %), Cotonou au Bénin et Yaoundé au Cameroun, les autres des niveaux très élevés (supérieurs à 25 %), Kisumu au Kenya et Ndola en Zambie (Buvé *et al.*, 1995). Cette enquête avait posé comme hypothèse que les différences de niveaux de prévalence pouvaient s'expliquer par les différences de distribution des facteurs de risque entre les quatre sites. Partant du fait que la probabilité qu'une personne soit infectée par le VIH au cours d'un rapport sexuel est le produit de la probabilité qu'un individu non infecté ait un rapport sexuel avec une personne infectée et la probabilité que le VIH lui soit transmis durant ce rapport, les facteurs de risques retenus étaient ceux qui définissent l'exposition (c'est-à-dire le comportement sexuel) et la transmission (présence d'une autre MST, circoncision, pratiques sexuelles, *dry sex*, préservatif). Les premiers résultats ont montré que les différences de niveaux de prévalence ne pouvaient probablement pas s'expliquer que par des différences de comportement sexuel (Buvé *et al.*, *sd*) (10). Un argument majeur étant que l'activité sexuelle définie à risque est apparue, dans cette enquête, nettement plus importante à Yaoundé alors que l'épidémie VIH y demeure relativement basse comparativement à Kisumu et Ndola (11). Cette étude a par ailleurs confirmé l'existence d'une association entre des taux de VIH élevés et deux cofacteurs biologiques qui pourraient accroître la transmission du VIH lors d'un rapport sexuel. Le premier facteur est la présence de traces sérologiques d'une infection actuelle ou ancienne liée à une MST ulcéreuse (syphilis ou herpes génital) plus importante dans les sites à haute prévalence que dans les sites à basse prévalence notamment dans les groupes d'âge les plus jeunes. Le deuxième facteur est à la fois biologique et culturel puisqu'il concerne la présence ou l'absence de circoncision. Dans la lignée d'autres études (Seed *et al.*, 1995 ; Urassa *et al.*, 1997 ; Kelly *et al.*, 1999), il a été montré, qu'à Kisumu, les hommes qui étaient circoncis présentaient des taux d'infection VIH plus bas que les non-circoncis (respectivement 7,5 % et 25,2 %) (12). Il serait toutefois un peu rapide de conclure que seuls ces deux facteurs peuvent expliquer un phénomène aussi complexe, sans tenir compte des spécificités politiques, géographiques et historiques de chacune de ces villes, de l'organisation de la lutte contre le sida de ces différents pays, et notamment des rapports entre l'Etat et la société civile dont l'importance a déjà été soulignée (Gruénais, 1999).

(10) Voir aussi « Différences dans la propagation du VIH dans quatre villes d'Afrique subsaharienne », Résumé de l'étude multi-sites in <http://www.unaids.org>, septembre, Lusaka, 8 p

(11) Il est possible qu'un phénomène de sur-déclaration ait pu intervenir, notamment chez les hommes. Même s'il existe, aucun élément ne permet de dire qu'il a été plus important à Yaoundé que dans les autres sites et cette sur-déclaration ne suffirait pas à « ramener » Yaoundé au niveau des autres villes.

(12) Kisumu est le seul site pour lequel l'échantillon était suffisamment homogène pour mener ce type d'analyse. A Cotonou et à Yaoundé, la quasi-majorité des hommes sont circoncis. A Ndola, la répartition était 10 % de circoncis versus 90 % de non-circoncis

● Une dynamique épidémique de plus en plus défavorable aux femmes et à leurs enfants, conséquence de la transmission verticale

De plus en plus de femmes infectées

En Afrique subsaharienne, aujourd'hui, 55 % des adultes infectés sont des femmes (12,2 millions de femmes pour 10,1 millions d'hommes) (Onusida/OMS, 1999). Les raisons pour lesquelles les femmes sont aujourd'hui plus nombreuses que les hommes à être infectées ne sont pas claires. Les données actuelles suggèrent que, dans une épidémie où le mode de contamination est avant tout hétérosexuel, plus d'hommes que de femmes sont infectés au début de l'épidémie. Ceci est particulièrement vrai dans les milieux où un nombre restreint de prostituées s'infectent rapidement et transmettent le virus à un nombre d'hommes important. Par la suite, la différence homme/femme se comble, puis finit par s'inverser. Plusieurs facteurs contribuent à expliquer cette évolution. Le premier est lié à la probabilité de transmission du virus lors d'un rapport sexuel, trois fois plus importante de l'homme vers la femme que de la femme vers l'homme (Mastro, 1996). Le second facteur est lié aux caractéristiques d'âge des hommes et des femmes au moment où ils s'infectent. Des études récentes menées en population générale ont montré de larges différences de niveaux de prévalence entre les deux sexes aux âges les plus jeunes. Une étude réalisée à Kisumu a montré que la prévalence de l'infection VIH était environ six fois supérieure chez les jeunes filles de 15 à 19 ans que chez les jeunes garçons de la même tranche d'âge (respectivement 3,5 % et 23 %) ; elle était d'un rapport de quatre à Ndola (13). L'épidémie de VIH démarre plus tard chez les hommes pour lesquels le pic de prévalence est atteint entre 30 et 35 ans ; la prévalence est alors très proche chez les hommes et chez les femmes. Ces caractéristiques d'âge ont deux effets sur le rapport des infections par sexe.

Le premier effet est lié à la structure pyramidale de la population jeune de l'Afrique subsaharienne. La prévalence du VIH, qui augmente très rapidement chez les femmes, atteint son niveau maximum à des âges peu avancés, c'est-à-dire à des classes d'âge qui forment la partie basse de la pyramide. Les hommes, au moment où ils s'infectent, appartiennent à une tranche d'âge qui constitue une partie plus étroite de la pyramide, donc une fraction moins importante de population. Les niveaux de prévalence, qui concernent la population âgée de 15 à 49 ans, seront, par conséquent, défavorables au sexe qui enregistre les taux d'infection les plus élevés dans les tranches d'âge les plus jeunes – dans le cas du VIH, les femmes.

Le deuxième effet est associé à la durée de survie après l'infection. Il semblerait qu'il n'y ait pas de différences importantes dans le temps de survie entre les hommes et les femmes infectés à un âge donné. Cependant, des études réalisées dans les pays du Nord (Belanger *et al.*, 1997) ont montré que la durée de survie des personnes infectées fluctuait en fonction de l'âge auquel le virus avait été contracté. Ainsi, la survie est d'autant plus courte que l'infection est acquise à un âge avancé. Les femmes qui s'infectent plus jeunes auraient donc une durée de survie moyenne plus longue que les hommes. En raison de ce facteur, la prévalence féminine sera plus élevée que la prévalence masculine, même s'il n'y a pas plus de nouvelles infections parmi les femmes que parmi les hommes.

Dans le contexte actuel, environ un tiers des femmes infectées sont susceptibles de transmettre le virus à leurs enfants, à la naissance ou par allaitement

(13) « Différences dans la propagation du VIH dans quatre villes d'Afrique subsaharienne », Résumé de l'étude multi-sites in <http://www.unaids.org>, septembre, Lusaka, 8 p

maternel (14). L'Afrique reste plus que jamais en tête de la transmission verticale avec environ 500 000 enfants infectés chaque année même si des procédés simples et peu coûteux permettant de prévenir efficacement la transmission du virus de la mère à l'enfant sont en train de voir le jour.

Transmission mère-enfant : des avancées encourageantes

Les procédés mis au point pour l'Afrique subsaharienne sont issus de plusieurs travaux qui visent à adapter au mieux, dans les pays les plus touchés, les acquis prophylactiques obtenus en Europe et aux Etats-Unis. Après une étude réalisée en Thaïlande avec l'AZT (Shaffer *et al.*, 1999), d'autres essais ont été progressivement mis en place. Organisé sous l'égide d'Onusida, l'essai baptisé « Petra » (pour *perinatal transmission*) a concerné environ 1 500 femmes vivant dans cinq zones urbaines d'Afrique du Sud, d'Ouganda et de Tanzanie (UNAIDS, 1999b). Une partie de ces femmes a été traitée par une association de médicaments antirétroviraux (AZT et 3TC fournis par la multinationale pharmaceutique Glaxo Wellcome) dès la trente-sixième semaine de grossesse et jusqu'à une semaine après l'accouchement. Un second groupe ne recevait ce traitement que durant l'accouchement tandis que le troisième groupe recevait seulement un placebo, substance inactive. Les résultats préliminaires, présentés à la sixième conférence sur les rétrovirus et les maladies opportunistes, en février dernier à Chicago, ont montré que dans le premier groupe, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant chutait de 50 % par rapport au groupe qui ne recevait pas de traitement. Dans le second groupe, le taux de transmission est resté inchangé. Ces conclusions ont été confirmées par un autre travail conduit en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso par un groupe franco-africain (Dabis *et al.*, 1999). L'originalité de cette étude tenait au fait qu'elle a porté sur un groupe de femmes qui, tout en recevant un traitement « allégé » (AZT seul à partir de la trente-sixième semaine et jusqu'à une semaine après la naissance), ont allaité leur enfant malgré le risque infectieux important que cette pratique représente. La réduction du taux de transmission dans cet essai a été néanmoins de 37 % chez les femmes traitées par rapport au groupe de femmes qui avaient reçu un placebo, témoignant de l'efficacité de thérapeutiques simplifiées. Enfin, sont apparus encore plus encourageants les résultats présentés lors de la conférence internationale sur le sida en Afrique qui s'est tenue à Lusaka (Zambie) en septembre 1999. Un essai mené en Ouganda a montré l'efficacité de la névirapine administrée en dose unique à la femme qui accouche et à l'enfant dans les trois jours qui suivent sa naissance (Guay *et al.*, 1999). Au bout de trois mois, seulement 13 % des enfants avaient effectué une séroconversion. Ces résultats sont d'autant plus encourageants qu'ils simplifient quelques problèmes dont celui de la date du test. Dans l'essai précédent à base d'AZT, le statut sérologique des femmes devait être connu avant le début du neuvième mois de grossesse, date du début du traitement. Le traitement ne peut donc pas s'appliquer en cas de dépistage tardif sur un continent où l'on considère qu'un tiers des femmes enceintes n'a aucun suivi anténatal (World Health Organisation, 1997). Le second avantage du traitement par névirapine est son coût inférieur à cinq dollars, soit moins de 10 % du coût de celui par AZT, même après la baisse des prix annoncée par le laboratoire Glaxo Wellcome. Enfin, il présente un très bon rapport coût/efficacité, critère fondamental

(14) On considère qu'en dehors de tout traitement, la contamination de l'enfant intervient dans environ 25 % des cas, elle est supérieure en cas d'allaitement (environ 35 %) (UNAIDS, 1999b). Grâce aux traitements, elle intervient en France entre 3 % et 6 % des cas (Lydié *et al.*, 1999)

des firmes pharmaceutiques. Les calculs du rapport coût/efficacité ont porté sur 20 000 grossesses, en envisageant deux hypothèses de traitements : un traitement ciblé avec test de dépistage pour les femmes bénéficiant d'une prise en charge ; un traitement systématique de toutes les femmes enceintes sans dépistage (Marseille *et al.*, 1999). Les simulations ont été menées dans deux contextes : l'un à très forte prévalence (30 %), l'autre à prévalence plus faible (15 %). Le rapport coût/efficacité du traitement a été jugé très bon dans un contexte de forte prévalence, quelle que soit l'option retenue (dépistage ou administration systématique). Dans les situations à plus faible prévalence, ce traitement pourrait avoir un impact majeur en terme de santé publique lorsque les traitements nécessitant plusieurs doses ne sont pas d'un bon rapport coût/efficacité.

Des essais qui renvoient à des problèmes éthiques importants

Il est aisé de comprendre l'intérêt de mener des essais sur la transmission mère-enfant. Mais ces essais renvoient aussi à des problèmes éthiques importants. Une partie du débat a porté sur la question du placebo alors que des essais européens avaient déjà montré l'efficacité des molécules utilisées. L'usage du placebo a été justifié par le fort recours à l'allaitement maternel dont on ne savait pas s'il allait réduire à néant tout effort d'intervention situé en amont tel que l'usage de produits antirétroviraux à la fin de la grossesse ou à la naissance. L'absence de groupe de contrôle n'aurait donc pas permis de connaître la réelle efficacité de l'intervention mise en place (Msellati, 1996). La justification était plus floue concernant les essais au cours desquels l'allaitement n'était pas naturel. Cependant, au vu des résultats de l'étude thaïlandaise, les bras placebo ont finalement été supprimés dans tous les essais africains (Lévy, 1998).

Un second aspect concerne le problème du consentement. Dans les essais thérapeutiques, le consentement éclairé des participants est demandé afin de protéger la liberté de choix de l'individu et respecter son autonomie. Une personne peut donc refuser de faire un test ou ne pas venir chercher son résultat ; elle peut également interrompre son traitement indépendamment de l'avis du personnel de santé. C'est cette liberté de choix que l'idée d'un traitement systématique sans dépistage par névirapine chez les femmes enceintes remet en question. Certains y voient, sans doute, une manière de contourner le problème du consentement et d'une manière plus générale de l'accès au dépistage. L'Onusida considère, en effet, que pas plus de 200 000 personnes (sur les 23 millions infectées) connaissent leur statut sérologique (Onusida/OMS, 1997), le dépistage étant pratiqué principalement à des fins de surveillance de manière anonyme et non corrélée. Les raisons de cette situation sont multiples. L'accès au traitement étant très limité, il en résulte un manque d'incitation évident à se faire tester. Dans certains pays, les services de conseil et de tests volontaires n'existent pas ou sont difficilement accessibles. Le fait par exemple que les procédés de dépistage actuel obligent en général à se rendre deux fois sur les lieux du test a souvent pour conséquence qu'une part importante des personnes qui avaient demandé à se faire tester ne revienne pas chercher leurs résultats. Une étude menée en milieu rural sud-africain a montré que seules 17 % des personnes testées étaient venues chercher leur résultat et avaient ainsi pu bénéficier de l'appui et du soutien qui doivent en découler (*ibid.*). Dans tous les cas, l'accès au dépistage doit rester une démarche anonyme et volontaire, ce qui ne correspond pas à la réalité dans un nombre important de pays, où la majorité des dépistages effectués le sont encore sans le consentement des personnes concernées et sans que le résultat du dépistage ne leur soit communiqué (Lavollay, 1996). Or, le malaise du corps médical par rapport à la

pratique et à l'annonce des résultats du dépistage participe à la constitution de valeurs négatives autour du VIH. Les cas individuels de personnes qui ont été suivies et dépistées montrent que l'abord humain, mais franc, de la pratique du dépistage a plus de chances d'induire une attitude responsable de la part de la personne dépistée, alors que les attermoissements et les subterfuges comme l'annonce à un tiers n'aurait aucun effet sur la prévention. Le dépistage et le conseil peuvent donc permettre d'étendre les bénéfices de la prévention et devraient rester la condition première d'un accès au traitement.

Des problèmes éthiques aux enjeux économiques représentés par les traitements

Le coût très important, parfois prohibitif de certains traitements – pas seulement des trithérapies mais de médicaments qui servent à traiter des maladies opportunistes – reste un problème majeur pour les pays du Sud. Au Kenya, le coût des deux premières semaines de traitement d'une méningite venant compliquer l'infection par le virus du sida équivaut à 800 dollars alors que le salaire mensuel moyen, dans ce pays, est de 130 dollars. Devant cette situation, des pays comme l'Afrique du Sud (ou la Thaïlande) ont décidé de recourir aux licences obligatoires et aux importations parallèles. La révision des accords du GATT (qui a abouti à la création de l'OMC) a introduit des accords sur la propriété intellectuelle (Benkimoun, 1999). Ces derniers autorisent un Etat confronté à une situation d'urgence sanitaire de faire fabriquer localement des formes génériques de médicaments : c'est ce qu'on appelle une licence obligatoire. Il peut également se fournir, non pas auprès de la maison mère, mais d'autres pays pratiquant des tarifs plus bas, ce sont les importations parallèles. Selon les pays, le prix de la boîte de 40 gélules de 250 mg d'AZT varie de 53 dollars à 125 dollars. Ces dispositions favorables aux pays pauvres sont toutefois combattues par la Fédération internationale de l'industrie du médicament et par les Etats-Unis, au nom de la défense de la propriété intellectuelle, considérée comme moteur de la recherche médicale... Ces dispositions sont pourtant essentielles vu la faiblesse des alternatives. Un Fonds de solidarité thérapeutique international (FSTI) a bien été lancé par la France, en décembre 1997, à Abidjan, lors de la dixième conférence sur le sida en Afrique, mais les premières actions ont été difficiles à mener compte tenu de la faiblesse des fonds disponibles. Aujourd'hui, le FSTI intervient sur deux sites pilotes : la Côte d'Ivoire et le Maroc (Célerier, 1999). On pourrait également citer l'initiative d'Onusida lancée il y a un an dans quatre pays : le Chili, le Viêt Nam, l'Ouganda et la Côte d'Ivoire pour un meilleur accès aux médicaments (UNAIDS, 1997) et dont l'évaluation est actuellement assurée par l'Agence nationale de recherche sur le sida.

● **Des conséquences démographiques et socio-économiques non négligeables**

Même si elles sont louables, ces initiatives sont encore menées à des échelles bien trop petites pour avoir une quelconque influence sur les courbes de mortalité. Plus de deux millions et demi de décès dus au sida ont été prévus à travers le monde pour la seule année 1999, soit un total mondial supérieur à celui de n'importe quelle autre année depuis le début de l'épidémie (Onusida/OMS, 1999). Mais ce record, sans doute le plus désespérant de cette fin de siècle, n'est que temporaire puisque l'on considère que même si les programmes de prévention parvenaient à ramener à zéro

le nombre de nouvelles infections, le nombre de décès continuerait d'augmenter. Dans le contexte actuel, le pic de mortalité devrait être atteint vers 2005-2010. Les conséquences de ces décès sont multiples, à la fois démographiques, sociales et économiques.

Au niveau démographique, des analyses réalisées par les Nations unies sur un groupe de vingt-neuf pays africains ont montré les premiers impacts de la mortalité due au VIH sur la croissance de la population (*Demographic Impact*, 1998). A la mi-1995, la population estimée dans ce groupe était de 446 millions d'individus, soit environ 5 millions (ou 1,2 %) de moins que les chiffres attendus en l'absence de l'épidémie VIH. Cette tendance devrait s'alourdir avec le temps puisque les projections pour 2015 annoncent un déficit de population de 61 millions (- 8 %). Dans les pays les plus touchés, comme le Botswana et la Namibie, le déficit de population pourrait atteindre 20 %. En raison de la mortalité, mais aussi de la baisse de 20 % de la fécondité constatée chez les femmes séropositives, les taux d'accroissement naturel vont suivre la même évolution. Dans un pays comme le Zimbabwe, ce taux est passé de 2,4 % (taux attendu) à 1,5 % actuellement ; ils devraient passer sous la barre des 1 % aux alentours de 2000-2005. Cependant, les experts des Nations unies considèrent qu'aucun pays ne devrait enregistrer de croissance négative. Un autre indicateur très significatif est le fort déclin de l'espérance de vie qui, dans les neuf pays les plus touchés par l'épidémie, devrait être revenue, en 2015, à son niveau de 1965. Les effets étant proportionnels à la gravité de l'épidémie au plan local, les évolutions les plus sévères devraient concerner le Botswana et la Namibie avec respectivement 29 et 20 années de vie perdues entre 1990-1995 et 2000-2005. Enfin, en raison de l'importance des cas pédiatriques, les taux de mortalité infantile sont passés de 76 ‰ à 86 ‰ dans les pays les plus infectés.

Une augmentation massive du nombre de décès dans une population d'adultes jeunes et économiquement actifs a inévitablement une incidence sur l'ensemble de la sphère économique. Sont généralement distingués les coûts directs des coûts indirects (Vallin, 1994). Les coûts directs représentent l'ensemble des ressources consommées pour la prise en charge médicale et sociale, soit les coûts relatifs à l'information et à la prévention, à la recherche, au dépistage, au traitement et à la prise en charge des malades. Ces coûts ne sont pas très faciles à appréhender à cause, d'une part, de l'absence dans de nombreux pays de données fiables relatives aux dépenses de santé et, d'autre part, de la prise en charge par des bailleurs de fonds étrangers d'une partie de ces coûts. Quoi qu'il en soit, les programmes de santé qui étaient déjà affectés par un manque de ressources bien avant l'arrivée du virus n'ont pu voir leurs tâches que se compliquer avec la gestion des programmes relatifs au sida. L'ampleur de la maladie a eu également comme conséquence la réallocation des ressources aux dépens d'autres pathologies. Dans de nombreux hôpitaux comme celui de Kigali où 70 % des lits sont occupés par des malades du sida (Gomez, 1999), les possibilités d'admission pour d'autres affections sont considérablement limitées.

L'appréhension des coûts indirects est encore plus délicate puisqu'il s'agit d'évaluer la perte de productivité ou de temps de travail due à la maladie, touchant le malade lui-même quand il ne peut plus exercer son activité professionnelle ou domestique, mais aussi ses proches lorsqu'ils ont l'obligation de le prendre en charge. Cette évaluation est d'autant plus difficile dans le contexte africain où le marché de l'emploi est marqué par un secteur informel important et où une partie importante des tâches est assumée par les femmes pourtant trop souvent considérées comme inactives par les statistiques officielles. Cependant, l'épidémie a d'ores et déjà des effets économiques repérables tout à la fois au niveau des unités domestiques, de production agricole et des entreprises. Au sein de la famille, le sida peut amener tout un cortège de difficultés économiques, mais il affecte aussi la morpho-

logie du groupe, les statuts et les rôles que chacun de ses membres y exerce (Guillaume, 1996). Dans les familles proches du modèle nucléaire, la maladie de l'un des parents peut remettre en cause toute la production économique du ménage, posant avec acuité la question du devenir des enfants, les « orphelins du sida ». Les conséquences sont peut-être moins brutales pour les familles encore impliquées dans des réseaux de parenté de type lignager. Le sida y affecte cependant la distribution des rôles et des tâches : si un ou plusieurs actifs sont touchés par la maladie les plus jeunes pourront être mobilisés, engendrant ainsi un processus de déscolarisation déjà amorcé sous l'effet de la crise économique. La mort des adultes suite au sida plongent les ménages ruraux dans un cercle vicieux de pauvreté. Une étude menée en Ouganda a montré que la perte de la force de travail et de la capacité de générer les revenus nécessaires pour acheter les intrants agricoles suite aux décès des adultes sidéens conduit les ménages ruraux à adopter une stratégie de réduction de la variété de cultures pratiquées, au détriment des cultures de rente (Barnett et Blaikie, 1992). Il en découle une réduction des recettes financières qui aggrave davantage l'abandon des cultures de rente et la non-utilisation des intrants. La pauvreté ainsi amorcée s'accroît d'année en année. Dans les secteurs agricole et industriel, la perte, par décès ou absentéisme, de la main-d'œuvre qualifiée fait baisser la productivité de manière importante et pose le problème du coût de son remplacement et de la désorganisation du travail. Au Kenya, les directeurs d'une plantation agricole soulignaient que la proportion de sucre transformé à partir de la canne brute avait chuté de 50 % entre 1993 et 1997 (Onusida/OMS, 1999). Le même constat a été fait dans une plantation de fleurs dans une autre région du pays où les coûts de santé ont décuplé entre 1985 et 1995 pour atteindre plus d'un million de dollars pour une entreprise de 7 000 employés, entamant ainsi largement les bénéfices effectués. Même si des employeurs ont cru, un temps, trouver la solution en imposant un test de dépistage au moment de l'embauche ou en licenciant de manière abusive les personnes infectées (Aventin, 1996), de plus en plus d'entreprises initient désormais des programmes de prévention pour protéger leurs investissements en capital humain. Enfin, le système éducatif n'est pas en reste. Dans certains pays, le fonctionnement du système lui-même, ainsi que sa qualité, sont compromis par la maladie et le décès des professeurs, comme cela a pu déjà être documenté en Ouganda et en Tanzanie (Muller *et al.*, 1992 ; World Bank, 1989).

● **Un état des lieux que l'on voudrait moins sombre...**

A tous points de vue, le contexte général du continent africain, la faiblesse des Etats en matière de santé publique et tout particulièrement de prise en charge du sida, et les possibles conséquences de l'épidémie, le tableau de la situation est plutôt dramatique et les perspectives pour les années à venir encore davantage. Il n'est cependant pas nécessaire d'abonder dans le sens du discours catastrophiste, trop souvent véhiculé par les médias et dont on peut se demander s'il ne produit pas lui-même des effets néfastes ou contre-productifs, notamment en matière de prévention. Face au sida, l'Afrique reste plurielle, il subsiste des zones du continent qui semblent toujours épargnées par l'épidémie ; dans certaines zones parmi les plus touchées, l'épidémie semble se stabiliser. Cette stabilisation, si elle peut être le fruit de l'évolution naturelle de l'épidémie, semble aussi être en partie attribuable à la prévention. Même si le discours sur la maladie est longtemps resté désincarné, les séropositifs, aujourd'hui, s'organisent et parlent de leur maladie, les films témoignages et les séries TV se sont multipliés favorisant le recul de la stigmatisation et une prise de

conscience plus générale des enjeux cruciaux que pose le sida en cette fin de millénaire. Cependant, ces efforts ne pourront se poursuivre qu'avec le renouvellement de l'engagement politique, à la fois au niveau de chacun des Etats et de la communauté internationale, en appui et complément au travail des associations et des organisations communautaires. Cet engagement est indispensable car, compte tenu du faible accès aux traitements et à l'absence de vaccin, la prévention, encore plus qu'ailleurs, va rester, pour les années qui viennent, l'axe majeur de la politique de lutte contre l'infection VIH sur ce continent.

Références bibliographiques

Asiimwe-Okiror (G.), Musinguzi (J.), Opio (A.A.) et al., 1997a, « Declining HIV Prevalence in Women Attending Antenatal Clinic Sentinel Surveillance Sites in Uganda », Paper presented at the UNAIDS regional workshop on *Evidence of Behavioural Change in the Context of HIV Decline in Uganda*, 10-13 février 1997, Nairobi, Kenya.

Asiimwe-Okiror (G.), Opio (A.A.), Musinguzi (J.) et al., 1997b, « Changes in Sexual Behaviour and Decline in HIV Infection among Young Pregnant Women in Urban Uganda », *AIDS*, vol. 2, pp. 1757-1764.

Aventin (L.), 1996, « Stratégies d'entreprises dans le dépistage et le licenciement des employés infectés par le VIH, Abidjan, Côte d'Ivoire », colloque international *Sciences sociales et sida en Afrique*, Codesria-CNLS-ORSTOM, Dakar, octobre.

Banza (B.), 1997, « Mobilité et sida au Burkina Faso », *X^e conférence internationale sur le sida et les autres MST en Afrique*, Abidjan, 7-11 décembre 1997, Abstract B.064.

Barnett et Blaikie, 1992, *AIDS in Africa : Its Present and Future Impact*, Londres, Bellhaven.

Belanger (F.), Meyer (L.), Carré (N.) et al., 1997, « Influence of Age at Infection on Human Immunodeficiency Virus Disease Progression to Different Clinical Endpoints : The SEROCO Cohort (1988-1994) », *The Seroco Study Group. International Journal of Epidemiology*, 26 (6), pp. 1340-1345.

Benkimoun (P.), 1999, « Le sida, Seattle et l'exception sanitaire », *Le Monde*, 1^{er} décembre.

Buvé (A.), Caraël (M.), Hayes (R.), Robinson (N.J.), 1995, « Variations in HIV Prevalence Between Urban Areas in Sub-Saharan Africa : Do we Understand them ? », *AIDS*, vol. 9, suppl. A, pp. 103-109.

Buvé (A.), Auvert (B.), Caraël (M.) et al., sd, *Factors Determining Differences in Rate of Spread of HIV in Sub-Saharan Africa : Results from a Population Based Survey in Four African Cities*, 27 p. (non publié).

Célerier (I.), 1999, « La solidarité thérapeutique à l'épreuve », *Transcriptase Sud*, n° 1, automne, pp. 2-5.

Dabis (F.), Msellati (P.), Meda (N.) et al., 1999, « Six-Month Efficacy, Tolerance, and Acceptability of a Short Regimen of Oral Zidovudine to Reduce Vertical Transmission of HIV in Breastfed Children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso : A Double-Blind Placebo-Controlled Multicentre Trial », *The Lancet*, 353, pp. 786-792.

The Demographic Impact of HIV/AIDS. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, Report on the Technical Meeting, New York, novembre 1998, 50 p + annexes.

Gomez (V.), 1999, « Rwanda : les économies d'une vie pour trois mois de traitement », *Transcriptase Sud*, n° 1, automne, p. 8.

Gruénais (M.-E.) (dir.), 1999, *Organiser la lutte contre le sida : une étude comparative sur les rapports Etats/société civile en Afrique (Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Kenya, Sénégal)*, Rapport, mars, 283 p.

Guay (L.A.), Musoke (P.), Fleming (T.) et al., 1999, « Intrapartum and Neonatal Single-dose Nevirapine Compared with Zidovudine for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : HIVNET 012 Randomised Trial », *Lancet*, 4 sept., 354 (9181), pp. 795-802.

Guillaume (A.), Delcroix (S.), Béchu (N.), 1996, « Reconstitutions familiales et gestion économique et sociale du sida dans des familles affectées en Côte d'Ivoire », colloque international *Sciences sociales et sida en Afrique*, Codesria-CNLS-ORSTOM, Dakar, octobre.

Kelly (R.), Kiwanuka (N.), Wawer (M.-J.) et al., 1999, « Age of Male Circumcision and Risk of Prevalent HIV Infection in Rural Uganda », *AIDS*, février, 25, vol. 13 (3), pp. 399-405.

Kilian (A.), Gregson (S.), Ndyabangi (B.), 1998, « Reductions in Risk Behaviour Provide the most Consistent Explanation for Declining HIV-1 Prevalence in Uganda », *AIDS*, vol. 13 (3), pp. 391-398.

Lavollay (M.), 1996, « La (non-)annonce de la séropositivité », *Le journal du sida*, n° 86-87, juin-juillet, pp. 59-61.

Lévy (J.-P.), 1998, « Prévention de la transmission mère-enfant dans les pays africains », *ANRS Information*, n° 24, avril, pp. 2-4.

Lydié (N.), Robinson (N. J.), 1998, « Migration and HIV/AIDS in West and Central Africa », *International Migration*, 4 (36), pp. 469-511.

Lydié (N.) et l'action coordonnée 18-1 « Comportements et prévention » (éds), 1999, *Evaluer la prévention de l'infection par le VIH en France. Synthèse des données quantitatives (1994-1999)*, ANRS, collection « Sciences sociales et sida », Paris, novembre.

Marseille (E.), Kahn (J.-G.), Mmiro (F.), 1999, « Cost Effectiveness of Single-Dose Nevirapine Regimen for Mothers and Babies to Decrease Vertical HIV-1 Transmission in sub-Saharan Africa », *Lancet*, 4 septembre, 354 (9181), 803-809.

Mastro (T.D.), 1996, « De Vincenzi I. Probabilities of Sexual HIV-1 Transmission », *AIDS*, 10 suppl. A, pp. 75-82.

Meda (N.), Ndoye (I.), M'Boup (S.), 1999, « Low and Stable HIV Infection Rates in Senegal : Natural Course of the Epidemic or Evidence for Success of Prevention ? », *AIDS*, 30 juillet, vol. 13 (11), pp. 1397-1405.

Msellati (P.), 1996, « Essais thérapeutiques pour diminuer la transmission mère-enfant du VIH. Questionnement au quotidien et légitimité scientifique », colloque international *Sciences sociales et sida en Afrique*, Codesria-CNLS-ORSTOM, Dakar, octobre.

Muller (O.), Abbas (N.), 1990, « The Impact of AIDS Mortality on Children's Education in Kampala (Uganda) », *Aids Care*, 2 (1), pp. 77-80.

Onusida, 1998, *Epidemiological Fact Sheets by Country Global HIV/AIDS and STD surveillance*, in <http://www.unaids.org/>.

Onusida/OMS, 1997, *Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/sida*, décembre, Genève, 13 p.

Onusida/OMS, 1998, *Le point sur l'épidémie de sida : décembre 1998*, Genève, 19 p.

Onusida/OMS, 1999, *Le point sur l'épidémie de sida : décembre 1999*, Genève, 24 p.

Rwanda Ministry of Health, 1997, *Population Based Survey*, Ministère de la Santé, Programme national de lutte contre le sida, janvier (non publié).

Seed (J.), Allen (S.), Mertens (T.) et al., 1995, « Male Circumcision, Sexually Transmitted Disease, and Risk of HIV », *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviro*, 1^{er} janvier, vol. 8 (1), pp. 83-90.

Serwadda (D.) et al., 1985, « Slim Disease : A New Disease in Uganda and its Association with HTLV-III Infection », *The Lancet*, 14 septembre.

Shaffer (N.), Chuachhoowong (R.), Mock (P.) et al., 1999, « Short-Course Zidovudine for Perinatal HIV-1 Transmission in Bangkok, Thailand : A Randomised Controlled Trial », Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group, *Lancet*, 6 mars, 353 (9155), pp. 773-780.

The Status and Trends of the HIV/AIDS/STD Epidemics in Sub-Saharan Africa. Monitoring the Aids Pandemic, Official Satellite Symposium of the Xth International Conference on AIDS and STD in Africa, Abidjan, Côte d'Ivoire, décembre 1997.

Swanevelder (J.P.), Kustner (H.G.), Van Middelkoop (A.), 1998, « The South African HIV Epidemic, Reflected by Nine Provincial Epidemics, 1990-1996 », *South African Medical Journal*, 88 (10), pp. 1320-1325.

Traoré (F.), Ouango (J.-G.), Koné (B.), 1993, « Femmes, migrations et sida », VIII^e conférence internationale sur le sida en Afrique. Actes du symposium *Sida et migrations*, Marrakech, 12-16 décembre 1993.

UNAIDS, 1997, *UNAIDS Launches Initiative to Help Bridge Gap in Access to HIV/AIDS-related Drugs in Developing World*, UNAIDS Presse Release, Genève, 5 novembre, 5 p.

UNAIDS, 1998a, *Evaluation des progrès en Ouganda. Prévalence du VIH et comportement sexuel : avantage d'une double surveillance*, UNAIDS Best Practices Collection, Case Studies, Genève, mai, 9 p.

UNAIDS, 1998b, *Consensus régional sur l'amélioration de la surveillance comportementale et de la sérosurveillance face au VIH. Rapport d'une conférence régionale tenue en Afrique australe*, UNAIDS Best Practices Collection, Key Material, Genève, 13 p.

UNAIDS, 1999a, *Acting Early to Prevent AIDS : The Case of Senegal*, UNAIDS Best Practices Collection, Key Material, Genève, juin, 23 p.

UNAIDS, 1999b, *Early Data from Mother-to-Child Transmission Study in Africa Finds Shortest Effective Regimen ever*, UNAIDS Press Release, Genève, 1^{er} février, 4 p.

Urassa (M.), Todd (J.), Boerma (J.-T.) et al., 1997, « Male Circumcision and Susceptibility to HIV Infection Among Men in Tanzania », *AIDS*, mars, vol. 11 (3), pp. 73-80.

Vallin (J.) (dir.), 1994, *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte/CEPED, coll. « Recherches », 223 p.

Williams (B.), Campbell (C.), MacPhai (C.), 1999, *Managing HIV/AIDS in South Africa. Lessons from Industrial Settings*, Council for Scientific and Industrial Research, Auckland, South Africa.

World Bank, 1989, *Sub-Saharan Africa. From Crisis to Sustainable Growth*, Washington, DC, The World Bank.

World Health Organisation, 1997, *Coverage of Maternal Care : A Listing of Available Information*, 4^e éd., Genève.

Zaba (B.), Gregson (S.), 1998, « Measuring the Impact of HIV on Fertility in Africa », *AIDS*, 12, suppl. 1, pp. 41-50.

Qu'est-ce que traiter le sida en Afrique ?

Laurent Vidal*
et **Philippe Msellati****

Avant d'aborder la question des traitements du sida en Afrique, il est nécessaire d'avoir une idée, fût-elle imparfaite et incomplète, de l'ampleur de l'épidémie par le VIH. Le rapport de l'ONUSIDA de décembre 1999 dresse le tableau suivant de l'épidémie en Afrique (ONUSIDA, 1998). Fin 1999, le nombre de personnes vivant avec le VIH était de 34 millions de personnes. Plus de 95 % de ces personnes vivent dans les pays en développement et 95 % des décès y surviennent également. L'Afrique reste aujourd'hui le principal foyer de l'épidémie en termes de nombre de personnes infectées et de décès. 70 % des personnes infectées en 1998 l'ont été en Afrique alors que le continent représente moins de 10 % de la population mondiale. Depuis le début de l'épidémie, 83 % des décès liés au sida y sont également survenus. 34 millions d'Africains auraient été infectés depuis le début de l'épidémie et 11 millions d'entre eux en seraient morts. 24,5 millions de personnes vivant en Afrique sont infectées dont, chaque année, 1,7 million de jeunes de moins de 20 ans. Neuf sur dix des enfants infectés en 1998 l'ont été en Afrique. Enfin, huit femmes sur dix infectées en 1998 sont africaines.

Aucun pays d'Afrique n'est indemne de l'infection mais l'Afrique australe et de l'Est sont les régions les plus touchées. L'Afrique du Sud, longtemps relativement épargnée, est aujourd'hui un des pays ayant les taux d'infection les plus élevés au monde et le plus de personnes nouvellement infectées. En Afrique de l'Ouest, les taux de prévalence chez les adultes atteignent 5 à 10 %. Peu de pays montrent une stabilité relative (Bénin, Sénégal) ou une régression de l'épidémie (Ouganda). L'ampleur du phénomène en termes de personnes infectées, donc d'atteinte des forces vives de nombreux pays africains, est en opposition complète avec les fonds alloués à la lutte contre le sida.

L'importance de l'épidémie en Afrique est inversement proportionnelle au montant des fonds dévolus à la lutte contre le sida sur le continent par comparaison avec le Nord. En 1993, 86 % des dépenses de prévention et 94 % de celles

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Situations nouvelles ?

91

* Anthropologue, IRD, Montpellier.

** Epidémiologiste, IRD, Abidjan.

concernant les soins se faisaient dans les pays du Nord qui comptaient alors moins de 10 % des patients atteints par le VIH/sida. La dépense par habitant pour la prévention et les soins du sida pour les pays africains à revenu faible et intermédiaire était d'un dollar ; en Amérique du Nord elle, était de 20 dollars. Cette tendance s'est évidemment accentuée avec l'avènement des trithérapies qui n'existent quasiment que dans le Nord. Face à une épidémie de cette ampleur, il est important de s'interroger sur la nature des traitements existants et/ou disponibles, tant dans leur contenu thérapeutique que dans leur approche par les différentes catégories de soignants.

● Des traitements

Tout d'abord, il est utile de rappeler que si un nombre important de personnes sont infectées en Afrique, une proportion extrêmement faible de ces personnes se savent infectées. Moins de 5 % des personnes infectées par le VIH en Afrique connaissent leur statut vis-à-vis de l'infection. Pourtant on peut estimer que 20 à 30 % des personnes infectées sont malades, soit de façon répétée, soit avec des signes et symptômes évocateurs d'infections opportunistes généralement associées au VIH. Il convient donc de distinguer trois traitements du sida selon que la personne infectée ou le personnel de santé connaissent la nature de l'infection : soit l'une et l'autre l'ignorent, soit l'un des deux seulement est informé, soit les deux le savent. Du point de vue de la prise en charge des patients, dans quelque domaine que ce soit (médical, social, psychologique, spirituel) deux démarches doivent être distinguées : la première consiste en un traitement au coup par coup, une affection après l'autre, avec le cortège de découragement associé à cette succession de maladies et de traitements sans fil conducteur, puisque ni le patient ni le soignant ne prennent en compte la cause réelle de la maladie qui est le déficit immunitaire ; la seconde correspond à une stratégie que l'on voudrait globale, où malade et personnel de santé organisent ensemble un suivi thérapeutique. Un préjugé persiste sur l'absence de possibilités de prise en charge médicale moderne des patients infectés par le VIH dans les pays en développement et plus spécifiquement en Afrique. Pourtant, une revue rapide de la littérature montre l'existence de traitements à coût modeste et réalisables techniquement qui permettent de prendre en charge le sida en Afrique. Cependant l'existence de ces traitements ne préjuge en rien de leur réelle accessibilité pour les malades, en particulier de leur non-utilisation qui entraîne alors une persistance de la mortalité liée à la maladie en question (1).

La notion de traitement, dans son acception médicale moderne, recouvre sous un seul terme des notions et des pratiques très différentes. On peut distinguer les traitements préventifs de l'infection par le VIH, les traitements préventifs ou curatifs des infections et affections banales et opportunistes, depuis quelques années, les traitements contre l'infection par le VIH elle-même, et les traitements contre la douleur et les traitements palliatifs.

Les traitements préventifs

Traitements préventifs de l'infection

Il s'agit là de traitements visant à empêcher l'infection par le VIH, notamment dans le cas de la transmission mère-enfant. Monothérapie ou bithérapie par antirétroviraux de durée inférieure à un mois, ces traitements n'ont aucun caractère thérapeutique

(1) Par exemple, en dépit de l'existence de vaccins anti-rougeoleux efficaces et de faible coût, la rougeole persiste sous forme épidémique.

pour la femme infectée mais visent à empêcher la contamination de l'enfant à venir. Issu de programmes de recherche en Afrique de l'Est, australe et de l'Ouest (Dabis *et al.*, 1999 ; Wiktor *et al.*, 1999 ; Saba, 1999), ce traitement préventif commence à être diffusé par l'UNICEF sous forme de programmes pilotes dans une dizaine de pays du continent. Il faudra encore quelques années pour qu'il soit accessible à une très large échelle dans la mesure où il nécessite la mise en place de stratégies de dépistage en direction des femmes enceintes et de leurs partenaires.

Un traitement du même type – antirétroviraux à durée limitée – pourrait être utilisé comme traitement préventif suite à une exposition accidentelle au sang (Dormont, 1997) (2). Il semble nécessaire de le mettre à disposition des personnels de santé pour les aider à se protéger d'éventuelles infections professionnelles. Dans les pays du Nord, les associations de personnes vivant avec le VIH, en particulier, se sont fait les défenseurs des traitements préventifs de la contamination suite à une exposition sexuelle. En Afrique, l'état de la prévention de la transmission sexuelle et de la prise en charge fait que la promotion d'une prophylaxie par antirétroviraux nous semble peu réaliste puisque la pratique de rapports sexuels protégés est déjà peu répandue, l'usage du préservatif étant encore loin d'être la norme lors de rapports considérés « à risques ».

Enfin, les traitements préventifs par excellence seraient, du moins pour le continent africain où le principal mode d'acquisition du VIH est par voie sexuelle, des virucides à usage local qui permettraient de se protéger à faible coût. Ces produits détruisent le virus localement au niveau des voies génitales, sur le mode des spermicides dans la contraception. Ils permettraient d'éliminer le virus dès son entrée dans l'organisme. En général ces types de produits sont assez bon marché et faciles à utiliser. Ils peuvent d'autre part être mis à disposition des femmes qui peuvent se protéger sans avoir à en parler à leur partenaire. Plusieurs produits de ce type font actuellement l'objet d'essais d'efficacité. Le vaccin préventif de l'infection, s'il existait, entrerait dans la même catégorie. Dans un registre analogue existe également la notion de traitement préventif de l'immunodépression, soit par des molécules restaurant l'immunité et permettant de lutter contre les effets immunodépresseurs de l'infection, soit par un vaccin protecteur qui empêcherait le développement de la maladie proprement dite. Il est clair que ce type de produits préventifs serait très utile pour briser la dynamique de l'épidémie en Afrique et protéger les générations à venir. Ils n'auraient bien sûr aucun impact chez les personnes déjà infectées.

Traitements préventifs des infections banales et opportunistes

L'infection par le VIH, du fait même de la baisse progressive du système immunitaire au cours de son développement, favorise l'apparition de maladies en relation avec des agents infectieux qui chez un hôte ayant des défenses immunitaires correctes ne donnent pas de maladies particulières. Ce sont les maladies (et les germes) que l'on qualifie d'opportunistes.

Dans ce domaine, les résultats d'essais cliniques utilisant du cotrimoxazole chez des patients infectés par le VIH à des stades peu avancés de la maladie en Afrique sont parus récemment (Anglaret *et al.*, 1999 ; Wiktor *et al.*, 1999) et

(2) Dans le cadre de leur exercice professionnel, les soignants peuvent être amenés à se piquer avec du matériel contenant du sang (ou des sécrétions) contaminé par du VIH. Ce risque est considéré comme peu important d'un point de vue épidémiologique. Il y a par exemple moins de cinquante cas documentés d'infections professionnelles par le VIH en France depuis le début de l'épidémie. Des prophylaxies à base de médicaments antirétroviraux chez des personnes ayant eu un accident d'exposition au sang sont appliquées dans les pays du Nord.

fournissent un outil appréciable pour la prise en charge des patients en Afrique avec des réductions importantes de la morbidité, du risque d'être hospitalisé pour infection opportuniste et, dans une moindre mesure, de la mortalité. Dans le domaine de la prévention, il existe également des possibilités de prophylaxie de la tuberculose (Pape *et al.*, 1993 ; Whalen *et al.*, 1997), qui reste la première infection menaçant les personnes infectées par le VIH, et de la toxoplasmose. Par ailleurs, la prévention des autres infections peut bénéficier au minimum des vaccinations usuelles (pneumocoque, hémophilus, hépatite...) qui sont appliquées dans les pays du Nord. Enfin, apparaissent, dans les recommandations de prévention des infections opportunistes, des conseils d'hygiène permettant, par des changements de comportements, d'éviter le contact avec des agents infectieux (CDC, 1997). Nous pensons ici aux conseils de prévention vis-à-vis de la toxoplasmose (ne pas manger de viande peu ou mal cuite, se laver les mains après un contact avec de la viande crue ou du jardinage, laver soigneusement des légumes s'ils doivent être consommés crus...).

Le traitement des infections

Traitements des infections banales et opportunistes

En l'absence de moyens diagnostiques sophistiqués et d'un suivi biologique aisément accessible, les programmes nationaux aidés par l'OMS ont élaboré des algorithmes de prise en charge d'infections opportunistes et de symptômes de la maladie (diarrhée, toux chronique...). Il s'agit de conduites à tenir simplifiées, permettant aux soignants d'adopter une conduite diagnostique et thérapeutique systématique et rationnelle. L'accès à des médicaments génériques (3) permet de traiter un certain nombre de ces affections à un moindre coût. La tuberculose peut également être traitée dans le cadre des programmes de lutte contre cette maladie. En revanche, le coût de certains traitements modernes – en particulier d'affections parasitaires – reste prohibitif, notamment compte tenu de l'indisponibilité de médicaments sous forme de génériques. Notons par ailleurs que certaines tumeurs cancéreuses spécifiques comme le lymphome et le sarcome de Kaposi restent difficiles à traiter.

Traitements de l'infection par le VIH

Par traitements de l'infection par le VIH, nous entendons l'utilisation de médicaments antirétroviraux. Ils ont pour fonction de lutter contre le virus et de rétablir le système immunitaire. L'objectif thérapeutique est de rendre le virus « indétectable » en abaissant la charge virale (4). Au stade actuel de leur développement, ces médicaments n'éliminent pas le virus et peuvent entraîner des effets secondaires importants lorsqu'ils sont utilisés sur une longue période. Néanmoins, ils ont un impact réel sur la mortalité et la morbidité des patients (Chêne *et al.*, 1998). Longtemps ces traitements sont restés inaccessibles en Afrique, exception faite d'une minorité de patients très privilégiés. Depuis la conférence mondiale sur le sida de Vancouver, en 1996, les associations de personnes vivant avec le VIH et certains gouvernements

(3) Il s'agit de médicaments qui ne sont plus sous licence ou brevet de laboratoires pharmaceutiques privés et qui sont vendus en vrac ou sous un conditionnement très simple. En général, ils coûtent beaucoup moins cher que les mêmes principes actifs vendus sous licence pharmaceutique.

(4) Les traitements antirétroviraux agissent en éliminant ou en tentant d'éliminer le VIH du sang circulant. La charge virale mesure, grâce à des outils sophistiqués de biologie moléculaire développés dans les dernières années, la quantité de virus dans le sang et s'exprime en copies/mm³. Lorsque le virus est dit indétectable, cela signifie que la charge virale est inférieure ou égale à 50 copies/mm³. L'objectif des traitements est d'obtenir cette diminution de la quantité de virus circulant et de la maintenir au cours du temps.

africains ont clairement revendiqué une accessibilité de ces traitements en Afrique. Un certain nombre d'initiatives nationales ou internationales de mise à disposition de tels traitements (au Sénégal, en Côte d'Ivoire, en Ouganda) sont actuellement en place et permettent à un nombre encore très faible de patients d'avoir accès à ces médicaments.

Un débat important se joue autour du droit à l'accès à ces médicaments à des prix accessibles. L'Afrique du Sud, de par son histoire et peut-être aussi du fait du caractère explosif de l'épidémie, est un des principaux acteurs de ce débat et vient de remporter une victoire face aux Etats-Unis devant l'Organisation mondiale du commerce, lui confirmant le droit d'acquérir ces médicaments sur le marché international ou de les fabriquer (inscrit dans les lois internationales mais contesté par les Etats-Unis) sans passer obligatoirement par les laboratoires les ayant commercialisés. Des organisations du Nord alimentent le débat (Médecins sans frontières, Act Up et beaucoup d'autres). Si ce débat aboutit, cela permettra à l'Afrique du Sud et aux pays capables de produire des médicaments de qualité (Brésil, Thaïlande...) de fabriquer leurs propres médicaments ou de les acquérir auprès de producteurs indépendants. Ils pourront donc les obtenir à moindre prix, sans avoir à passer par le laboratoire « découvreur » de la molécule qui, pour des médicaments récents tels que les antirétroviraux est, de fait, dans une situation de monopole. Par exemple, les huit médicaments antirétroviraux les plus utilisés sur l'ensemble de la planète sont produits par cinq laboratoires pharmaceutiques.

Les traitements contre la douleur et traitements palliatifs

Ces traitements sont souvent oubliés dans l'accès aux soins, et peut-être encore plus en Afrique que dans les pays du Nord. Une enquête récente menée auprès de professionnels de santé français exerçant en Afrique (Rey *et al.*, 1999) montre que les traitements contre la douleur se résument le plus souvent à de simples antalgiques et anti-inflammatoires et n'utilisent pas d'antalgiques majeurs. Nous savons par ailleurs que les soins palliatifs, en fin de vie, sont le plus souvent laissés aux familles ou à des institutions confessionnelles (Williams *et al.*, 1995).

● **Ceux qui traitent**

Face à cette diversité de traitements, l'absence de moyens diagnostiques quelque peu élaborés (permettant des examens biologiques complémentaires ou de l'imagerie médicale, par exemple) en dehors des grandes villes et qui seraient financièrement accessibles, a favorisé une démarche médicale plus symptomatique que réellement étiologique : ce sont les symptômes et non la maladie que l'on traite. Les soignants, au-delà du traitement symptomatique, ont récemment ajouté les soins préventifs (traitements des maladies sexuellement transmissibles, prophylaxie des infections opportunistes) et curatifs des infections opportunistes. L'usage des médicaments antirétroviraux (sur lequel nous reviendrons) est encore l'apanage d'une infime minorité de soignants spécialisés dans le traitement du sida depuis longtemps et encore pour la plupart cantonnés dans les capitales ou les très grandes villes. Par ailleurs, les premiers soignants prenant en charge volontairement des patients au stade sida l'ont fait souvent sur une base compassionnelle, plus dans le souci d'accompagner le patient en fin de vie ; ceci souvent à partir de structures de santé confessionnelles ou d'expériences personnelles imprégnées d'une démarche religieuse.

Autour de cet aspect de la prise en charge, il existe une très grande diversité d'offres, dès lors que l'on y ajoute les traitements « traditionnels » qui entrent en compétition avec ceux des représentants de la médecine. A cet égard, les « traitements » d'autres pathologies que le sida nous ont déjà révélé la variété des connaissances et des pratiques, des statuts professionnels et des attentes individuelles que les catégories générales, monolithiques, de « médecine traditionnelle » ou « médecine moderne » ne permettent pas toujours d'appréhender.

Il convient en fait de parler de « médecines traditionnelles », au pluriel. Selon qu'ils utilisent ou non la divination, qu'ils effectuent ou non des prières, qu'ils calquent ou non certains de leurs comportements sur ceux des médecins (port de la blouse blanche, revendication du titre de « docteur » ou « professeur », rédaction d'« ordonnances »...), les tradithérapeutes (terme désormais consacré par l'OMS pour désigner tous les dispensateurs de soins dont les pratiques ne relèvent pas de la médecine) ont des pratiques très variées, et peuvent ignorer le sida dans leur pratique, tenter de l'intégrer, ou encore s'afficher comme des spécialistes du sida, affirmant alors disposer d'un remède (Gruénais, 1996b). Ceux qui se présentent comme spécialistes du sida, plutôt jeunes et lettrés (Tonda, 1999), entrent directement en compétition avec le monde de la biomédecine et développent des stratégies de quête de respectabilité : regroupement en associations, organisation de conférences sur « Médecine traditionnelle et VIH/sida » (dont la dernière s'est tenue il y a quelques mois à Dakar) (Gbodossou, 1999). Si ces stratégies ne sont pas propres au traitement du sida, elles prennent autour de celui-ci une forme et revêtent des enjeux particuliers. A tel point que l'on parlera de « regain » des médecines traditionnelles, facilité par le contexte non seulement de difficulté de la médecine moderne à proposer et rendre accessibles des traitements efficaces de l'infection à VIH mais aussi, plus largement, par les faiblesses du système de santé. Autant de « dysfonctionnements de la modernité » (Dozon, 1996) qui encouragent différents types d'attitude de la part des tradithérapeutes. Ils hésitent moins que par le passé à parer leurs interventions des atours de la médecine scientifique. Ils lui empruntent en effet des éléments de son discours sur les modes de transmission du VIH, sur l'évolution clinique de la maladie (ils évoqueront une atteinte du système immunitaire ou l'apparition d'affections opportunistes) et revendiquent parfois la réalisation d'« essais thérapeutiques ». A l'instar des médecins, certains tradithérapeutes estiment faire de la recherche (Dozon, 1996). Cette assurance des tradithérapeutes, qui se sont approprié la question du sida, s'accompagne aussi d'une critique des actions de prévention.

Quelle que soit sa forme, le rapprochement, que l'on observe avec les connaissances et pratiques de la biomédecine, s'apparente plus à des emprunts partiels qu'à la reproduction de la démarche générale de celle-ci. Pour les tradithérapeutes qui se spécialisent dans la prise en charge du sida, l'important est à la fois d'intégrer quelques données biomédicales sur l'infection à VIH mais aussi de marquer sa différence, tant dans la pratique du traitement que dans l'interprétation de l'origine de la maladie. A cet égard, l'absence de complexe vis-à-vis d'une médecine moderne aux résultats limités conforte les interprétations de l'origine de la maladie en termes d'agression sorcellaire. Interpréter de la sorte la contamination par le VIH ne s'avère pas nécessairement incompatible avec une connaissance des modes de transmission et des moyens d'identification attestés par la clinique et la biologie. Ainsi un tradithérapeute peut admettre que le test de dépistage révèle l'infection par le virus du sida, tout en ajoutant immédiatement que ce même test masque en réalité l'action de sorciers qui, de ce fait, ne seront pas désignés comme étant à l'origine de la maladie (Gruénais, 1996b).

Un rapprochement analogue qui ne soit pas une adhésion totale se retrouve dans des services hospitaliers dont les médecins non seulement tolèrent en leur sein certaines interventions de tradithérapeutes ou de religieux venus prier avec

les malades mais, surtout, reprennent les catégories locales de classification des maladies, voire même leurs interprétations (Gruénais, 1996a ; Vidal, 1996a). Il ne s'agit certes pas là d'une pratique massive des soignants qui sont confrontés au sida ; elle est néanmoins importante à mentionner car elle rappelle la nécessité de se pencher sur les perceptions de la maladie développées par les personnels de santé. Or dans le domaine du traitement, les seules connaissances techniques sur le test de dépistage, sur les manifestations cliniques de la maladie, sur le type de traitement envisageable ne suffisent pas à expliquer de façon précise les pratiques quotidiennes des soignants. Ainsi, on ne peut comprendre réellement les stratégies de prise en charge si l'on n'a aucune information sur le sentiment personnel d'exposition au VIH du soignant dans son travail et si l'on ignore ce qu'il pense de l'évolution de son activité. Autant d'éléments de contexte, notamment étudiés au Burkina Faso et qui révèlent les difficultés des pédiatres et des infirmiers, confrontés aux aspects psychologiques de l'infection à VIH, auxquels ils ne sont guère préparés, ainsi qu'à l'échec thérapeutique (Desclaux, 1999). Le rôle des infirmiers, en particulier, se voit redéfini, créant un malaise chez ces professionnels, dans la mesure où leur impuissance face à l'évolution de la maladie et à ses contraintes financières se double d'un sentiment d'« insécurité » face au risque de contamination : en somme, « le sida n'induit pas de nouvel acte technique qui aurait permis aux infirmières de développer leur compétence et d'accroître la reconnaissance de leur profession » (*ibid.*, p. 548).

Une des réponses possibles à cette préoccupation des soignants et qui permettrait d'améliorer la qualité de la prise en charge des malades, consisterait à développer plus largement les soins à domicile, en se fondant sur les expériences en la matière de divers pays, notamment anglophones. Ces soins à domicile se sont parfois spécialisés dans l'accompagnement des enfants, orphelins ou malades, au Malawi (Brown, 1999). Dans d'autres cas, ils sont plus spécialement le fait d'infirmiers et arrivent à créer des vocations pour ce type de soins au sein de villages ou de quartiers, en Zambie (Chishimba, 1999). Quelle que soit la « formule » retenue, la caractéristique première de ces soins à domicile est bien de dépasser l'acte médical proprement dit puisque sont aussi dispensés un réconfort moral, des conseils de prévention et une aide en matière de nutrition. En ce qui concerne le conseil et l'aide psychologique, l'expérience des personnes infectées peut être précieuse : des programmes de soins à domicile en font les principaux acteurs, comme à Soweto (Mokou, 1999). Si elle veut revêtir un réel intérêt pour les malades, la proximité qui caractérise les soins à domicile (le soignant va vers le malade, et peut lui-même se recruter parmi les personnes infectées) doit aller de pair avec un effort de formation, notamment des membres du village, du quartier ou du groupe familial associés à ce type de prise en charge. Nous retrouvons ici une difficulté inhérente, aussi, aux projets générateurs de revenus (5) pour les personnes infectées, pas toujours gérés convenablement : une idée de départ séduisante bénéficie difficilement aux malades, faute d'une formation préalable aux techniques d'accompagnement des malades ou de gestion d'une activité commerciale (Bagana, 1999).

Si déplacer vers le malade la prise en charge constitue – moyennant un certain nombre de précautions – une avancée, la rendre plus accessible demeure un objectif central des stratégies médicales. A mi-chemin entre la consultation médicale et l'hospitalisation, le suivi en ambulatoire des patients, au sein d'hôpitaux de jour, a trouvé un regain d'intérêt aux yeux des praticiens. Ils y voient la possibilité d'un suivi médical réel – au-delà de la consultation/rédaction d'ordonnance – sans les contraintes, notamment financières, d'une hospitalisation classique. Lancés pour

(5) Il peut s'agir d'un petit commerce ou d'une activité artisanale, dont le démarrage est financé par un bailleur de fonds international ou une ONG, et qui doit procurer au malade un revenu lui permettant de faire face aux dépenses de la vie quotidienne.

répondre à la demande de prise en charge liée au VIH, les centres de traitement ambulatoire s'inscrivent dans cette perspective (le dernier d'entre eux vient d'ouvrir à Dakar, cf. Faye-Niang, 1999) : d'autres formules ont vu le jour, y compris au sein de structures à l'origine spécialisées dans d'autres pathologies, comme les centres anti-tuberculeux.

Ces différentes approches de la prise en charge du VIH, dont certaines sont novatrices, ne doivent pas masquer l'hétérogénéité des situations tant à l'échelle du continent qu'à celle d'un même pays. Ainsi, en Côte d'Ivoire, l'existence d'un centre de traitement ambulatoire *hors Abidjan* pour les personnes infectées par le VIH ne peut occulter l'absence de décentralisation effective des soins : de même, la mise sur pied à Abidjan de formations sanitaires (« à base communautaire ») permettant l'accès à des consultations et à des traitements à moindre coût, ne doit pas faire oublier l'inégale disponibilité des médicaments de base et l'absence de mise en place générale du « paquet minimum d'activités » (6). Il n'est dès lors guère étonnant de voir les responsables de la lutte contre le sida afficher comme priorité dans les années à venir – en matière de prise en charge – l'accès aux tests de dépistage rapide, une généralisation de la prévention et du traitement des infections opportunistes, un accès aux antirétroviraux, notamment pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, et un développement des soins à domicile. Aucun de ces projets n'est en lui-même réellement inédit en Côte d'Ivoire et l'effort doit principalement porter sur leur mise en place au-delà de la seule ville d'Abidjan et à des coûts abordables.



Les malades face aux traitements

S'agissant des traitements antirétroviraux, leur coût risque fort de rester prohibitif pour la grande majorité des patients : la Banque mondiale remarque ainsi qu'une multithérapie, à ne serait-ce qu'un pour cent de son coût actuel, reviendrait en moyenne à 80 dollars par malade et par an, ce qui est plus que ce que les gens dépensent pour l'ensemble de leurs problèmes de santé durant une année (World Bank, 1997). Ce chiffre nous paraît important à rappeler, moins pour situer le prix des antirétroviraux que pour indiquer le montant des dépenses de santé engagées, toutes pathologies comprises : chez les patients infectés par le VIH, il est bien évident que ces dépenses peuvent inclure des soins qui ne sont pas directement liés à leur statut sérologique. Elles comprennent, aussi, lorsque la personne infectée est le chef de ménage, la prise en charge des soins des enfants ou des membres du groupe familial qui ne disposent pas de ressources. Cette prise en charge financière des soins – principalement par les hommes – ne peut occulter l'implication pratique, quotidienne, des femmes dans la dispensation effective des soins, que ce soit à l'enfant ou au mari malade. Il convient de garder à l'esprit que la division des tâches en matière de soins, (notamment ceux destinés aux personnes infectées par le VIH) selon laquelle les hommes paient les traitements et les femmes suivent les malades, se construit sur une image stéréotypée des rôles. Image que G. Seidel qualifie de « sexiste » puisqu'elle consiste à dire que la femme est « destinée » à soigner les hommes, les enfants, voire l'ensemble de la communauté, ceci gratuitement et quels que soient sa santé et son statut sérologique (Seidel, 1999, p. 477). Comme elle a souffert pour accoucher, la femme se trouverait donc « naturellement » la mieux placée pour supporter, par la

(6) On regroupe sous cette appellation des activités préventives et des soins de base que doivent assurer les structures sanitaires. Ce sont : les consultations prénatales, les accouchements, les consultations postnatales ; les vaccinations (enfants et adultes) ; les consultations et soins infirmiers, tant généralistes que pédiatriques.

suite, ses propres souffrances et celles de tout son entourage (*ibid.*, p. 481). Alors que l'infection à VIH touche de plus en plus les femmes, il est impératif qu'elles ne soient plus les seules à assumer la prise en charge quotidienne des traitements des membres de la famille.

Le partage des soins entre hommes et femmes n'est pas le seul élément du rapport aux traitements qui pourrait évoluer à la lumière de l'expérience de la prise en charge du sida. Prenons tout d'abord l'exemple des traitements antirétroviraux. Chez les rares personnes qui peuvent y accéder, il a été observé, notamment au Sénégal, une plus grande facilité à parler de sa maladie à ses proches. Certains patients arrivent pour la première fois à se confier et, en retour, reçoivent de leur entourage familial des encouragements et une aide qui leur permettront de suivre convenablement leur traitement, en respectant les consignes médicales (Sow, 1999). L'infection à VIH a par ailleurs conféré une ampleur particulière au phénomène de diversification des recours thérapeutiques. Rechercher un traitement a de tout temps été une double quête : identifier la nature, voire l'origine de la maladie, et se procurer les « produits » susceptibles de la juguler. La personne infectée par le VIH confirme non seulement ces objectifs, mais les approfondit en décrivant des parcours thérapeutiques d'une richesse et parfois même d'une complexité rarement atteintes. Recours associés les uns aux autres, repris après avoir été interrompus, puisant alternativement ou conjointement dans les vastes registres du « traditionnel » et du « moderne » caractérisent les initiatives de ces malades (Vidal, 1996). L'arrivée des traitements antirétroviraux ne devrait pas bouleverser les stratégies de recours aux soins de la grande majorité des patients : d'une part, parce qu'ils restent inaccessibles à la plupart d'entre eux et, d'autre part, car les combinaisons thérapeutiques les plus répandues actuellement chez ceux qui sont sous antirétroviraux – les bithérapies – réduisent certes mais ne suppriment pas les épisodes de la maladie. Ceci, sans compter la nécessité d'interpréter la contamination par le VIH, qui ne disparaît pas avec l'éventuelle mise sous traitement antirétroviral. D'où de possibles recours à des tradithérapeutes et à des groupes de prières (7) dont les interventions sont jugées, par les patients eux-mêmes, complémentaires aux traitements médicaux.

La perspective de mettre en place les antirétroviraux a rapidement soulevé la question de l'observance de ces traitements, pris pour une durée indéterminée et qui comprennent un nombre quotidien de médicaments important. Il est utile d'étudier les capacités d'observance des traitements antirétroviraux en les comparant à d'autres traitements. Le traitement de la tuberculose offre ici des points de comparaison intéressants. Nous avons, tout d'abord, le lien épidémiologique qui existe entre la tuberculose et l'infection à VIH : en Côte d'Ivoire, près de la moitié des tuberculeux en traitement sont infectés par le VIH. Par ailleurs, la guérison de la tuberculose suppose la stricte observance d'un traitement qui dure au moins six mois. Contrairement aux antirétroviraux, la difficulté pour suivre le traitement n'est pas d'ordre financier : elle est plus liée aux représentations de la tuberculose et de sa guérison. En effet, après quelques semaines de traitement, l'état de santé du tuberculeux, même s'il est infecté par le VIH, peut s'améliorer sensiblement. Malgré les signes des médecins, il lui est parfois difficile d'admettre la nécessité d'une observance toujours aussi stricte du traitement. Il faut aussi souligner – et cela a notamment été observé en Côte d'Ivoire – que l'association tuberculose-VIH est de plus en plus ancrée dans les représentations populaires de ces deux maladies. Schématiquement, dans un premier temps, dès lors que des signes cliniques comme l'amaigrissement – associés au sida – étaient repérés chez un malade et notamment un tuberculeux, son entourage le

(7) Une étude auprès de patients infectés par le VIH, de différents pays, a révélé que le recours aux prières constitue la seconde stratégie de prise en charge (*personal care strategy*), ceci aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement (Mota, 1997)

supposait atteint de sida. Par la suite, l'association tuberculose-sida a évolué : ce sont des manifestations de tout temps associées à la tuberculose (la toux) qui, par elles-mêmes, appellent dorénavant un « diagnostic » de sida. Il n'est alors guère surprenant que le recours à un centre anti-tuberculeux, lorsqu'il est connu de l'entourage, tende à fixer les réactions relatives au sida. Finalement, la tuberculose est une maladie d'autant plus crainte que fréquemment corrélée au sida. Rapprochement qui affecte aussi les représentations du traitement car traiter la tuberculose et en guérir revient alors à traiter le sida.

Une étude du rapport des patients aux traitements du sida (*via* les traitements antirétroviraux et ceux de la tuberculose) serait incomplète si elle ignorait les liens existants entre la recherche et la mise sous traitement, d'une part, l'adoption et le maintien de comportements de prévention de la transmission du VIH, d'autre part. Si les programmes de lutte contre le sida n'ont que tardivement associé stratégies de prise en charge et de prévention (cf. *infra*), les malades ont quant à eux d'emblée été confrontés à l'information de leur partenaire et à la négociation de l'utilisation du préservatif. Encore convient-il de préciser que l'on ne parle ici que des patients informés de leur statut sérologique : ce n'est pas en effet le cas de tous les malades dépistés, qui eux-mêmes ne représentent qu'une faible proportion des personnes séropositives, comme nous l'avons noté. Dans l'information reçue lors de l'annonce de la séropositivité, figurent des conseils de prévention relatifs à la protection des rapports sexuels. A ces conseils « de base » s'ajoutent, suivant les soignants, des incitations à ne pas avoir d'enfant (en particulier pour les femmes), à informer son partenaire et à l'inciter à faire un test de dépistage, voire à informer un membre de la famille qui pourrait l'aider par la suite. Ces recommandations dépassent nettement le strict cadre de la prévention de la transmission du VIH : délivrées à des personnes que l'on sait séropositives, elles sont interprétées en fonction de stratégies ultérieures de soins. En effet, informer ou non son conjoint, se confier ou non à un parent, c'est aussi se placer en situation de pouvoir bénéficier de son aide financière pour acheter des médicaments, et de son réconfort moral lorsque cela s'avérera nécessaire. La démarche de la femme infectée qui passe « outre » les conseils de ne pas avoir d'enfant ne doit pas uniquement se comprendre comme étant en rupture avec le message préventif (ne pas transmettre le VIH à son enfant et à son partenaire) : sa démarche se situe aussi dans une perspective de prise en charge, en l'occurrence ici de l'enfant à venir, en particulier s'il s'avère être infecté. Plus généralement, le désir de certaines personnes atteintes de témoigner publiquement sur leur maladie ne répond pas uniquement à la volonté de parler des conditions de vie d'une personne vivant avec le VIH. Ces personnes souhaitent aussi porter un message de prévention, qu'elles espèrent plus efficace précisément parce qu'il émane d'une personne qui n'a pas pu ou pas su prévenir sa propre contamination.

● Des traitements aux politiques de santé

Ces liens, dans les expériences des personnes atteintes, entre prévention et prise en charge ont connu des formes diverses au niveau des politiques de santé. Ainsi, dans leurs premières années (à partir de 1986-1987) les programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) défendaient des stratégies d'action qui distinguaient nettement la prévention de la prise en charge, et donc des traitements. L'accent était alors mis sur la prévention. Puis, au fil des ans, réalisant le poids pour la société et le système de santé de l'infection à VIH, les responsables de la lutte contre le sida ont tenté non seulement de développer le traitement des affections opportunistes et des MST et le soutien « psychosocial » aux malades, mais aussi d'associer ces volets de l'action aux stratégies de prévention. La sollicitation de militants d'association de personnes

atteintes pour témoigner de leur maladie, délivrer des messages de prévention et rappeler la nécessaire solidarité avec les malades, ceci dans le cadre d'actions organisées par les PNLS, dans les écoles ou en milieu rural, en est un exemple. Cette association entre prise en charge et prévention a été indirectement discutée au moment de la mise en place de stratégies visant à rendre accessibles les traitements antirétroviraux. Se confrontaient alors deux discours : un premier revendiquant un accès des malades africains aux mêmes traitements que les patients des pays du Nord, un second répondant que cela risquait de supprimer des financements pour des actions de prévention qui ont montré leur efficacité, au moins dans certains pays du continent. Ce débat s'exacerbe en décembre 1997 à Abidjan, lors de la conférence africaine sur le sida : un consensus est finalement trouvé pour dire que faciliter l'accès aux antirétroviraux (bithérapies voire trithérapies) ne nuira pas aux efforts de prévention.

Ce débat sur l'accès aux traitements antirétroviraux en Afrique a finalement largement dépassé le cadre d'une simple discussion sur la nécessité ou non de proposer aux patients africains des traitements ayant fait la preuve d'une certaine efficacité dans les pays du Nord. Des enjeux d'ordre à la fois politique, économique et sanitaire se sont vus conjugués : ceci avec une intensité jamais atteinte par quelque autre aspect de la prise en charge de l'infection à VIH sur le continent. D'un point de vue politique, des Etats africains ont insisté sur l'inévitable égalité dans l'accès aux traitements, au Nord comme au Sud. Certains ont soutenu l'initiative internationale Onusida, d'autres ont impulsé leurs propres politiques d'accès aux antirétroviraux. En termes économiques, le coût de ces traitements a été négocié avec les compagnies pharmaceutiques et subventionné, de façon à le rendre plus accessible. Enfin, sur le plan sanitaire, ces Etats africains n'ont eu guère de difficultés à souligner le poids croissant de la prise en charge du sida pour le système de santé : les nouveaux traitements, en améliorant la qualité de vie des patients, soulageraient ainsi de nombreux services hospitaliers. Ces arguments initiaux ont rapidement été confrontés aux réalités elles aussi politiques, économiques et sanitaires de la prise en charge de l'infection à VIH : ces traitements restent onéreux ; le dépistage est insuffisamment développé pour ne serait-ce qu'envisager d'intégrer ce type de traitement à des politiques plus larges de prise en charge du sida ; le volontarisme politique des années 1996-1997 tend à s'essouffler compte tenu de la somme des problèmes à surmonter pour rendre accessibles ces traitements ; et, enfin, d'autres pans d'action dans le domaine de la prévention des infections opportunistes restent à consolider (Samb, 1999).

En résumé, d'*exigences* (politiques, sanitaires, économiques) pour promouvoir l'accès aux antirétroviraux nous sommes passés à des *contraintes* du même ordre, pour – au bout du compte – voir se dessiner dans le détail les différents aspects de la prise en charge du VIH, bien au-delà des seuls antirétroviraux. En d'autres termes, les questions soulevées par les seuls antirétroviraux s'avèrent pertinentes pour réfléchir à ce que peut être l'accès aux divers traitements de l'infection à VIH en Afrique. En suivant les enseignements de ce qui a été réalisé pour l'accès aux antirétroviraux, on doit même ajouter qu'il n'est désormais plus possible d'ignorer les dimensions indissociablement politiques, économiques et, bien entendu, sanitaires de ce qu'est « traiter le sida » en Afrique.

Références bibliographiques

Anglaret (X.), Chêne (G.), Attia (A.), Touré (S.), Lafont (S.), Combe (P.) *et al.*, 1999, « Early Chemoprophylaxis with Thimetoprim-Sulfametoxazole for HIV-1 Infected Adults in Abidjan, Côte d'Ivoire », *Lancet*, 353, pp. 1463-1468.

Bagana (N.), Massanga, Samba-Maliavo, Toure (B.), 1999, « Expérience de prise en charge des malades par les ONG/OAC au travers des micro-projets financés par le projet CAF/93/006 », *X^e conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique*, Lusaka, 12-16 septembre, Résumé 13 PT 11-15.

Becker (C.), Dozon (J.-P.), Obbo (C.), Touré (M.), 1999, *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, Codesria-Karthala-IRD, 707 p.

Brown (L.), Mongoche (S.), Duncan (J.) *et al.*, 1999, « Monitoring and Evaluating Community-based Care and Support Activities », *X^e conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique*, Lusaka, 12-16 septembre 1999, Résumé 13 BT 4-6.

Centers for Diseases Control, 1997, « USPHS/IDSA Guidelines for the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus », *Monthly Morbidity Weekly Report*, S46, 45 p.

Chêne (G.), Binquet (C.), Moreau (J.-F.), Neau (D.), Pellegrin (I.), Malvy (D.) *et al.*, 1998, « Changes in CD4+ Cell Count and the Risk of Opportunistic Infection or Death after Highly Active Antiretroviral Treatment », *AIDS*, pp. 2313-2320.

Chishimba (S.), 1999, « The Impact of Home Based Nursing Care to HIV/AIDS Patients », *X^e conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique*, Lusaka, 12-16 septembre 1999, Résumé 13 PT 41-3.

Dabis (F.), Msellati (P.), Méda (M.), Welfens-Ekra (C.), You (B.), Manigart (O.) *et al.*, 1999, « Six Month Efficacy, Tolerance and Acceptability of a Short Regimen of Oral Zidovudine in Reducing Vertical Transmission of HIV in Breast-fed Children : A Double-blind Placebo Controlled Multicentre Trial, ANRS 049a, Côte d'Ivoire and Burkina Faso », *Lancet*, 353, pp. 786-792.

Desclaux (A.), 1999, « Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie au Burkina Faso », in C. Becker, J.-P. Dozon, C. Obbo, M. Touré (dir.), *op. cit.*, pp. 541-557.

Dormont (J.), 1998, *Stratégies d'utilisation des antirétroviraux dans l'infection par le VIH*, Paris, Flammarion, coll. « Médecine et santé », 162 p.

Dozon (J.-P.), 1995, « Médecines traditionnelles et sida. Les modalités de sa prise en charge par un tradipraticien ivoirien », *Les sciences sociales face au sida : cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Paris, ORSTOM, pp. 187-193.

Dozon (J.-P.), 1996, « Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le sida en Afrique », in J. Benoist, A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala, pp. 231-235.

Faye-Niang (M.), Touré (M.), Sylla (O.) *et al.*, 1999, « Le centre de traitement ambulatoire de Dakar : une expérience novatrice au Sénégal », *X^e conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique*, Lusaka, 12-16 septembre, Résumé 13 PT 41-23.

Gbodossou (E.), Floyd (V.), 1999, « From Dakar to Durban, Next Steps. The Role of Traditional Medicine in the Fight Against HIV/AIDS », *X^e conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique*, Lusaka, 12-16 septembre 1999, Résumé 14 ET 1-2.

Gruénais (M.-E.), 1996a, « Etre malade ou être sidéen », in J. Benoist, A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala, pp. 219-229.

Gruénais (M.-E.), 1996b, « Thérapeutes traditionnels et sida », *Développement et santé*, 121, pp. 26-28.

Mann (J.), Tarantola (D.), 1996, *AIDS in the World II*, New York, Oxford University Press, pp. 414-426

Maraschin (J.), 1999, « Vers une mobilisation en faveur de l'Afrique ? », *Le journal du sida*, 117, pp. 27-28.

Mokou (G.), 1999, « Home Base Care by PWAs », *X^e conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique*, Lusaka, 12-16 septembre 1999, Résumé 13 PT 41-13.

Mota (R.), 1997, « Personal Care Strategies of People Living with HIV/AIDS », in World Bank (ed.), *Confronting AIDS. Public Priorities in a Global Epidemic*, Oxford, Oxford University Press, pp. 398-403.

Onusida, Organisation mondiale de la santé, 1998, *Le point sur l'épidémie de sida*, décembre, 17 p.

Pape (J.W.), Jean (S.S.), Ho (J.L.), Hafner (A.), Johnson (W.D. Jr), 1993, « Effect of Isoniazid Prophylaxis on Incidence of Active Tuberculosis and Progression of HIV Infection », *Lancet*, 342, pp. 268-272.

Rey (J.-L.), Aouhanto (M.), 1999, « Enquête sur les pratiques de prise en charge des malades VIH en Afrique », *Afrique médecine et santé*, 9, pp. 6-10.

Saba (J.), 1999, « The Results of the PETRA Intervention Trial to Prevent Perinatal Transmission in sub-Saharan Africa », *6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, Chicago, février 1999 (Abstract S6).

Samb (B.), Guichard (A.), Coulaud (J.-P.), 1999, « Prophylaxie des infections opportunistes en Afrique subsaharienne », *Le journal du sida*, 114, pp. 26-27.

Seidel (G.), 1999, « Seeking to Optimise Care for HIV Positive Women and Extending the Gendered Rights' Discourse – Conceptualizing the Dilemmas with Illustrations from Fieldwork in Rural South-Africa », in C. Becker, J.-P. Dozon, C. Obbo, M. Touré (dir.), *op. cit.*, pp. 475-491.

Sow (K.), 1999, « Un programme pilote au Sénégal (entretien avec K. Sow) », *Le journal du sida*, 117, pp. 28-29.

Tonda (J.), 1999, « Les spécialistes non médicaux congolais et le problème de la connaissance scientifique du sida », in C. Becker, J.-P. Dozon, C. Obbo et M. Touré (dir.), *op. cit.*, pp. 333-343.

Vidal (L.), 1996, « Le sida en Côte d'Ivoire : situation et prise en charge des malades », *Afrique contemporaine*, 178, pp. 18-29.

Whalen (C.C.), Johnson (J.L.), Okwera (A.), Hom (D.L.), Huebner (R.), Mugenyi (P.) et al., 1997, « A Trial of Three Regimen to Prevent Tuberculosis in Ugandan Adults Infected with the HIV », *New England Journal of Medicine*, 337, pp. 801-808.

Wiktör (S.), Sassan-Morokro (M.), Grant (A.D.), Abouya (L.), Karon (J.M.), Maurice (C.) et al., 1999, « Efficacy of Trimethoprim-Sulphamethoxazole Prophylaxis to Decrease Morbidity and Mortality in HIV-infected Patients with Tuberculosis in Abidjan, Côte d'Ivoire : A Randomised Clinical Trial », *Lancet*, 353, pp. 1469-1475.

Wiktor (S.W.), Ekpini (E.), Karon (J.M.), Nkengasong (J.), Maurice (C.), Sibailly (T.S.) et al., 1999, « Short Course Oral Zidovudine for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire : A Randomised Trial », *Lancet*, 353, pp. 781-785.

Williams (G.), Blibolo (D.), Kérouedan (D.), 1995, *Colmater les brèches. Soutien et soins aux séropositifs et aux malades du sida en Côte d'Ivoire*, Londres, ACTIONAID-AMREF, 61 p.

World Bank, 1997, *Confronting AIDS. Public Priorities in a Global Epidemic*, Oxford, Oxford University Press, World Bank Policy Research Report, 353 p.

Une crise épidémiologique dans les sociétés de post-apartheid : le sida en Afrique du Sud et en Namibie

Didier Fassin*

Au cours de la période récente, le sida est devenu la première cause de décès en Afrique subsaharienne où l'on estime que trente-quatre millions de personnes ont été contaminées depuis le début de l'épidémie, dont le tiers est déjà décédé. Actuellement, ce sont environ deux millions de malades qui meurent chaque année, parmi lesquels les enfants représentent le quart des victimes. Non seulement l'Afrique subsaharienne est la région du monde la plus affectée, mais sa part du tribut mondial à l'épidémie ne cesse de croître, puisque l'on considère que sept personnes nouvellement infectées sur dix sont aujourd'hui africaines. Pendant plus de dix ans, l'épidémie, qui avait initialement été reconnue en Afrique centrale et s'était ensuite étendue en Afrique de l'Est, puis de l'Ouest, avait semblé en épargner, au moins relativement, la région australe. Ainsi des études sérologiques réalisées en Afrique du Sud au début de la décennie quatre-vingt-dix indiquaient-elles encore que le virus du sida y était étonnamment peu prévalent. En quelques années cependant, l'Afrique australe est devenue le premier foyer de sida dans le monde, avec des taux de séroprévalence du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) en population générale avoisinant généralement les 20 %, mais pouvant, dans certaines villes, dépasser 30 % (Balzer, 1998).

Les trois pays présentant les niveaux les plus élevés de contamination au plan international se situent dans cette région : le Botswana, le Zimbabwe et la Namibie. Quant à l'Afrique du Sud, sa situation à peine moins grave se dégrade rapidement en raison d'un taux de progression de l'épidémie parmi les plus élevés du monde. Probablement est-ce là le plus important bouleversement qu'ait connu l'épidémiologie du sida depuis l'apparition de cette infection. La dramatisation des déclarations des responsables sanitaires en donne d'ailleurs la mesure, le directeur exécutif du pro-

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Situations nouvelles ?

105

* Anthropologue, université de Paris XIII/EHESS

gramme Onusida, Peter Piot, parlant de « situation catastrophique » et le responsable de son département d'épidémiologie, Bernhard Schwartlaender, affirmant l'épidémie « hors contrôle » (*Le Monde*, 11 mai et 14 septembre 1999) dans cette région.

Situation inédite, donc, que celle de pays passés en cinq ans d'une relative préservation à un état d'hyperendémie. La gravité de cette évolution peut du reste s'apprécier non seulement sur l'augmentation des taux de contamination dans la population générale, mais également sur l'importance de la proportion de décès parmi les malades : si le sida, en Afrique australe, progresse plus vite qu'ailleurs, il y tue plus sûrement aussi. Pour s'en tenir aux deux pays étudiés dans le cadre de cet article, le taux de séroprévalence est passé de 0,8 % en 1988 à 18,8 % en 1994 dans l'agglomération de Johannesburg, première ville d'Afrique du Sud, et de 4 % en 1992 à 16 % en 1996 dans l'agglomération de Windhoek, capitale de la Namibie, cependant que la létalité s'y maintenait à un niveau particulièrement élevé : au début de 1998, sur les 420 000 cas de sida sud-africains estimés depuis le début de l'épidémie, 360 000 étaient décédés, parmi lesquels 140 000 au cours de la seule année 1997, et les données namibiennes étaient encore plus préoccupantes, avec 16 000 cas cumulés, dont 14 000 décédés et 6 400 en 1997 (statistiques d'Onusida, juin 1998). Tout comme le rythme de développement de l'épidémie, ses conséquences mortelles s'avèrent ainsi bien supérieures à ce qu'elles sont ailleurs.

1. - Données socio-démographiques et épidémiologiques

	Afrique du Sud	Namibie
Données générales		
Population (millions)	43,3	1,6
PNB par habitant (dollars US)	3 160	2 000
Index de développement humain (rang)	90	118
Espérance de vie à la naissance (années)	65	56
Mortalité infantile (p. 1000 naissances)	50	60
Mortalité maternelle (p. 1000 naissances)	230	370
Epidémiologie du sida		
Incidence cumulée des cas de sida	420 000	16 000
Nombre cumulé de décès par sida	360 000	14 000
Nombre de personnes infectées vivantes	2 900 000	150 000
Séroprévalence moyenne chez les adultes	12,9 %	19,9 %

Source : UNAIDS, *Epidemiological Fact Sheet on HIV*, juin 1998.

Afin de rendre compte de l'évolution du sida en Afrique subsaharienne et du mode de transmission par voie hétérosexuelle identifié comme prédominant, on sait que l'on a longtemps accordé une place centrale aux hypothèses comportementalistes et souvent culturalistes, aussi bien pour appréhender les conduites à risque que pour analyser les pratiques de prévention (Bibeau, 1991). Ainsi, la gravité de l'épidémie et les modalités de sa répartition dans la population, touchant souvent plus les femmes que les hommes, étaient mises sur le compte d'attitudes et de pratiques singulières en matière de sexualité, l'expression surannée de « promiscuité » retrouvant là une seconde jeunesse. De même les difficultés rencontrées pour contrôler la progression de la maladie, malgré la multiplication de campagnes d'information, étaient expliquées par une résistance particulière opposée par les populations africaines à l'adoption de mesures protectrices, et l'on stigmatisait « la culture » comme faisant obstacle à l'utilisation généralisée du préservatif. Depuis longtemps critiquée pour les préjugés qui la sous-tendaient tout autant que pour les réalités sociales qu'elle permettait d'occulter (Dozon et Fassin, 1989), cette interprétation est encore plus inadéquate dans le cas de l'Afrique australe.

2. - Evolution des taux de séroprévalence parmi les femmes enceintes

	Début années 1990 (séroprévalence en %)	Fin années 1990 (séroprévalence en %)
Afrique du Sud	1990	1997
<i>Zones urbaines</i> : Gauteng (Johannesburg)	0,6	17,1
Natal (Durban)	1,6	26,9
<i>Zones rurales</i> : Province du Nord-Ouest	1,0	18,1
Mpumalanga	0,4	22,6
Namibie	1992	1996
<i>Zone urbaine</i> : Windhoek	4,2	16,0
<i>Zones rurales</i> : Oshakati	3,6	22,4
Katima Mulilo	13,7	24,2

Source : UNAIDS, *Epidemiological Fact Sheet on HIV*, juin 1998

Comment se satisfaire en effet d'une explication qui supposerait une transformation culturelle en matière de sexualité et de prévention susceptible d'entraîner, en cinq ans, une multiplication par dix des taux de séroprévalence et une létalité deux ou trois fois plus élevée qu'ailleurs ? Comment ne pas voir que cette évolution épidémiologique inédite s'inscrit dans une configuration historique qui ne l'est pas moins (Diener et Graefe, 1999 ; Worden, 1994) ? Si la ministre sud-africaine de la Santé, Nkosazana Zuma, pouvait récemment déclarer que « le sida constitue un ennemi plus redoutable que l'apartheid » pour son pays, il faudrait ajouter que le sida imprime aussi l'une des marques les plus douloureuses laissées par l'apartheid dans l'histoire sud-africaine. Et si, pour reprendre les mots de la ministre namibienne de la Santé, Libertina Amathila, « le sida est la plus grande menace pesant sur la stabilité sociale, la prospérité économique et notre survie même comme nation », il conviendrait de relever qu'à l'inverse, les conditions socio-économiques et la question même de la nation sont au cœur de la compréhension de l'épidémie. Faute d'appréhender cette dimension socio-politique du sida, les organismes internationaux et les institutions nationales, dont les positions et les actions ont été jusqu'à une période récente encore très déterminées par des analyses individualisantes et psychologisantes des conduites à risque et de leur prévention, s'exposent à continuer de manquer leur cible et à laisser l'infection se développer.

La crise épidémiologique sans précédent que traversent en particulier l'Afrique du Sud et la Namibie apparaît en effet comme une manifestation particulièrement dramatique de la sortie de l'apartheid dans ces deux pays. Tel est l'argument qui sera avancé dans ce texte. Le généraliser à l'ensemble de l'Afrique australe demanderait certes que l'on prenne en compte les différences historiques notables entre les pays de cette région, mais ferait également apparaître moins les similitudes que les liens entre ces différentes histoires (Andersson et Marks, 1989), notamment en termes de mouvements, forcés ou non, de population, en termes de constitution et de reproduction des inégalités, en termes de légitimation et d'incorporation de la violence, et finalement donc du point de vue de l'épidémiologie du sida (Kalipeni, 2000). On se limitera cependant à ces deux pays, certes bien différents par la taille et les caractéristiques de leur population aussi bien que par leur importance économique et politique, mais que l'histoire rapproche plus qu'aucun autre en Afrique australe. Ainsi les conditions de développement du sida en seront-elles mieux éclairées. Comme le remarque Douglas Webb (1998) : « La compréhension des relations entre les processus macro-politiques et macro-économiques et l'épidémiologie du sida est peu développée. La raison en est que la progression rapide de l'épidémie en Afrique australe n'a pas permis une réflexion sérieuse sur ses déterminants socio-épidémiologiques. Au lieu de quoi l'accent a été mis sur l'épidémiologie virale elle-même. »

Malgré des contributions importantes, l'économie politique du sida en Afrique australe reste, pour l'essentiel, à écrire.

● Démographie et politique

Les mouvements de population constituent un facteur classique favorisant l'extension des épidémies, dont l'unique moyen de prévention a résidé, pendant des siècles, dans la contention de la circulation des personnes par des cordons sanitaires. Dans le cas du sida, la relation entre migration et contamination est depuis longtemps suspectée, même si elle n'est pas toujours documentée ou même énoncée (Fassin, 1999). A cet égard, on sait que le sens commun tend volontiers à considérer les immigrés comme dangereux, la version infectieuse n'étant que la projection biologique d'une menace symbolique plus diffuse. De nombreux pays ont utilisé, de manière plus ou moins démagogique et cynique, cet argument pour renforcer les réglementations concernant l'entrée sur leur territoire ou, plus brutalement encore, organiser la répression contre les étrangers, notamment lorsqu'il s'agissait de prostitué(e)s. On ne saurait donc prendre pour argent comptant le lien, trop facilement établi, entre immigration et propagation.

En Afrique australe, il est cependant probable que les mouvements de population ont joué un rôle important dans la diffusion du virus à partir du début de la décennie quatre-vingt-dix. Mais parler de mouvements de population comme s'il s'agissait de déplacements homogènes obéissant aux mêmes logiques est déjà trompeur. En fait, il existe probablement au moins quatre processus différents, quoiqu'en partie liés, intervenant au cours de cette période : le retour des exilés à la fin de l'apartheid, les déplacements dus aux conflits dans la région, les migrations de nature économique et l'ouverture des anciens homelands. Ces différents phénomènes se conjuguent. Ainsi, en Namibie, le nord du pays correspond aux plus hauts niveaux de séroprévalence, avec 22 % parmi les femmes enceintes dans la capitale régionale, Oshakati. Or, c'est de cette zone que proviennent la plupart des combattants de la SWAPO, South West Africa People's Organization, revenus après la guerre de libération dans leur région d'origine ; frontalière avec l'Angola, elle reçoit régulièrement des réfugiés fuyant la guerre civile ; carrefour commercial donnant accès à la bande de Caprivi, elle constitue un point de passage avec la Zambie, le Botswana et le Zimbabwe ; enfin, ancien Owamboland regroupant les populations d'expression oshiwambo, elle était le plus peuplé des homelands et sa dissolution a provoqué d'importantes migrations de travail vers la capitale.

La « réintégration », expression qui désigne le retour au pays des émigrés, revêt une signification politique, mais aussi démographique, importante (Preston, 1993). A la fin de la guerre pour l'indépendance, intervenue en 1990, la Namibie a ainsi vu le retour massif des combattants de la SWAPO. En huit mois, ce sont quarante-trois mille exilés, pour la plupart militaires, qui ont été enregistrés dans un pays ne comptant guère plus d'un million et demi d'habitants. Parallèlement, la libération de Nelson Mandela, la même année, puis la transition progressive vers une démocratie non raciale officialisée par les élections de 1994, ont amené nombre d'émigrés à revenir en Afrique du Sud, à commencer par les membres de l'ANC, African National Congress, qui s'étaient réfugiés à l'étranger. Ces retours ont dans certains cas posé des problèmes délicats de réinsertion. Ainsi, en Namibie, les militaires imposent une présence très visible et jouent un rôle important dans la diffusion des maladies sexuellement transmissibles dans les zones de casernement.

Les conflits armés représentent une autre source importante de déplacements de population, aggravés par les contextes de violence et de désorganisation qui les accompagnent (Peberdy, 1998). La guerre civile au Mozambique, en particu-

lier, a été à l'origine de mouvements massifs de personnes fuyant les combats dont on estime le nombre à environ un million dans les pays voisins. Pour la seule Afrique du Sud, trois cent cinquante mille réfugiés, au demeurant non reconnus comme tels jusqu'en 1993 et donc considérés comme des irréguliers, se sont ainsi installés, pour certains, dans d'anciens bantoustans qui se révélaient un peu plus accueillants, pour d'autres, à la périphérie des villes où ils grossissaient les rangs des travailleurs illégaux. Après les accords de paix signés en 1994, le rapatriement a été organisé sous l'égide du Haut Commissariat aux réfugiés des Nations unies, de manière volontariste mais avec un succès modéré, laissant sur place un grand nombre d'entre eux, désormais réduits à ne plus pouvoir solliciter l'asile politique qui leur avait été accordé peu auparavant. Parallèlement, l'interminable conflit en Angola et, bien qu'elles soient plus éloignées, les violences dans la région des Grands Lacs depuis le génocide au Rwanda et la déstabilisation du Congo démocratique sont également cause de migrations de zones où l'on connaît l'endémicité élevée du sida.

La démocratisation de l'Afrique du Sud et, à un moindre degré, l'indépendance de la Namibie ont également fait de ces pays riches des territoires attractifs pour la main-d'œuvre étrangère, notamment africaine (Bouillon, 1999). Certes, le phénomène n'est pas nouveau et les « migrations de contrat » ont été au principe du fonctionnement de l'économie minière et de l'activité agricole tout au long du xx^e siècle. Il n'en demeure pas moins que le changement d'image internationale de ces deux pays au sortir de l'apartheid, le retour des capitaux étrangers après la période de boycott et la régularisation temporairement instituée durant l'été 1996 pour les illégaux résidant en Afrique du Sud ont favorisé l'immigration économique ou permis, pour certains, l'obtention d'un statut légal. Pour l'essentiel, cependant, la réglementation de l'entrée et du séjour des étrangers a évolué beaucoup plus sur la base de l'estimation des besoins en matière de force de travail que de considérations morales ou humanitaires, comme le montre le fait que l'*Aliens Control Act* de 1991 n'ait pas été fondamentalement remis en cause par le nouveau pouvoir sud-africain. Dans ces conditions, le nombre des étrangers dits illégaux semble très élevé en Afrique du Sud, les estimations variant généralement entre un et deux millions, mais pouvant atteindre jusqu'à huit millions selon des chiffres de la police diffusés par la presse. Si ces données sont largement tributaires des difficultés d'enquête inhérentes à ce sujet tout autant que des manipulations de l'opinion contre les immigrés, on dispose néanmoins des statistiques de reconduites aux frontières qui s'élèvent à huit cent mille personnes entre 1988 et 1996. Précarisées, ces populations sont particulièrement soumises aux violences de tous ordres et exposées aux risques sanitaires.

Les mouvements de population concernent enfin les migrations internes aux pays (Datta, 1998). Ces migrations, classiques en Afrique entre les villes et les villages, ont été cependant, dans le cadre des politiques d'apartheid, doublement contrôlées par la mise en place de homelands où étaient confinées les populations sur des bases à la fois raciales et ethniques et par la conditionalité des déplacements par l'existence de contrats de travail. Avec la fin de l'apartheid, la dissolution des homelands et l'évolution de la législation sur les contrats, la main-d'œuvre a migré beaucoup plus librement et massivement en fonction des situations locales du marché de l'emploi. Les anciennes townships et, dans certains cas, comme à Johannesburg, les centres-villes se sont ainsi peuplés d'hommes venus des campagnes et rentrant à intervalles plus ou moins réguliers dans leur famille. Mais l'instabilité des statuts de ces travailleurs, la faiblesse de leurs revenus et la persistance d'une ségrégation urbaine remodelée rendaient leur insertion urbaine particulièrement précaire (Pendleton, 1997). Dans le même temps, les zones minières ont continué d'être des sites de regroupement d'une main-d'œuvre exploitée, dont les conditions d'existence, de logement et d'hygiène sont particulièrement difficiles. Le commerce sexuel y opère dès lors dans des espaces de contraintes sociales que n'appréhendent pas les

modèles éducatifs prétendant promouvoir l'usage du préservatif (Campbell, 2000). Ainsi la compréhension des mécanismes par lesquels les populations noires se trouvent fragilisées face aux maladies doit-elle en passer par une véritable économie politique de la santé.

Beaucoup plus que les déplacements de populations en eux-mêmes, ce sont en effet les contraintes économiques et politiques pesant sur eux qui déterminent l'exposition à certains risques sanitaires, à commencer par le sida. Être immigré ne peut donc être considéré en soi comme un facteur de risque. Ce sont les circonstances de l'immigration et surtout les modalités de l'accueil dans le pays, en particulier l'absence de statut juridique, la dépendance par rapport au marché du travail, la xénophobie souvent entretenue par les autorités et la permanence de formes multiples de discrimination raciale (Pérouse de Montclos, 1999), qui sous-tendent les pratiques sociales, parmi lesquelles certaines peuvent exposer à des risques sanitaires. Essentieliser l'immigration en la pensant, ainsi qu'il est souvent dit, comme intrinsèquement dangereuse d'un point de vue épidémiologique, doublerait l'exposition objective des immigrés aux risques sanitaires par une exposition subjective à une stigmatisation supplémentaire. C'est au contraire la condition sociale du migrant (Sayad, 1999) qu'il s'agit de prendre en compte, dans sa diversité.



Inégalités et violences

Les déterminations socio-économiques du sida sont longtemps passées inaperçues pour deux raisons principales. Premièrement, la maladie, dans les pays occidentaux comme sur le continent africain, a paru, au cours des premières années de développement de l'épidémie, affecter de manière privilégiée les catégories sociales supérieures. Deuxièmement, l'accent mis d'emblée sur les comportements a conduit à se focaliser sur les facteurs culturels, qu'il s'agisse de caractériser des groupes ayant en commun des pratiques à risque ou des populations considérées comme exposées collectivement. Dès la fin des années quatre-vingt, on disposait cependant d'éléments pour établir des corrélations entre conditions sociales défavorisées, d'une part, risque de contamination et taux de létalité, d'autre part. En Afrique subsaharienne, on a montré les effets des situations de précarité, notamment pour les femmes, sur la probabilité d'être infecté et les conséquences néfastes de la malnutrition, et plus généralement de la pauvreté, sur l'évolution fatale de la maladie (Packard et Epstein, 1992). Ces analyses n'ont cependant guère été prises en compte dans les programmes de prévention. L'Afrique australe ne fait pas exception en la matière et les politiques de lutte contre le sida demeurent prises dans des modèles comportementaux sous-tendus par des théories individualisantes (Campbell et Williams, 1999). On ne saurait donc s'étonner, dans ces conditions, du décalage, souvent dénoncé, entre les réalités sociales observées et les stratégies préventives préconisées.

Le sida est, en Afrique plus encore qu'ailleurs, une maladie de l'inégalité. Cette affirmation peut être déclinée tant sur le plan épidémiologique qu'anthropologique. D'une part, son incidence et sa gravité sont très largement déterminées par la structure sociale. Le fait n'est pas spécifique à cette pathologie et nombre de travaux, dans les pays industrialisés notamment, ont montré les associations statistiques fortes existant entre la position dans la hiérarchie sociale et les différents indicateurs de santé, en particulier ceux de mortalité et de morbidité. Dans le cas du sida toutefois, les conditions mêmes de l'exposition au risque et le coût du traitement des malades confèrent à cette corrélation une intensité particulière (Farmer, 1996). D'autre part, l'expérience même de la maladie, du point de vue à la fois de l'environnement matériel dans lequel on l'affronte, des soutiens sociaux que l'on peut mobiliser dans son entourage et même de l'image de soi que l'on est en mesure de

construire et dont on sait qu'elle participe de la résistance à la dégradation corporelle, est étroitement liée au milieu et au statut sociaux. Là encore, ce lien n'est pas propre au sida et a été établi pour d'autres affections graves. Mais s'agissant d'une affection stigmatisante et excluante, on conçoit que l'expérience des patients infectés puisse être particulièrement douloureuse (Héritier, 1992). Ces constats valent assurément pour l'Afrique dans son ensemble.

Dans les sociétés de post-apartheid, les disparités face au sida comportent toutefois une double dimension qui leur est spécifique. D'une part, l'histoire de la ségrégation raciale demeure, au-delà de sa suppression dans la loi, une réalité ancrée dans les rapports sociaux et les dispositions spatiales : devenue illégale, la discrimination fondée sur l'assignation de principes raciaux n'en apparaît pas moins à beaucoup comme encore légitime ou, pour le moins, effective (Simon, 1998). D'autre part, la violence politique qui a caractérisé la période de l'apartheid a légué en héritage, après sa dissolution, une violence polymorphe qui s'exprime sur le mode de la criminalité mais aussi sur le plan de la sexualité : la répression conduite par un Etat raciste et la contention forcée des populations dominées, en particulier noires, ont donné lieu à une forme d'incorporation de la violence et de perte des régulations sociales normalement à l'œuvre (Ramphela, 1997). Tout comme ce fut le cas avec la tuberculose (Packard, 1989), ces deux dimensions, de ségrégation et de violence, se retrouvent aujourd'hui dans tous les registres de l'inégalité face au sida.

L'exposition au risque, dont on doit admettre qu'elle a été particulièrement importante après la fin de l'apartheid pour rendre compte de l'augmentation exponentielle de la séroprévalence, est associée à un ensemble de facteurs qui, tous, sont déterminés par les inégalités sociales (Webb et Simon, 1995). Les taux d'infection très élevés parmi les jeunes femmes et même les adolescentes des milieux populaires sont en grande partie liés aux conditions dans lesquelles les rapports sexuels ont lieu, souvent sous la contrainte physique ou bien en échange de libéralités (Becker et Claassen, 1996). La pauvreté représente un élément essentiel de vulnérabilité, à la fois parce qu'elle rend les filles sensibles aux cadeaux d'hommes plus âgés, fréquemment des militaires dans des régions où les forces armées ont une présence forte, et parce qu'elle crée des environnements favorables à la perpétration de violences, notamment dans les zones de croissance urbaine des quartiers noirs (Iiping et LeBeau, 1997). L'alcoolisme des hommes et parfois des femmes est retrouvé dans de nombreuses enquêtes comme un élément déterminant des viols, et l'on sait que l'alcool était un mode classique de rémunération et d'aliénation des travailleurs noirs du temps de l'apartheid dans les régions rurales comme dans les exploitations minières (London, 1999). L'épidémiologie du sida est ainsi dépendante de l'histoire sociale et de la sociologie contemporaine des deux pays.

La prise en charge des malades s'avère elle aussi très inégale. Probablement l'est-elle d'ailleurs d'autant plus que l'accent a, depuis le début de l'épidémie, été mis essentiellement sur la prévention, tant par les institutions internationales que par les programmes nationaux, et ce au détriment des dimensions médicale et sociale. Les systèmes de soins sud-africain et namibien, que l'on présente souvent comme les meilleurs de l'Afrique subsaharienne, demeurent marqués par une ségrégation de fait, même si elle ne l'est plus de droit (Pick, 1994). Les grands hôpitaux de Katutura et de Soweto ont une clientèle exclusivement noire, correspondant à la population des anciennes townships, respectivement de Windhoek et Johannesburg, et disposent de moyens très inférieurs à ceux des hôpitaux et des cliniques des quartiers blancs. Mais les disparités sont plus fortes encore lorsque l'on considère les hôpitaux des anciens homelands, dont certains correspondent aux régions les plus touchées par l'épidémie, comme c'est le cas dans le nord de la Namibie. La faiblesse des ressources pèse particulièrement sur une maladie qui reste considérée comme sans espoir et sur des malades qui apparaissent souvent comme les victimes d'une

affliction dont ils portent la responsabilité (Fassin, 2000). Les patients sont alors souvent relégués dans des salles communes où ils ne reçoivent guère de traitement, avant d'être renvoyés dans leurs familles. A cet égard, le modèle de soins à domicile, promu par les politiques de lutte contre le sida, correspond le plus souvent à une démission de fait des services publics, abandonnant les malades à leurs familles sans conseils, sans traitements et sans suivi. Situation au demeurant assez paradoxale alors qu'il existe un double dispositif, d'une part, de santé publique, d'autre part, de protection sociale, qui sont relativement généreux pour l'ensemble de la population mais qui n'inclut guère les soins aux malades du sida (LeBeau *et al.*, 1999). D'où une inégalité devant les soins médicaux particulièrement marquée en fonction des catégories sociales et raciales.

On ne saurait toutefois extraire ces réalités nationales ou locales du contexte international des disparités d'accès aux médicaments anti-rétroviraux dans lequel elles s'inscrivent (Klouda, 1995). L'initiative d'Onusida, consistant à distribuer dans quelques pays à quelques milliers de personnes malades des traitements gratuits, lorsque les personnes atteintes se comptent par millions, souligne ces disparités plus qu'elle n'y apporte une solution, même partielle. Ainsi faut-il comprendre le refus des autorités sud-africaines de participer à cette expérience comme une manifestation de la volonté de ne pas accepter une fausse réponse au vrai problème de l'inégalité dans l'accès aux médicaments. Le fait n'est certes pas nouveau et nombre de produits destinés à traiter des maladies graves, comme les cancers, ne sont pas plus disponibles que les antiprotéases. La nouveauté tient à ce que la question soit posée, sous la pression des associations de malades et plus largement des opinions publiques internationales. Elle suggère ainsi le rôle du sida dans la définition de principes communs d'humanité face à la maladie : c'est en effet au nom d'une communauté de personnes atteintes de la même affection que sont revendiqués, mais bien loin d'être obtenus, des droits à une égalité de traitement.



Le désarroi sud-africain

L'esquisse d'une économie politique de l'épidémie de sida dans les sociétés de post-apartheid, telle qu'elle est proposée ici, montre combien les interprétations comportementalistes et culturalistes qui ont souvent cours pour expliquer la progression inédite de l'infection en Afrique australe nous éloignent d'une compréhension du phénomène et, par conséquent, de la recherche de moyens plus efficaces de prévention et de modalités plus justes de prise en charge. Quand les réalités sociales, économiques et politiques qui viennent d'être évoquées dessinent le paysage épidémiologique de l'infection, affirmer qu'en Afrique du Sud, « la lutte contre la maladie a été freinée par un certain retard dans l'évolution des mentalités » n'est guère plus acceptable que prétendre que « les traditions culturelles empêchent d'enrayer l'épidémie de sida en Afrique, où des guérisseurs prescrivent aux malades sans argent d'aller faire l'amour avec des jeunes filles vierges pour se purifier du virus » (*Le Monde*, 25 novembre 1998 et 14 septembre 1999). La tentation exotisante est toujours forte lorsqu'il s'agit du continent africain, et d'autant plus en l'occurrence qu'il s'agit de pratiques sexuelles. L'effacement de l'histoire et des traces qu'elle laisse non seulement dans les esprits, mais également dans les corps, a toutefois un prix, aussi bien en termes de politique de la recherche qu'en termes de politique de santé. Le sida est peut-être l'empreinte la plus profonde que l'apartheid et les formes multiples d'oppression, de violence et d'inégalité qu'il a entraînées ont laissée dans les sociétés qui s'en sont aujourd'hui libérées. Il est trop tôt pour l'oublier.

Tel est bien le sens que l'on peut donner au contenu de la lettre adressée par Thabo Mbeki au président des Etats-Unis et au secrétaire général des Nations unies au début du mois d'avril 2000 (*Washington Post*, 18 avril 2000). Si la presse

n'a retenu de cette initiative inhabituelle que la remise en cause, certes mal venue, du lien établi depuis longtemps entre le VIH et le sida, il y a bien plus dans les prises de position publiques du chef de l'Etat sud-africain. Il y est question du désarroi d'un responsable politique confronté à une épidémie d'une gravité sans précédent dont les explications données jusqu'alors ne rendent à l'évidence pas compte entièrement, de la nécessité de considérer les conditions historiques de développement de l'infection qu'il évoque explicitement dans son courrier, de l'inégalité d'accès aux traitements à laquelle quelques essais thérapeutiques ne sauraient remédier. S'indigner à bon compte des « mauvaises fréquentations intellectuelles » (*Newsweek*, 17 avril 2000) de Thabo Mbeki, en référence aux thèses scientifiques discréditées qu'il semble remettre à l'ordre du jour, c'est méconnaître la signification réelle de ses déclarations, qui rappellent au monde que les sociétés de post-apartheid sont des sociétés dans lesquelles l'apartheid n'a pas cessé son œuvre délétère – ce dont le sida pourrait être, aujourd'hui, l'expression la plus dramatique.

Références bibliographiques

Andersson (N.), (Marks S.), 1989, « The State, Class and the Allocation of Health Resources in Southern Africa », *Social Science and Medicine*, 28 (5), pp. 515-530.

Balter (M.), 1998, « On World AIDS Day, a Shadow Looms over Southern Africa », *Science*, 282 (5395), pp. 1790-1791.

Becker (H.), Claassen (P.), 1996, *Violence Against Women and Children. Community Attitudes and Practices*, Windhoek, Report for the Women and Law Committee of Namibia.

Bibeau (G.), 1991, « L'Afrique, terre imaginaire du sida. La subversion du discours scientifique par le jeu des fantasmes », *Anthropologie et sociétés*, 15 (2-3), pp. 126-146.

Bouillon (A.), 1999, « Migrants africains continentaux et francophones en Afrique du Sud », *Immigration africaine en Afrique du Sud*, Paris, A. Bouillon éd., IFAS/Karthala, pp. 13-74.

Campbell (C.), Williams (B.), 1999, « Beyond the Biomedical and Behavioral : Towards an Integrated Approach to HIV Prevention in the Southern African Mining Industry », *Social Science and Medicine*, 48, pp. 1625-1639.

Campbell (C.), 2000, « Selling Sex in the Time of AIDS : The Psychosocial Context of Condom Use by Sex Workers on a Southern African Mine », *Social Science and Medicine*, 50, pp. 479-494.

Datta (K.), 1998, « Gender, Labour Markets and Female Migration in and from Botswana », in D. Simon (ed.), *South Africa in Southern Africa. Reconfiguring the Region*, Oxford, James Currey, pp. 206-221.

Diener (I.), Graefe (O.) (dir.), (1999), *La Namibie contemporaine. Les premiers jalons d'une société post-apartheid*, Karthala-UNESCO-IFRA.

Dozon (J.-P.), Fassin (D.), 1989, « Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux socio-politiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et santé*, 7, pp. 21-36.

Farmer (P.), 1996, « L'anthropologue face à la pauvreté et au sida », in J. Benoit et A. Desclaux (dir.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala, pp. 89-100.

Fassin (D.), 1999, « L'indicible et l'impensé. La "question immigrée" dans les politiques de lutte contre le sida », *Sciences sociales et santé*, 17 (4), pp. 5-36.

Fassin (D.), 2000, *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.

Héritier (F.), 1992, « Ce mal invisible et sournois », in C. Thiaudière (dir.), *L'homme contaminé*, Paris, Autrement, pp. 148-157.

Ipinge (E.), LeBeau (D.), 1997, *Beyond Inequalities. Women in Namibia*, Windhoek, UNAM.

Kalipeni (E.), 2000, « Health and Disease in Southern African : A Comparative and Vulnerability Perspective », *Social Science and Medicine*, 50, pp. 965-984.

Klouda (T.), 1995, « Responding to AIDS : Are there any Appropriate Development and Health Policies ? », *Journal of International Development*, 7 (3), pp. 467-487.

LeBeau (D.), Fox (T.), Becker (H.), Mufune (P.), 1999, *An Anthropological Assessment of Health and Risk Behaviour in Northern Namibia*, Windhoek.

London (L.), 1999, « The "Dop" System, Alcohol Abuse and Social Control amongst Farm Workers in South Africa : A Public Health Challenge », *Social Science and Medicine*, 48, pp. 1407-1414.

Packard (R.M.), 1989, *White Plague, Black Labor. Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*, Berkeley, University of California Press.

Packard (R.M.), Epstein (P.), 1992, « Medical Research on AIDS in Africa : A Historical Perspective », in E. Fee, D.M. Fox (eds), *AIDS. The Making of a Chronic Disease*, Berkeley, University of California Press, pp. 346-376.

Peberdy (S.), 1998, « Obscuring History ? Contemporary Patterns of Regional Migration to South Africa », in D. Simon (ed.), *South Africa in Southern Africa. Reconfiguring the Region*, Oxford, James Currey, pp. 187-205.

Pendleton (W.), 1997, *Katutura, a Place Where We Stay. Life in a Post-Apartheid Township in Namibia : Katutura Before and Now*, Windhoek, Gamsberg Macmillan.

Pendry (B.), 1998, « The Links Between Gender Violence and HIV/AIDS », *Agenda (South Africa)*, 39, pp. 30-33.

Pérouse de Montclos (M.-A.), 1999, « Immigration et montée de la xénophobie en Afrique du Sud », *L'espace géographique*, 28, pp. 126-134.

Pick (W.M.), 1994, « The Development of Human Resources for Health in South Africa : Ethical Dilemmas Post Apartheid », in K. Aoki (ed.), *Ethical Dilemmas in Health and Development*, Tokyo, JSSP, pp. 113-126.

Preston (R.), 1993, *The Integration of Returned Exiles, Former Combattants and other War-affected Namibians*, Windhoek, Namibian Institute for Social and Economic Research.

Ramphele (M.), 1997, « Political Widowhood in South Africa. The Embodiment of Ambiguity », in A. Kleinman, V. Das, M. Lock (eds), *Social Suffering*, Berkeley, University of California Press, pp. 99-117.

Sayed (A.), 1999, *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Seuil.

Simon (D.), 1998, « Shedding the Past, Shaping the Future », in D. Simon (ed.), *South Africa in Southern Africa. Reconfiguring the Region*, Oxford, James Currey, pp. 1-16.

Webb (D.), 1998, « The Sexual and Economic Politics of Reintegration : HIV/AIDS and the Question of Stability », in D. Simon (ed.), *South Africa in Southern Africa. Reconfiguring the Region*, Oxford, James Currey, pp. 222-239.

Webb (D.), Simon (D.), 1995, *Migrants, Money and the Military : The Social Epidemiology of HIV/AIDS in Owambo, Northern Namibia*, Windhoek, NEPRU.

Worden (N.), 1994, *The Making of Modern South Africa. Conquest, Segregation and Apartheid*, Basil Blackwell, Oxford.

La santé de la reproduction : nouvelle approche globale en Afrique subsaharienne

Annabel Desgrées du Loû*
et **Patrice Vimard****

Par analogie avec la définition de l'OMS, selon laquelle la santé est un état de bien-être complet à la fois physique, mental et social, la santé de la reproduction est définie non seulement comme l'absence de maladies ou de difficultés au cours du processus reproductif (1), mais encore comme l'ensemble des conditions dans lesquelles ce processus peut s'accomplir dans un état de bien-être aussi bien physique, mental que social.

Cette approche de la santé de la reproduction déborde largement le cadre traditionnel qui lui était généralement attribué jusqu'aux années quatre-vingt, dans lequel les questions relatives à la reproduction humaine étaient exclusivement abordées sous l'angle de la santé maternelle et infantile, d'une part, et sous celui de la planification familiale, d'autre part, et se focalisaient essentiellement sur les femmes mariées et leurs enfants. Cette approche s'est peu à peu élargie dans le cadre d'un processus de reformulation des politiques de population et de santé qui s'est étendu de la conférence sur la population et le développement de Mexico (1984) à celle du Caire (1994). Cette évolution s'est faite sous l'influence de trois facteurs essentiels : tout d'abord l'attention croissante de la communauté internationale aux droits de l'homme et par conséquent aux droits reproductifs, ensuite celle des ONG aux besoins de santé des femmes tout au long de leur vie, et enfin l'impact de la pandémie du sida obligeant à reconsidérer la santé reproductive et sexuelle et l'ensemble des dimensions (culturelle, sociale...) des prises de décisions en la matière. Aujourd'hui cette approche prend en compte toutes les étapes de vie (naissance, prime enfance, adolescence, période reproductive, vieillesse), chez les hommes comme chez les femmes, et articule les unes aux autres les différentes dimensions de la santé reproductive (2).

* Démographe, IRD/ENSEA, Abidjan.

** Démographe, IRD/université de Provence, Marseille

(1) « La santé de la reproduction n'est pas considérée uniquement comme une absence de maladie ou de trouble dans le processus reproductif, mais plutôt comme une condition par laquelle ce processus s'accomplit dans un état de complet bien-être physique, mental et social. Cela implique que les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent mener à bien leur grossesse et accoucher sans risques et que la reproduction ait une issue heureuse (survie des enfants et croissance satisfaisante). Cela signifie que les individus soient capables de réguler leur fécondité et d'avoir une sexualité sans danger », in Fathalla, 1992

(2) Sur ce concept de santé de la reproduction, on pourra consulter J. Khanna *et al.*, 1992 et T. Turmen, 1996. Pour une analyse critique de sa mise en œuvre, on se référera à D. Bonnet, A. Guillaume, 1999

Cette appréhension plus large du concept de la santé de la reproduction recouvre quatre domaines essentiels : la santé de la mère, la santé de l'enfant, la santé sexuelle et la planification familiale, que nous considérerons dans notre article.

● Les retards de l'Afrique subsaharienne

Les indicateurs selon les grandes régions du monde vers 1995 révèlent le retard de l'Afrique subsaharienne en matière de santé de la reproduction (tableau 1). Sauf pour l'insuffisance pondérale, ces indicateurs caractérisent une situation moins favorable pour l'Afrique subsaharienne que pour les autres régions en développement. Les écarts sont particulièrement sensibles en matière de mortalité maternelle, de mortalité des enfants et de planification familiale.

1. - Indicateurs de santé de la reproduction selon les grandes régions du monde vers 1995

	Afrique subsaharienne	Pays arabes	Asie du Sud	Asie de l'Est	Asie du Sud-Est et Pacifique	Amérique latine et Caraïbes	Total PED	Europe de l'Est et CEI	Pays industrialisés	Monde
Mortalité infantile (pour 1 000)	104	55	74	37	48	35	65	26	13	60
Mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000)	169	73	109	46	68	43	95	33	16	88
Insuffisance pondérale néonatale (%)	16	11	32	9	15	10	18		7	17
Insuffisance pondérale des moins de 5 ans (%)	30	17	50	16	25	10	30			
Enfants d'un an vaccinés contre la tuberculose (%)	70	91	94	96	94	93	89	94	92	89
la rougeole (%)	56	83	79	96	86	78	79	91	86	79
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	975	396	551	95	449	191	488	62	13	430
Recours à la contraception (%)	16	37	41	82	53	64	56		70	58

Source : PNUD, 1998

Afrique contemporaine
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Situations nouvelles ?

117

La santé maternelle

Un indicateur extrême de la santé maternelle, ou plutôt des lacunes de la santé maternelle, est le taux de mortalité maternelle, défini par l'OMS comme « le nombre de décès de femmes survenus au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ou fortuite, pour 100 000 naissances vivantes ». Cet indicateur révèle l'ampleur des différences en termes de santé maternelle, entre les pays industrialisés et les pays en développement, d'une part, mais aussi entre les différents pays du continent africain. Sur l'ensemble, des pays d'Afrique subsaharienne ce taux de mortalité maternelle est estimé à 975 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre 13 décès pour 100 000 naissances vivantes enregistrés dans les pays industrialisés. L'Afrique subsaharienne est de loin le continent où la mortalité maternelle est la plus élevée : elle y est deux fois supérieure à la mortalité maternelle dans les pays arabes ou dans le continent asiatique, presque 5 fois supérieure à la mortalité maternelle en Amérique latine et Caraïbes (tableau 1).

Cette mortalité maternelle très importante dans les pays d'Afrique subsaharienne a plusieurs causes. En premier lieu le mauvais état de santé général des mères. La grossesse aggrave certaines maladies ou états de faiblesse, et en particulier l'anémie, fréquente chez les femmes africaines à cause du paludisme : la proportion de femmes enceintes qui sont anémiées est de 24 % en Mauritanie, de 34 % en Côte d'Ivoire, de 65 % au Nigeria (PNUD, 1998). On imagine facilement qu'avec un tel taux d'anémie, les hémorragies qui peuvent survenir lors de l'accouchement ou dans les suites d'accouchement conduisent rapidement à une issue fatale, surtout lorsque prise en charge et transfusion se font attendre. Le diabète et l'hypertension sont aussi des pathologies à fort risque d'aggravation pendant la grossesse, mais elles sont rarement diagnostiquées et prises en charge dans des populations qui ont un accès aux soins difficile. Un autre élément de risque est l'existence de grossesses chez des jeunes filles trop jeunes, pas encore mures physiquement (d'où un risque de complications lors de l'accouchement), ou chez des femmes âgées, ou encore la succession de grossesses nombreuses et rapprochées, qui affaiblissent l'organisme de la femme. A l'origine de toutes ces grossesses « à risque », le manque de planification familiale : les femmes commencent tôt leur vie féconde, la terminent tard et ont peu de moyens d'espacer leurs grossesses. Autre élément important, le suivi médical des grossesses et des accouchements est encore très lacunaire. Or les visites prénatales sont indispensables car elles permettent de détecter et de traiter à temps deux causes majeures de mortalité maternelle : l'anémie et l'hypertension, de vacciner la femme contre le tétanos, ce qui protège aussi l'enfant à la naissance contre le tétanos néonatal (puisque'il bénéficie des anticorps de sa mère) et enfin, et cela est capital, d'informer la femme enceinte sur la conduite à tenir et les structures où elle doit se rendre en cas de complications graves. En effet, les complications graves de l'accouchement sont rarement prévisibles, et doivent donc pouvoir être soit traitées sur place (ce qui suppose l'existence d'un bloc opératoire, des médicaments et des instruments adéquats), soit référées vers de plus grosses unités qui disposent de l'équipement nécessaire, mais dans un délai très court. Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, il n'existe pas de système de prise en charge de ces « urgences obstétricales » : d'une part, en cas de complications à l'accouchement, si une femme doit quitter une formation sanitaire pour se rendre dans une plus grosse unité, elle doit généralement se débrouiller par ses propres moyens (taxi, voiture particulière), d'où des temps de transferts très longs, et, d'autre part, lorsque la femme arrive finalement dans la structure en question, fréquemment elle n'est pas prise en charge avant de longues heures à cause de l'absence de suivi de ces patientes d'une structure à

l'autre. Ainsi, une femme qui arrive aux urgences peut rester plusieurs heures avant d'être césarisée, et cela est à l'origine de nombreux décès en couche. Une enquête sur la mortalité maternelle à Abidjan a montré que, dans la moitié des cas d'évacuation d'une maternité urbaine vers un CHU, les patientes, à partir du moment où elles sont évacuées, attendent 1 heure 45 avant d'avoir un avis spécialisé et au moins 5 heures 30 pour être césarisées. C'est ainsi qu'on estime que 89 % de la mortalité maternelle serait évitable à Abidjan (Akoï Ahizi *et al.*, 1999 ; Portal *et al.*, 1999).

Les avortements provoqués, enfin, sont une cause fréquente de mortalité maternelle. Dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne, le recours à l'avortement pour interrompre volontairement une grossesse est un acte illégal ou restreint à certaines conditions, avec des législations plus ou moins souples à ce sujet selon les pays : en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso, en Mauritanie et au Niger, c'est un acte totalement illégal, sauf rares exceptions (3). Dans d'autres pays, il est autorisé pour préserver la santé ou la vie de la mère (Mali, Nigeria, Bénin, Congo, etc.) ; dans deux pays seulement (Cameroun et Ghana), il peut être légal pour raisons juridiques ou socio-économiques (Bledsoe et Cohen, 1993). Très peu d'informations sont donc disponibles sur l'avortement dans ces pays. Cependant, à partir des complications graves de suites d'avortement observées dans les hôpitaux, on estime que plus de la moitié des décès maternels seraient consécutifs à des avortements provoqués faits dans de mauvaises conditions (Thonneau *et al.*, 1996).

Peu d'informations sont disponibles sur les niveaux de santé et de mortalité maternelles pour les décennies précédentes. Cependant, les quelques données disponibles semblent montrer que les niveaux de mortalité maternelle ne diminuent pas, malgré les efforts entrepris, et que la santé maternelle reste un problème majeur dans les pays d'Afrique subsaharienne (Rosen et Conly, 1998).

La santé des enfants

Par rapport à l'ensemble des PED, la mortalité des enfants de moins de 5 ans est plus d'une fois et demie supérieure en Afrique subsaharienne. L'écart est encore plus important si l'on compare la situation africaine à celles des régions en développement les plus avancées comme l'Amérique latine, les Caraïbes et l'Asie de l'Est. A l'origine de cette forte mortalité aux jeunes âges, il y a tout d'abord une importante mortalité néonatale, due au manque d'assistance médicale lors des accouchements (d'où des accouchements difficiles et une souffrance fœtale importante lors de ces accouchements) et, jusqu'à une période récente, au tétanos néonatal. Puis, entre 1 mois et 5 ans, quatre grandes causes de morbidité et mortalité (Waltisperger, 1988) : les maladies diarrhéiques, qui sont fortement liées au manque d'hygiène et à la malnutrition mais restent difficiles à combattre car elles recouvrent une grande variété d'affections possibles ; les infections respiratoires, qui représentent la deuxième cause de décès avant 5 ans et qui sont particulièrement fatales en Afrique à cause des carences nutritionnelles des enfants ; le paludisme, qui est meurtrier aux jeunes âges, et dont la gravité empire aujourd'hui avec le développement de parasites résistants à la chloroquine ; et enfin la rougeole qui, jusqu'au développement de grandes campagnes de vaccination, frappait les pays d'Afrique subsaharienne d'épidémies meurtrières et récurrentes, qui pouvaient tuer jusqu'à un quart des enfants de moins de 5 ans dans une population (Pison *et al.*, 1989).

(3) En Côte d'Ivoire, il n'y pas d'infraction lorsque l'interruption de la grossesse est nécessitée par la sauvegarde de la santé de la mère gravement menacée, mais il faut l'avis de deux médecins en plus de celui du médecin traitant (article 367 du Code pénal ivoirien)

En matière d'évolution de la santé de la reproduction, ce sont les tendances de la mortalité infantile qui sont le mieux documentées durant la seconde moitié du xx^e siècle (tableau 2). En 1950-1955, la mortalité dans l'enfance est en Afrique légèrement plus élevée qu'en Asie, et déjà 50 % plus forte qu'en Amérique latine et aux Caraïbes. Entre les années cinquante et les années quatre-vingt-dix, la mortalité infantile a baissé de moitié en Afrique subsaharienne. Cependant, cette baisse a été plus lente en Afrique que dans les autres continents, et l'écart entre continents s'est creusé : quarante ans après, la mortalité infantile est nettement plus forte en Afrique qu'en Asie et plus de deux fois plus élevée qu'en Amérique latine et aux Caraïbes (respectivement 94, 62 et 40 pour mille). Aussi, si nous prenons une base 100 en 1950-1955, l'indice est à 51 en Afrique, 34 en Asie et 32 en Amérique latine et aux Caraïbes en 1990-1995. Quant aux progrès dans les régions développées, pourtant dotées en 1950 d'une mortalité des enfants beaucoup plus faible, ils sont plus importants encore (indices en 1990-1995 de 38 en Océanie, 31 en Amérique du Nord et 18 en Europe, toujours pour une base 100 en 1950-1955). Bénéficiant de progrès moins rapides, l'Afrique voit son retard s'accroître même si toutes les parties du continent se situent différemment face à cette évolution. Dès le milieu du siècle, l'Afrique australe se caractérise par une faible mortalité infantile, inférieure à la mortalité asiatique et latino-américaine à cette époque, et due en partie à une implantation significative des infrastructures sanitaires et à la situation plus favorable des communautés non noires d'Afrique du Sud. Mais les progrès étant plus faibles par la suite, son avance sur l'Asie et l'Amérique latine s'est comblée et au-delà en 1990-1995, même si l'Afrique australe conserve son avantage sur les autres régions de l'Afrique subsaharienne. Avantage qu'elle partage avec l'Afrique du Nord qui a bénéficié de l'évolution la plus favorable durant les dernières décennies, proche des autres continents en développement. Aussi la mortalité infantile est-elle très inégale à l'intérieur du continent africain en cette fin de siècle : elle est en Afrique australe la moitié de ce qu'elle est en Afrique de l'Est, pourtant voisine, et nettement plus faible qu'en Afrique centrale et de l'Ouest.

2. - Evolution de la mortalité infantile selon les grandes régions du monde (1950-1995)

	Taux de mortalité infantile (pour 1 000)			Baisse (en %)			Indice en 1990-1995 (base 100 1950-1955)
	1950-1955	1980-1985	1990-1995	de 1950-1955 à 1980-1985	de 1980-1985 à 1990-1995	de 1950-1955 à 1990-1995	
Afrique	185	112	94	39	16	49	51
Afrique du Nord	190	100	67	47	33	65	35
Afrique de l'Ouest	203	113	98	44	13	52	48
Afrique centrale	187	113	97	40	14	48	52
Afrique de l'Est	181	125	108	31	13	40	60
Afrique Australe	103	66	55	36	17	47	53
Asie	180	83	62	54	25	66	34
Amérique latine et Caraïbes	126	56	40	56	29	68	32
Europe	72	18	13	75	28	82	18
Amérique du Nord	29	11	9	62	18	69	31
Océanie	69	30	26	57	13	62	38

Source : Calcul des auteurs d'après chiffres Nations unies.

La santé sexuelle

La sexualité sans risques, inhérente au concept de santé de la reproduction, implique, au minimum, l'absence de maladies sexuellement transmissibles (MST) et l'absence de violences ou de mutilations sexuelles. Or en Afrique subsaharienne, MST et mutilations sexuelles sont largement présentes. Les MST constituent en effet un des problèmes de santé majeurs dans les pays d'Afrique subsaharienne, mais aussi un des plus difficiles à appréhender, car elles sont souvent asymptomatiques (surtout chez les femmes) donc ignorées par l'individu infecté et peu repérables par les services de santé. Les conséquences de ces MST sont par contre bien connues : chez les femmes elles peuvent être à l'origine de stérilités, avec toutes les conséquences sociales que cela implique dans les pays africains. La forte prévalence de MST dans les pays africains explique, pour les années les plus anciennes, une bonne part de la forte stérilité féminine qu'on observait dans ces pays : on a estimé en effet dans les années quatre-vingt que la stérilité féminine était à l'origine d'un déficit de 1,6 naissance par femme au Cameroun, 0,8 naissance par femme en Côte d'Ivoire, 0,9 naissance par femme en Tanzanie, sur des moyennes de 5 à 7 naissances par femme (Franck, 1983). D'autre part, les MST augmentent le risque de grossesse extra-utérine, d'accouchements prématurés, et d'infections congénitales chez les nourrissons. Enfin, le fait d'être infecté par une MST augmente de 2 à 5 fois le risque de transmission du VIH lors d'un rapport sexuel. Le VIH constitue bien sûr un des problèmes majeurs aujourd'hui de la santé sexuelle en Afrique.

Autre aspect de la santé sexuelle en Afrique, la pratique de l'excision, qui existe encore dans une trentaine de pays africains. On estime qu'environ la moitié des femmes d'Afrique subsaharienne ont subi des mutilations génitales (Rosen et Conly, 1998). Faite dans de mauvaises conditions sanitaires, cette pratique expose les fillettes à des risques, parfois mortels, d'infection et d'hémorragies, et à des problèmes sexuels, urinaires, génitaux et obstétricaux par la suite, sans compter d'éventuelles séquelles psychologiques. Les conséquences obstétricales possibles sont la stérilité, si l'opération a été suivie d'une infection des filières génitales, ou encore un travail prolongé lors de l'accouchement et une expulsion difficile du bébé (en particulier dans les formes extrêmes de l'excision, clitoridectomie ou, plus grave, infibulation) qui conduisent à des risques d'asphyxie du nourrisson (et donc de paralysies, handicaps...), ou de décès de la mère et/ou de l'enfant (Tsui *et al.*, 1997). Des lois contre l'excision ont été récemment adoptées dans plusieurs pays : Burkina Faso, Nigeria, Ghana, Guinée, etc., ou sont en cours d'adoption (Côte d'Ivoire), mais l'adoption de la loi n'est pas toujours suivie de l'arrêt de la pratique (Locoh, 1998). En matière de violences sexuelles, les lois évoluent lentement aussi, et le viol et les abus sexuels sur les femmes et les enfants restent encore fréquemment impunis en Afrique subsaharienne (Tsui *et al.*, 1997).

La planification familiale

En matière de planification familiale, la prévalence contraceptive est beaucoup plus faible en Afrique subsaharienne que dans les autres régions en développement, allant de pair avec une fécondité plus forte (4). Au début des années quatre-vingt-dix moins de 2 femmes sur 10 utilisent un moyen contraceptif contre près de 6 sur 10 en Amérique latine et 7 sur 10 en Asie de l'Est (tableau 3). La différence concerne également

(4) En 1990-1995, la fécondité du moment, exprimée par l'indice synthétique de fécondité, est de 5,7 enfants par femme contre 2,8 en Asie et 2,9 en Amérique latine (United Nations, 1998), l'écart n'ayant cessé de se creuser depuis la fin de la seconde guerre mondiale.

la nature des méthodes employées. L'écart est en effet prononcé pour les méthodes de limitation de la descendance, la stérilisation très utilisée dans les autres régions en développement étant quasi inexistante en Afrique. Il est par contre plus faible pour les moyens d'espacement, comme la pilule, qui sont plus facilement adoptés par les populations d'Afrique subsaharienne car ils correspondent davantage à leur objectif constant de maîtriser l'intervalle entre les naissances et qu'ils suppléent peu à peu les pratiques traditionnelles en la matière, comme l'allaitement maternel et l'abstinence post-partum, moins suivies qu'auparavant (5).

3. - Utilisation de la contraception selon les grandes régions du monde vers 1990 (pour 100 femmes mariées âgées de 15 à 49 ans)

	Afrique (y compris Afrique du Nord)	Asie de l'Est (sauf Japon)	Reste Asie et Océanie	Amérique latine	Pays développés	Monde
Stérilisation féminine	1	26	15	21	8	15
Stérilisation masculine	0,1	8	4	1	4	4
Pilule	6	3	5	16	16	8
DIU	4	28	5	7	6	11
Condom	1	2	4	2	14	5
Autres	6	1	9	11	24	10
Toutes méthodes	18	69	42	58	72	54

Source : United Nations, 1994

Les progrès de la planification familiale sont en Afrique subsaharienne beaucoup plus tardifs et lents que dans les autres continents, avec là encore des différences sensibles entre les régions, la progression de la pratique contraceptive étant plus sensible en Afrique australe et de l'Est qu'en Afrique centrale et de l'Ouest où elle reste faible. Le Botswana et le Zimbabwe sont remarquables en matière de progrès : dès 1984 respectivement 16 % et 22 % des femmes utilisaient une méthode moderne de contraception, et ce taux s'accroîtra de 80 % au Botswana et de 20 % au Zimbabwe entre 1984 et 1988, marquant là l'impact de programmes de planification familiale et de santé publique réussis et l'effet d'une évolution sociale et économique plus vaste centrée sur les progrès de la scolarisation féminine (Thomas et Muvandi, 1994). Dans les pays ayant adopté dès les années soixante des politiques de maîtrise de la croissance démographique, comme le Ghana et le Kenya, les progrès de la contraception moderne resteront plus modestes et réservés pendant longtemps à une frange réduite de la population. Au Kenya, la prévalence contraceptive chez les femmes mariées, toutes méthodes confondues, passe de 7 % en 1977, à 27 % en 1989 et 39 % en 1998 ; au Ghana, la croissance est plus lente encore : 3 % en 1979, 13 % en 1989 et 20 % en 1993 (Bangha, 2000). Malgré tout, ces données concernent des pays pionniers en matière de planification familiale. Si nous considérons la Côte d'Ivoire, aux positions populationnistes jusqu'au début des années quatre-vingt-dix, les progrès sont encore plus lents : 1 % en 1980, 17 % en 1994 et 21 % en 1998-1999 de l'ensemble des femmes utilisent un moyen de contraception, quel qu'il soit, soit une croissance de la prévalence contraceptive d'environ 1 % par an (Vimard et Fassassi, 1999).

(5) Les données du tableau 3 concernant l'ensemble de l'Afrique, les prévalences des différentes méthodes pour la seule Afrique subsaharienne sont encore plus faibles puisque la contraception est davantage pratiquée en Afrique du Nord

● De multiples inégalités de santé

L'Afrique subsaharienne, qui se distingue par un retard certain vis-à-vis des autres régions en développement, se caractérise également par de grandes inégalités, certaines régions et certains pays étant plus en retard que d'autres (6). Pour apprécier ces différences nous avons choisi douze pays qui nous paraissent représentatifs de la diversité géographique, économique et culturelle du sous-continent, et pour lesquels nous possédons des données récentes sur les indicateurs qui nous préoccupent, recueillies d'une manière relativement homogène lors des enquêtes démographiques et de santé (7).

En matière de mortalité maternelle, au sein de l'Afrique subsaharienne, les situations sont diverses. Parmi les douze pays retenus, la Namibie et le Zimbabwe présentent des taux de mortalité maternelle d'un niveau proche de celui de l'Amérique latine (moins de 300 décès pour 100 000 naissances vivantes), tandis que le Nigeria et l'Erythrée, pays en guerre, présentent les plus forts taux, autour de 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes, l'instabilité politique de ces deux derniers pays étant sans doute la principale cause de ces niveaux très élevés. Les différences d'un pays à l'autre s'expliquent assez facilement, car les niveaux de mortalité maternelle sont directement liés aux indicateurs de suivi des grossesses et des accouchements : les pays où la mortalité maternelle est la plus basse sont ceux où le suivi de la grossesse en consultations prénatales est assuré et où la majorité des accouchements bénéficient d'une assistance médicale. Ainsi, au Zimbabwe et en Namibie, où la mortalité maternelle est inférieure à 300 décès pour 100 000 naissances vivantes, plus de deux tiers des accouchements sont assistés par du personnel de santé et plus de la moitié des grossesses ayant abouti à des naissances vivantes ont bénéficié d'au moins quatre visites prénatales. Inversement, au Nigeria et en Erythrée, où la mortalité maternelle se situe autour de 1 000 décès pour 100 000 naissances vivantes, moins d'un accouchement sur trois est « médicalement assisté », et plus du tiers des grossesses se sont déroulées sans aucune visite prénatale (tableau 4).

Les différences en matière de mortalité des enfants sont également considérables entre les différents pays : par rapport au Zimbabwe, le plus favorisé, le Mali, le moins avancé en la matière, a une mortalité des enfants plus de trois fois supérieure (respectivement 77 et 238 décès avant 5 ans pour 1 000 naissances), la mortalité avant 1 an y étant plus de deux fois et celle de 1 à 5 ans plus de cinq fois supérieures (tableau 5). Entre ces deux situations extrêmes, la plupart des autres pays ont une mortalité dans l'enfance comprise entre 80 et 200 pour 1 000.

La surmortalité durant la période dite juvénile (du premier au cinquième anniversaire) a été longtemps une spécificité de la mortalité en Afrique subsaharienne. Cette surmortalité, liée essentiellement au poids des maladies infectieuses infantiles et aux conditions délicates de sevrage d'enfants ayant reçu un allaitement maternel prolongé, perdue dans certains pays, le Mali et le Nigeria par exemple. Elle s'est en revanche estompée dans d'autres pays où la mortalité juvénile a baissé plus vite que la mortalité infantile durant les vingt dernières années comme au Ghana, en Namibie, en Tanzanie et au Zimbabwe.

(6) Dans le même temps, nous pouvons trouver de profondes inégalités à l'intérieur d'un même pays, selon le milieu de résidence, la catégorie socio-professionnelle.

(7) Le fait de choisir seulement des pays qui ont réalisé une enquête démographique et de santé biaise sensiblement notre échantillon, puisque de tels pays se caractérisent tout d'abord par la possibilité de réaliser une telle enquête à l'échelle nationale, et ensuite par une certaine sensibilité de leurs autorités à ces questions de santé des populations. Pour pallier ce biais potentiel, nous avons inclus dans notre échantillon des pays qui ont connu, récemment ou de manière plus ancienne, des périodes de conflit interne ou extérieur, comme l'Afrique du Sud, l'Erythrée, le Mali et l'Ouganda.

4. - Indicateurs de santé maternelle dans 12 pays d'Afrique subsaharienne durant les années 1990

Pays (année d'enquête)	Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances)*	Visite prénatale** (%)		Vaccination contre le tétanos 2 doses ou plus	Accouchement assisté par du personnel de santé (%)
		Aucune	4 ou +		
Cameroun (1998)	430	20,0	52,4	47,5	58,2
Côte d'Ivoire (1998-1999)	597	15,5	28,7	47,3	45,4
Erythrée (1995)	998	50,7	26,6	23,0	20,6
Ghana (1993)	740	12,6	58,9	51,3	43,8
Mali (1995-1996)	577	51,1	25,8	31,7	23,7
Kenya (1998)	590	5,5	60,8	50,8	44,3
Namibie (1992)	225	11,9	55,8	32,7	68,2
Nigeria (1990)	1 000	35,0	52,0	40,9	30,8
Ouganda (1995)	506	7,5	47,2	53,7	37,8
Sénégal (1997)	555	14,9	16,6	65,7	46,6
Tanzanie (1996)	529	2,1	69,5	74,3	38,2
Zimbabwe (1994)	283	5,6	74,0	45,8	69,2

* Estimation lors de l'enquête démographique et de santé la plus récente pour une période de 10 ans avant l'enquête, sauf pour le Sénégal estimations mesurées à l'EDS de 1992-1993 pour la période 1986-1992, et pour le Ghana et le Nigeria pour lesquels il s'agit de l'estimation de l'UNICEF de 1996.

** Pourcentage des naissances vivantes, durant les trois ans précédant l'enquête, selon le nombre de visites prénatales

Source : *Rapport des enquêtes démographiques et de santé.*

En matière de MST (maladie sexuellement transmissible), d'un pays à l'autre les situations varient fortement, et les chiffres ne sont pas partout disponibles. Pour donner un ordre de grandeur de ces affections, voici quelques exemples : au Cameroun, les MST constituent une des cinq premières causes de consultation et environ 15 % des femmes enceintes présentent une gonorrhée ; au Zimbabwe, plus de 10 % de la population souffre d'une infection des filières génitales ; la proportion de femmes enceintes présentant un résultat positif au test de syphilis (8) est de 2 % au Nigeria, de 16 % en Tanzanie, 21 % en Afrique du Sud et 40 % en Ouganda. Cette diversité de situations s'explique par un faisceau de mécanismes : les différences de prévalence des MST tiennent à des différences physiologiques, comportementales, socioculturelles, et sont encore mal comprises (Tsui *et al.*, 1997) (9).

En matière de contraception, l'écart est important entre le Kenya et le Zimbabwe, qui se situent au niveau des pays arabes ou d'Asie du Sud, avec une prévalence proche ou supérieure à 40 %, et les autres pays où moins de 20 % des femmes utilisent une contraception (tableau 6). Pour trois pays cette prévalence ne dépasse pas 6 % : Mali, Nigeria et Erythrée. Même si la diffusion de la contraception n'est pas le seul facteur de la baisse de la fécondité, les pays dotés d'une prévalence contraceptive ont une fécondité plus faible que les autres, leur indice synthétique de fécondité est proche de 4,5 enfants par femme alors qu'il dépasse 5 voire 6 enfants par femme dans les autres pays. Les pays de l'échantillon se distinguent également par l'implication de la puissance publique dans la planification familiale. Dans huit pays, le secteur médical public constitue la principale source d'approvisionnement en moyens modernes de contraception : Erythrée, Mali, Kenya, Namibie,

(8) Une sérologie positive pour la syphilis révèle soit une infection en cours soit une infection passée

(9) L'excision, elle aussi variable selon les pays, n'est pas abordée dans cet article.

5. - Indicateurs de mortalité et de santé dans 12 pays d'Afrique subsaharienne durant les années 1990

Pays (année d'enquête)	Mortalité infantile (‰) (a)	Mortalité juvénile (‰) (a)	Mortalité des moins de 5 ans (‰) (a)	Insuffisance pondérale des enfants (%) (b)	Enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la :				Prévalence du sida chez les 15-49 ans
					Tuberculose (%)	Rougeole (%)	Toutes (c)	Aucune	
Cameroun (1998)	77	80	151	22	75	54	36	12	5
Côte d'Ivoire (1998-1999)	112	77	181	24	84	66	51	9	10
Erythrée (1995)	66	76	136	44	61	51	41	38	3
Ghana (1993)	66	57	119	27	83	64	55	15	2
Mali (1995-1996)	123	131	238	43	76	51	32	23	2
Kenya (1998)	74	41	112	22	96	79	65	3	12
Namibie (1992)	57	28	83	26	91	76	58	5	20
Nigeria (1990)	87	115	192	36	61	46	30	37	4
Ouganda (1995)	81	72	147	26	84	60	47	14	10
Sénégal (1997)	68	77	139	20 (d)	84 (d)	57 (d)	49 (d)	15 (d)	2
Tanzanie (1996)	88	54	137	31	96	68	60	4	9
Zimbabwe (1994)	53	26	77	16	95	74	67	5	26

(a) Quotients pour les périodes de cinq ans précédant l'enquête démographique et de santé.

(b) L'insuffisance pondérale correspond à un rapport poids sur âge inférieur de deux écarts types ou plus à la médiane de la population de référence. Elle est calculée pour des périodes variables selon les pays : 3-35 mois au Mali ; 0-35 mois au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Erythrée et au Zimbabwe ; 1-35 mois au Ghana et au Nigeria ; 0-48 mois en Ouganda ; 0-59 mois au Kenya, au Sénégal et en Tanzanie.

(c) Enfant ayant reçu les vaccinations contre la tuberculose, la rougeole, les trois doses des vaccins polio et les trois doses du vaccin DTCocq (diphtérie, tétanos et coqueluche)

(d) En 1992-1993.

Source : *Rapports des enquêtes démographiques et de santé, sauf prévalence du sida*, UNAIDS/WHO, 1998.

Ouganda, Sénégal, Tanzanie et Zimbabwe. En revanche pour quatre pays, le secteur médical privé représente cette principale source : Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana et Nigeria. A coté de ces deux modes d'approvisionnement, on note l'existence des formes privées non médicales, souvent informelles (10), de diffusion des contraceptifs. Celle-ci exprime le décalage dans la plupart des pays entre la demande bien réelle des populations en moyens de planification des naissances et une offre peu accessible, car souvent inexistante lorsqu'elle est publique et chère lorsqu'elle est privée.

6. - Utilisation de la contraception et niveau de la fécondité dans 12 pays d'Afrique subsaharienne durant les années 1990

Pays (année d'enquête)	Prévalence contraceptive* (en %)			Indice synthétique de fécondité**
	moderne	naturelle	totale	
Cameroun (1998)	7,1	11,2	18,3	5,2
Côte d'Ivoire (1998-1999)	9,8	9,7	19,5	5,2
Erythée (1995)	4,0	1,0	5,0	6,1
Ghana (1993)	10,1	9,6	19,7	5,5
Mali (1995-1996)	4,5	1,7	6,2	6,7
Kenya (1998)	31,5	6,7	38,2	4,7
Nambie (1992)	26,0	1,0	27,0	5,4
Nigeria (1990)	3,5	1,9	5,4	6,2
Ouganda (1995)	7,8	4,3	12,1	6,9
Sénégal (1997)	8,1	1,3	9,4	5,7
Tanzanie (1996)	13,3	4,6	17,9	5,8
Zimbabwe (1994)	42,2	4,3	46,5	4,3

* Indices mesurés chez les femmes en union de 15 à 49 ans lors de l'observation nationale la plus récente. La contraception naturelle comprend le retrait et la continence périodique, quelle que soit la méthode utilisée par les individus pour déterminer la période féminine féconde.

** Indice pour les femmes de 15 à 49 ans

Source : *Rapports des enquêtes démographiques et de santé.*

● Nouveaux défis sanitaires et nouvelles aspirations

L'évolution récente de certains indicateurs nous montre que les populations africaines sont confrontées à de nouveaux risques en matière de santé de la reproduction dans le même temps où elles aspirent à mieux les dominer et à bénéficier davantage des progrès généraux en la matière.

(10) Il s'agit ici d'achat de contraceptifs dans les boutiques ou les kiosques, sur les marchés, dans les bars et boîtes de nuit, d'obtention auprès de parents ou connaissances .

Les résistances à l'amélioration de la mortalité des enfants : les progrès remis en cause ?

Malgré des progrès moins rapides que dans les autres régions en développement, la baisse de la mortalité des enfants a été quasi universelle et continue à l'échelle de l'Afrique subsaharienne de la fin des années quarante jusqu'aux années quatre-vingt. Certains pays font exception à cette règle (Angola, Ethiopie, Mozambique, Ouganda, Rwanda, Soudan) en ayant connu de longues périodes de mortalité stables ou en augmentation liées à des contextes de guerre civile interrompant le cours de leur développement socio-économique (Hill, 1996). Cependant, pour trois d'entre eux, Ouganda, Rwanda (11) et Soudan, des enquêtes récentes permettent d'affirmer l'existence d'une baisse globale depuis la fin de la seconde guerre mondiale ; par contre pour les quatre autres pays l'absence de source fiable depuis 1980 ne nous permet pas de préjuger de leur évolution sur la longue période. Cependant, durant l'actuelle décennie, la hausse de la mortalité des enfants en Côte d'Ivoire et au Kenya (vérifiée à toutes les phases de l'enfance : néonatale, post-néonatale et juvénile) et sa stagnation au Sénégal montrent que les progrès, aussi imparfaits et incomplets soient-ils, ne sont pas définitivement acquis et peuvent être remis en cause, même dans des pays qui ne sont pas les plus démunis du continent (tableau 7).

7. - Evolution de la mortalité des enfants en Côte d'Ivoire, au Kenya et au Sénégal (nombre de décès avant 5 ans pour 1 000 naissances vivantes)

Pays, date de l'enquête et nombre d'années précédant l'enquête	Mortalité néonatale	Mortalité post-néonatale	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infanto-juvénile
Côte d'Ivoire, 1998-1999					
0-4 ans	62,0	50,3	112,3	76,9	180,6
5-9 ans	48,8	61,8	110,6	63,8	167,4
10-14 ans	44,0	41,1	85,1	52,7	133,3
Kenya, 1998					
0-4 ans	28,4	45,3	73,7	40,8	111,5
5-9 ans	25,5	42,1	67,7	33,5	98,9
10-14 ans	28,8	33,2	61,9	29,5	89,6
Sénégal, 1997					
0-4 ans	37,4	30,3	67,7	76,5	139,0
5-9 ans	38,5	32,7	71,2	73,2	139,1
10-14 ans	39,5	36,8	76,3	104,2	172,6

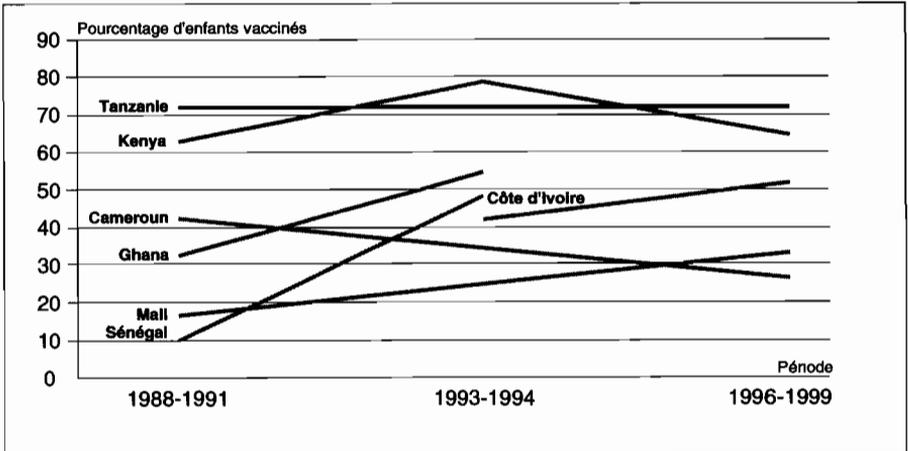
Source : *Rapports des enquêtes démographiques et de santé*

La baisse tendancielle de la mortalité repose sur une amélioration générale du niveau de vie des populations et sur l'importation de techniques médicales qui constituent les facteurs les plus décisifs des progrès en matière de lutte contre la mortalité dans les pays pauvres (Vallin, 1989). A ce titre, le développement des vaccinations a été important pour réduire la mortalité des enfants (Amin, 1996), tout particulièrement celle contre la rougeole dont l'efficacité a été démontrée (Desgrées du Loû, 1996). Cependant en ce domaine, l'Afrique subsaharienne n'a fait qu'une partie du chemin qui mène à la couverture vaccinale de l'ensemble des enfants contre les six maladies (diphthérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole et tuberculose) couvertes par le programme élargi de vaccination (PEV) développé

(11) Au moins pour la période allant jusqu'à la dernière guerre civile depuis laquelle aucune donnée fiable n'est disponible.

sous l'égide de l'OMS. Dans la moitié des pays de notre échantillon, moins de 50 % des enfants n'ont pas reçu toutes les vaccinations du programme et plus de 10 % n'en ont reçu aucune (tableau 5). L'évolution de la couverture vaccinale dans les pays où elle a pu être mesurée durant les années quatre-vingt-dix montre que des progrès sont incontestables dans les pays qui se situaient les plus en retard : Ghana, Mali et Sénégal (figure 8). Par contre, les pays qui bénéficiaient au début de la décennie des progrès les plus manifestes ont vu leur couverture vaccinale stagner (Tanzanie et Kenya) ou même reculer (Cameroun), ce qui montre que là encore les progrès peuvent être remis en cause.

8. - Evolution de la couverture vaccinale des enfants dans 6 pays d'Afrique subsaharienne selon la période
(% des enfants de 12 à 25 mois ayant reçu toutes les vaccinations du PEV)



Source : Rapports nationaux des enquêtes démographiques et de santé.

Parallèlement, l'épidémie de sida grève lourdement la santé des enfants dans les pays les plus touchés et risque d'annuler, en termes de réduction de la mortalité, les bénéfices des dernières décennies dus aux programmes de protection infantile. Sachant qu'environ 25 % des enfants nés de mère séropositive pour le VIH sont eux-mêmes infectés en l'absence de traitement, et que, sur ces enfants, 85 à 95 % mourront avant 5 ans, on voit que cette épidémie peut augmenter de façon non négligeable la mortalité des moins de 5 ans dans les pays à forte prévalence, c'est-à-dire essentiellement en Afrique de l'Est et en Afrique Australe (Stover, 1993).

Enfin, il est à craindre que le développement de souches de *plasmodium* résistant à la chloroquine conduise à une augmentation de la mortalité des enfants due au paludisme, bien que les travaux qui permettent actuellement d'étayer cette thèse soient encore rares (Trape *et al*, 1998).

Une priorité : faire enfin reculer la mortalité maternelle

La persistance dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne de taux anormalement élevés de mortalité maternelle, tandis que certains pays ont par ailleurs démontré que, moyennant quelques investissements, cette mortalité pouvait baisser, appelle à des mesures urgentes dans ce domaine. En plus de l'amélioration du suivi prénatal, un effort considérable doit être fait pour améliorer les soins obstétricaux d'urgence,

puisque la majeure partie de la mortalité maternelle vient de complications de l'accouchement, généralement non prévisibles et d'issue fatale lorsqu'elles ne sont pas prises en charge immédiatement. Cela implique des investissements tant dans les installations et le matériel (existence de blocs opératoires, de médicaments et matériels nécessaires pour les gestes obstétricaux d'urgence), que dans la formation du personnel et la sensibilisation de la population, afin que toute la communauté apprenne à identifier les situations qui peuvent être dangereuses pendant la grossesse et l'accouchement, et les attitudes à adopter (Rosen et Conly, 1998). Un point important dans la prise en charge de ces complications non prévisibles de l'accouchement est la mise en place d'un système efficace de transfert d'urgence entre petites unités et grosses unités (du type ambulances obstétricales) ainsi qu'un suivi des femmes d'une structure à l'autre (Portal *et al.*, 1999).

Cesser d'ignorer le recours à l'avortement provoqué

A cause du caractère illégal de cet acte, les seules informations généralement disponibles à ce sujet proviennent des données hospitalières concernant les complications d'avortement : on a donc une estimation des conséquences graves du recours à l'avortement provoqué en Afrique subsaharienne mais aucune vision d'ensemble du niveau de cette pratique dans l'ensemble de la population (Bledsoe et Cohen, 1993). Les rares données existantes suggèrent cependant qu'il existe un recours fréquent à l'avortement provoqué, en particulier aux jeunes âges, avant le mariage et chez les jeunes filles encore scolarisées ou étudiantes : selon les enquêtes disponibles dans quelques villes d'Afrique de l'Ouest (Accra, Abidjan), on obtient des chiffres de un quart à un tiers des jeunes femmes ayant déjà eu recours à l'avortement provoqué avant 20 ans (Bledsoe et Cohen, 1993). Il ne s'agit donc pas d'un phénomène marginal, même s'il n'est pas reconnu par la loi et si l'ampleur réelle du phénomène reste mal connue. Cette généralisation du recours à l'avortement est assez récente, et elle touche toutes les classes d'âge (Desgrées du Loû *et al.*, 1999). On l'observe essentiellement en ville. Il semble qu'aujourd'hui, la majorité des avortements soient réalisés en structure sanitaire (clandestinement), cette pratique étant assez lucrative pour le personnel de santé, tant public que privé. Cependant une part importante des avortements est encore faite à domicile, avec des méthodes traditionnelles extrêmement dangereuses pour la santé de la femme, et même ceux qui sont effectués en milieu sanitaire le sont généralement sans suivi post-abortum (puisqu'ils sont clandestins), et donc non dépourvus de risques. La réduction de la mortalité maternelle passera nécessairement par la prise en compte de ce recours croissant à l'avortement. Cela signifie, d'une part, prendre acte du besoin de planification familiale que ce phénomène révèle, afin de prévenir des grossesses non désirées et donc de diminuer ce type de recours, et, d'autre part, permettre que ces avortements soient effectués dans des conditions sanitaires correctes.

Améliorer l'accès à la planification familiale

On l'a vu, les niveaux de pratique contraceptive sont encore extrêmement faibles dans toute une partie de l'Afrique subsaharienne. L'amélioration de la pratique contraceptive passera autant par une augmentation de l'offre de services de planification familiale que par la familiarisation de la population à ces modes modernes de régulation des naissances. En effet, dans certains pays, on assiste à la situation paradoxale suivante : avec l'érosion des modes traditionnels d'espacement des naissances

(allaitement, abstinence post-partum), et parallèlement la modification des idéaux de fécondité, les grossesses non désirées deviennent de plus en plus fréquentes, et il semble que les femmes considèrent parfois qu'il est plus facile d'avorter que de prévenir de telles grossesses par la contraception (Guillaume et Desgrées du Loué, 1999). Un point en particulier nous paraît important pour améliorer cet accès aux méthodes contraceptives : la gestion de la période post-partum. En effet, actuellement, le conseil en planification familiale dans la période post-partum est quasi inexistant dans de nombreux pays. D'une part, les femmes se rendent peu en consultation post-natale et, d'autre part, lorsqu'elles s'y rendent, l'usage est de leur conseiller d'attendre leur retour de couches avant de consulter auprès d'un service de planification familiale. Or l'ovulation précède parfois le retour de couches, et l'abstinence sexuelle post-partum étant de plus en plus réduite, il est fréquent que la femme soit de nouveau soumise au risque d'être enceinte avant même son retour de couches : nombre de grossesses démarrent ainsi quelques mois après la grossesse précédente, et ce type de grossesses donnent fréquemment lieu à un avortement, qui aurait facilement été évité par un conseil approprié en planification familiale juste après l'accouchement.

Afrique**contemporaine**Numéro spécial
3^e trimestre 2000La santé
de la reproduction

130

D'une manière générale, on assiste aujourd'hui à une aspiration croissante des Africaines à maîtriser leur reproduction, qu'il s'agisse de l'espacement entre leurs différentes naissances ou de la taille finale de leur descendance. Mais les expériences des pays africains en la matière montrent que le chemin est long qui mène de la formalisation d'une demande réelle des populations et de la constitution d'une offre de moyens de contrôle des naissances à l'adéquation de l'offre de produits contraceptifs à cette demande. Aussi, plus que partout ailleurs, les besoins de planification familiale non satisfaits sont importants en Afrique : 29 % contre 18 % par exemple en Amérique latine (FNUAP, 1999). Cependant les réflexions actuelles conduisent aujourd'hui à une inflexion progressive qui tend peu à peu à intégrer les programmes de planification familiale dans des projets de développement plus large, dans le domaine sanitaire et social notamment. Plus encore, s'impose l'idée de l'importance de mesures à prendre ne touchant pas directement à l'acte reproducteur lui-même mais concernant plus largement des facteurs favorisant la réduction de la fécondité : la baisse de la mortalité, la scolarisation des filles, l'autonomie des décisions féminines dans tous les domaines de la vie... (Vimard, 2000).

Intégrer la prévention sida/MST dans les autres programmes de santé de la reproduction

Vu l'ampleur de l'épidémie de VIH/sida, qui touche le continent africain plus durement que tous les autres continents (tableau 5), la lutte contre le sida est une des priorités aujourd'hui en matière de santé de la reproduction. Prévenir la propagation de l'épidémie passe par la prévention de la transmission sexuelle, et donc la promotion de la sexualité sans risque, et par la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, prévention qui doit prendre en compte le triple risque de transmission pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la naissance par l'allaitement maternel. On le voit, la prévention de la transmission du VIH concerne tous les aspects de la santé de la reproduction. Pourtant les programmes de lutte contre le sida et les divers programmes de santé de la reproduction sont généralement totalement disjoints. Dans les pays en développement, dont les moyens financiers sont restreints, le principe de programmes intégrés, où tous les aspects de la santé de la reproduction sont également pris en charge, suscite des inquiétudes en termes d'allocations des ressources, et ceci particulièrement dans le cas du sida du fait de l'ampleur de l'épidémie et du coût que représente la lutte contre cette maladie.

On observe ainsi en Afrique une situation dichotomique en matière de programmes concernant la santé sexuelle : d'un côté, les programmes de planification familiale, orientés vers la maîtrise de la fécondité, et qui, même s'ils s'appuient sur le concept de santé de la reproduction, ne prennent souvent pas en compte les problèmes strictement liés à la sexualité et en particulier la santé sexuelle de leurs clients (MST, VIH). D'un autre côté, les programmes de prévention du sida et des MST qui sont orientés vers la prévention et le traitement des MST, la promotion du préservatif et de la sexualité sans risque, le dépistage et la prise en charge (lorsqu'elle est accessible) du VIH. Une telle séparation nuit à l'efficacité de chacun des deux programmes : tout d'abord, les centres de planification familiale paraissent tout indiqués pour la prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle. En effet, ce sont les lieux les plus appropriés pour toucher les personnes actives sexuellement, on y trouve de plus un personnel qualifié et le matériel nécessaire au développement de relations sexuelles sans risque. Ces centres, d'autre part, fonctionnent dans certains pays depuis une trentaine d'années et sont parmi les programmes de santé les mieux évalués et les mieux connus, et enfin de nombreuses leçons tirées de l'expérience de la planification familiale peuvent être utilisées dans la lutte contre le sida (Pachauri, 1994). Inversement, le défaut de nombreux programmes de planification familiale est qu'ils ne s'adressent bien souvent qu'aux femmes mariées, et accordent peu de place aux adolescents, aux célibataires et aux hommes, qui ont aussi des besoins de planification familiale. Ainsi, il apparaît que chaque programme prend en compte des populations spécifiques : la planification familiale s'adresse aux femmes mariées, sans tenir compte des problèmes sexuels autres que la régulation des naissances chez ces femmes ; la lutte contre le sida cible les groupes dits « à risque » : célibataires, migrants, prostituées... mais bien souvent ne touche pas la population des couples stables, qui sont pourtant vulnérables à l'infection par le VIH étant donné les prévalences du VIH dans certains pays. Une intégration des deux types de programmes dans un programme global d'amélioration de la santé sexuelle permettrait, d'une part, de mettre en commun les différentes expertises et donc d'augmenter l'efficacité de chaque action et, d'autre part, de prendre en compte le maximum de groupes dans la population.

Le problème est un peu différent en ce qui concerne la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ce dernier point devient un enjeu majeur des programmes de santé maternelle et infantile dans les pays les plus touchés : avec un taux de transmission d'environ 30 % en l'absence de prévention, le sida pédiatrique, dans les pays fortement touchés, risque d'annuler les améliorations de la survie des enfants obtenues au cours des dernières décennies. La prévention de l'infection du nourrisson passe par plusieurs points : proposer aux femmes enceintes d'être testées pour le VIH en consultation prénatale, fournir à celles qui sont séropositives pour le VIH un traitement qui diminue le risque de transmission du virus de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement (12), et enfin proposer à la mère des alternatives à l'allaitement maternel pour éviter la transmission postnatale du virus par le lait maternel, tout en garantissant à l'enfant une alimentation adéquate et saine. Aujourd'hui, de telles mesures visant à la prévention de la transmission mère-enfant n'existent dans les structures de santé maternelle et infantile des pays africains qu'à très petite échelle, dans le cadre d'essais thérapeutiques ou de projets pilotes. Des recherches doivent encore être menées pour préciser les modalités d'une telle prévention, en particulier dans le domaine de l'alimentation du nourrisson lorsque la

(12) Plusieurs essais cliniques récents ont montré l'efficacité de régimes simplifiés d'antirétroviraux administrés à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement, pour réduire la transmission périnatale du VIH (Dabis et Msellati, 1998).

mère est infectée et les résultats de ces différentes recherches restent à intégrer dans les programmes de santé maternelle et infantile à large échelle.

Des efforts particuliers à faire auprès des adolescents

Les adolescents, et en particulier les adolescentes, apparaissent de plus en plus comme une population vulnérable en termes de santé sexuelle et reproductive. On sait depuis longtemps que les grossesses précoces sont dangereuses, parce que l'organisme des très jeunes filles n'est pas prêt pour une grossesse ou un accouchement. Les grossesses chez les adolescentes doivent donc être prises en compte avec une attention particulière dans les programmes de santé reproductive. Mais à ces risques biologiques s'ajoutent aujourd'hui des risques sociaux : alors que la plupart des grossesses chez les adolescentes provenaient auparavant de mariages précoces, on assiste aujourd'hui, avec le recul de l'âge au mariage dans les pays africains, à une augmentation des grossesses illégitimes chez les jeunes filles, qui sont de ce fait doublement à risque. En effet l'analyse du recours à l'avortement montre que la majorité des avortements sont pratiqués par des jeunes filles, qui avortent soit pour continuer leurs études, soit pour échapper au courroux des parents, des tuteurs... Ces avortements sont généralement clandestins et peuvent avoir des conséquences graves sur la santé des jeunes filles et leur fécondité ultérieure (Bledsoe et Cohen, 1993). Aujourd'hui, en Afrique, l'adolescence est le moment de l'entrée dans la vie sexuelle, mais c'est aussi un moment de vulnérabilité sociale, où les individus ont souvent peu d'informations sur les risques inhérents aux relations sexuelles non protégées, peu d'accès aux moyens de protection, et peu d'autonomie tant financière que décisionnelle. Dans de nombreux centres de planification familiale, les agents de santé refusent de donner des contraceptifs ou des préservatifs à des femmes non mariées et en particulier aux jeunes filles (Rosen et Conly, 1998). Au risque de grossesse précoce et illégitime s'ajoute aujourd'hui le risque d'infection par le sida, très élevé dans des pays où l'épidémie est généralisée, où les rapports sexuels avec des hommes plus âgés et pourvoyeurs de « cadeaux » sont fréquents (Ntozi *et al.*, 1997), et ce risque est augmenté par le fait que le pouvoir de négociation de ces jeunes filles est souvent très faible, et qu'elles n'osent ni proposer ni imposer le préservatif à leurs partenaires. La prise en compte effective et spécifique des adolescents (et en particulier des adolescentes) dans les programmes de santé de la reproduction, précisément ceux concernant la santé sexuelle et la planification familiale, est donc urgente aujourd'hui.



Santé de la reproduction et développement

A la suite des conférences mondiales sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et les femmes (Beijing, 1995), la communauté internationale a pris conscience de l'importance de la santé de la reproduction dans la santé et pour le développement. En ce domaine l'Afrique accuse des retards importants, malgré des progrès rapides sur certains points tels que la mortalité des enfants et la diminution de la stérilité. Aujourd'hui la conjonction de nouvelles aspirations des populations, notamment à une maîtrise plus grande de leur reproduction, les nouveaux comportements sexuels et matrimoniaux, et les maladies émergentes ou réémergentes (VIH/sida, tuberculose, paludisme) conduisent à de nouveaux défis pour les programmes en santé de la reproduction. Face à ceux-ci, il importe d'accorder une

importance toute particulière à la lutte contre la mortalité des enfants, dont la baisse est aujourd'hui remise en cause, à la lutte contre la mortalité maternelle, aux besoins de planification familiale exprimés et leur corollaire, le recours croissant à l'avortement, et à la prise en compte de l'épidémie de VIH/sida dans des programmes de prévention de la transmission sexuelle et de la transmission mère-enfant. Une attention spécifique doit être apportée aux adolescentes, particulièrement vulnérables face à l'ensemble des risques en la matière.

Rappelons enfin que l'évolution des composantes de la santé de la reproduction a des retentissements importants sur l'ensemble de la dynamique démographique du continent. Du fait notamment du moindre développement de la pratique contraceptive, l'Afrique subsaharienne se caractérise par une fécondité et une croissance démographique supérieures à celles des autres régions, et cela malgré une mortalité plus élevée. Ainsi, la part de la population africaine dans l'ensemble de la population mondiale s'accroît considérablement, et devrait représenter 20 % en 2050, contre seulement 9 % en 1960 (FNUAP, 1999). Cependant, le taux d'accroissement de la population pourrait être plus faible qu'envisagé il y a quelques années dans les quelques pays africains les plus touchés par l'épidémie de sida (sans pour autant que leur croissance démographique devienne négative). Dans ces pays, le sida a annulé les progrès en matière de lutte contre la mortalité des enfants et de prolongement de l'espérance de vie. Ainsi, d'après une étude des Nations unies, l'espérance de vie moyenne dans les neuf pays (13) où la prévalence du sida dans la population adulte atteint ou dépasse 10 % est évaluée à 48 ans, soit dix années de moins de ce qu'elle serait en l'absence de la pandémie, et dans l'ensemble des vingt-neuf pays africains l'espérance de vie est de sept ans inférieure à ce qu'elle aurait été en l'absence de l'épidémie (United Nations, 1999).

Références bibliographiques

Akoi Ahizi et al., 1999, « Evacuation des parturientes à Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Santé en capitales. La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, Ceda, pp. 65-79.

Amin (R.), 1996, « Immunization Coverage and Child Mortality in Two Rural Districts of Sierra Leone », *Social Science and Medicine*, vol. 42, n° 11, pp. 599-604.

Bangha (M.W.), 2000, « La planification familiale dans les pays en développement, avec une attention particulière à l'Afrique », in P. Vimard et B. Zanou (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Paris, L'Harmattan, coll. « Populations », pp. 47-71.

Bledsoe (C.), Cohen (B.) (eds), 1993, *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*, Washington, National Academy Press, 208 p.

Bonnet (D.), Guillaume (A.), 1999, *La santé de la reproduction : concept et acteurs*, Paris, Documents de recherche n° 8, ETS, IRD, 20 p.

Dabis (F.), Msellati (P.), 1998, « Transmission mère-enfant dans les pays en développement », *Genève. Numéro spécial ANRS-Le journal du sida-transcriptase*, automne, pp. 57-58.

(13) Afrique du Sud, Botswana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Zambie et Zimbabwe.

Desgrées du Loué (A.), 1996, *Sauver les enfants : le rôle des vaccinations, Les études du CEPED*, n° 12, Paris, CEPED et Muséum national d'histoire naturelle, 256 p.

Desgrées du Loué (A.), 1998, « Santé de la reproduction et sida en Afrique subsaharienne : enjeux et défis », *Population*, 4, pp. 701-730.

Desgrées du Loué (A.) et al., 1999, « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ? », *Population*, 54 (3), pp. 427-446.

FNUAP, 1999, *6 milliards. L'heure des choix*, Etat de la population mondiale 1999, New York, FNUAP, 76 p.

Frank (O.), 1983, « L'infécondité en Afrique au sud du Sahara : évaluations et conséquences », *Perspectives internationales du planning familial*, numéro spécial, pp. 8-11.

Guillaume (A.) Desgrées du Loué (A.), 1999, « Contraception et/ou avortement ? », étude auprès de formations sanitaires d'Abidjan, communication au séminaire international ENSEA-IRD : *La santé de la reproduction en Afrique*, Abidjan, 9-12 novembre 1999, 19 p.

Hill (A.), 1996, « La mortalité des jeunes enfants : ses tendances », in K. A. Foote, K. H. Hill L. G. Martin (dir.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, Travaux et documents, cahier n° 135, INED-PUF, Paris, pp. 55-215.

Khanna (J.), Van Look (P.F.A.), Griffin (P.D.) (eds), 1992, *Reproductive Health : A Key to a Brighter Future. Biennial Report 1990-1991, Special 20th Anniversary Issue*, Geneva, World Health Organisation, pp. 3-31.

Locoh (T.), 1998, « Pratiques, opinions et attitudes en matière d'excision en Afrique », *Population*, 6, pp. 1227-1240.

Ntozi et al. (dir.), 1997, « Vulnerability to HIV Infection and Effects of Aids in Africa and Asia/India », *Health Transition Review*, suppl. to vol. 7, 486 p.

Pachauri (S.), 1994, « Relationship Between AIDS and Family Planning Programmes : A Rationale for Developing Integrated Reproductive Health Services », *Health Transition Review*, suppl. to vol. 4, pp. 321-347.

Pison (G.) et al., 1989, « Introduction », in G. Pison et al. (dir.), *Mortalité et société en Afrique*, Paris, INED, PUF, pp. 1-10.

PNUD, 1998, *Rapport mondial sur le développement humain 1998*, Ed. Economica, 254 p.

Portal (J.-L.) et al., 1999, « La qualité de la prise en charge obstétricale dans le secteur sanitaire public d'Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Santé en capitales. La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, Ceda, pp. 81-102.

Rosen (J.), Conly (S.), 1998, *Le défi de la population en Afrique : accélérer les progrès de la santé reproductive*, Population action internationale, Série d'études nationales, 4, Washington DC, 86 p.

Stover (J.), 1993, « The Impact of HIV/AIDS on Adult and Child Mortality in the Developing World », communication au séminaire de l'UIESP : *L'impact du sida et sa prévention dans les pays en développement : la contribution de la démographie et des sciences sociales*, Annecy, 5-9 décembre 1993.

Thonneau (P.), Djanhan (Y.), Tran (M.) et al., 1996, « The Persistence of a High Maternal Mortality Rate in the Ivory Coast », *American Journal of Public Health*, 86, 10, p. 1478.

Thomas (D.), Muvandi (I.), 1994, *Quel est le rythme de la baisse de la fécondité au Botswana et au Zimbabwe ?*, Documents de synthèse de la Banque mondiale 258 F, Banque mondiale, Washington DC, 32 p.

Trape (J.-F.) et al., 1998, « Impact of Chloroquine Resistance on Malaria Mortality », *C. R. Acad. Sci. Paris, Sciences de la vie*, 321, pp. 689-697.

Tsui (A.) et al., 1997, *Reproductive Health in Developing Countries. Expanding Dimensions, Building Solutions*, Washington, National Academy Press, 314 p.

Turmen (T.), 1996, « Reproductive Health. More than Biomedical Interventions », *Integration*, printemps, pp. 32-36.

UNAIDS/WHO, 1998, *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*, 75 p.

United Nations, 1994, *World Contraceptive Use : Wallchart*, New York.

United Nations, 1998, *World Population Prospects . The 1996 Revision*, New York.

United Nations, 1999, *World Population Prospects . The 1998 Revision*, New York.

Vallin (J.), 1989, « Théorie(s) de la baisse de la mortalité et situation africaine », in G. Pison, E. Van de Walle, M. Sala-Diakanda (dir.), *Mortalité et société en Afrique*, Travaux et documents, cahier n° 124, INED-UIESP-IFORD-MNHN, Paris, PUF, pp. 399-431.

Vimard (P.), 2000, « Vers une nouvelle conception des relations population/développement sur le continent africain », in P. Vimard, B. Zanou (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Paris, L'Harmattan, coll. « Populations », pp. 297-302.

Vimard (P.), Fassassi (R.), 1999, « Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire », communication au séminaire international ENSEA-IRD : *La santé de la reproduction en Afrique*, Abidjan, 9-12 novembre 1999, 15 p.

Waltisperger (D.), 1988, « Les tendances et les causes de la mortalité », in D. Tabutin (dir.), *Populations et sociétés en Afrique au sud du Sahara*, Paris, L'Harmattan, pp. 279-308.

« L'accouchement c'est la guerre »

Accoucher en milieu rural nigérien

Jean-Pierre Olivier de Sardan*,
Adamou Moumouni* et **Aboubacar Souley***

*« L'accouchement, c'est comme une bataille, c'est comme une guerre ;
toute femme qui, ayant été enceinte, et ayant accouché,
ne s'agenouille pas pour rendre grâce à Dieu,
ne sera plus jamais une croyante »*

(entretien avec des femmes de Koutoukallé).

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

L'accouchement
c'est la guerre

136

On sait que la mortalité maternelle est forte en Afrique, et particulièrement au Niger (autour de 10 %) (1). Les projets « Maternité sans risques » ont du pain sur la planche, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Les conditions sont d'ailleurs très différentes dans ces deux environnements.

L'accouchement en maternité est dominant à Niamey (mais non exclusif, puisque 26 % des femmes y accouchent encore à domicile (2)) et l'évacuation relativement facile vers la maternité centrale en cas de complications. Par contre, dans les campagnes, l'accouchement à domicile domine très largement (3), complété par des accouchements dans des centres de santé ruraux (dispensaires) là où il en existe (4), sous la responsabilité d'un simple infirmier(ère) – les sages-femmes sont concentrées dans la capitale, et, sinon, dans quelques villes secondaires (5) – avec d'énormes problèmes d'évacuation.

* Anthropologues, SHADYC-IRD, Marseille et Niamey

(1) Cf. Vangeenderhuysen et Mounkaila, 1997 : 6, qui citent un document OMS-UNICEF, cf. également Gallais, Hattias, et Le Sueur, 1999, qui donnent un taux de décès maternels de 10,2 % en 1998 sur le département de Tillabéry

(2) S. Attama, M. Seroussi, A. I. Kourguéni, H. Koché, B. Barrère, 1999, dans le département de Tillabéry, « un peu plus de 90 % des femmes ont accouché dans la case familiale » en 1998 (Gallais, Hattias, et Le Sueur, 1999).

(3) Pour l'ensemble du pays y compris Niamey, les accouchements à domicile représenteraient 81 % des naissances (S. Attama, M. Seroussi, A. I. Kourguéni, H. Koché, B. Barrère, 1999). La même étude rappelle que la fécondité au Niger est la plus élevée au monde (7,5 enfants en moyenne par femme) et qu'une femme sur deux a son premier enfant à 18 ans

(4) Le taux de couverture sanitaire est estimé à 45 % (populations habitant à moins de 5 km d'un dispensaire), Niamey inclus

(5) Cf. Jaffré et Prual, 1993

Les pages suivantes, essentiellement descriptives, concernent uniquement l'accouchement et ses problèmes en milieu rural (6). L'enquête sous-jacente a été menée pendant trois mois dans douze villages nigériens, dans l'arrondissement de Birni, en zone zarmaphone et dans l'arrondissement de Mayahi, en zone hausaphone. Il faut noter que c'est la première fois qu'une étude comparative qualitative de ce type est menée simultanément dans les deux principales langues et cultures nigériennes (un élargissement aux autres langues et cultures serait évidemment souhaitable). Elle fait d'ailleurs ressortir une grande convergence des pratiques et représentations populaires. Après l'évocation d'un cas d'accouchement à problème, nous décrivons successivement l'accouchement « traditionnel » à la maison et l'attitude face aux complications, puis l'accouchement au dispensaire, avant d'analyser plus en détail le rôle des matrones (dans la mesure où celles-ci ont fait l'objet de nombreux programmes de formation dans le cadre des « soins de santé primaires »), et la question, centrale en matière de santé publique, des évacuations en milieu rural.

● L'accouchement de Nana

Nana habite à Mashe Jan Baushi. Elle n'a jamais été à l'école. C'est sa première grossesse. La grossesse s'est passée sans difficulté aucune. Nana a suivi régulièrement les consultations prénatales (CPN) au centre de soins intégrés (CSI) de Dan Mairo, situé à environ 15 km de son village. Elle soutient qu'elle s'est rendue plus de quatre fois à Dan Mairo pour les CPN. Le trajet se faisait à pied.

Nana affirme qu'elle n'a consommé aucun produit local (décoction ou autre). Elle s'est contentée de la nivaquine, achetée au CSI à l'occasion des CPN. Selon elle, c'est un traitement préventif contre la fièvre conseillé par les infirmiers.

Lorsque le travail a commencé, elle n'a rien dit à personne. C'était le soir, et elle a passé toute la nuit en travail. Son mari était absent, parti « en exode », au moment des faits. Mais elle n'a prévenu ni sa mère, ni son beau-père. Le travail était intermittent. Au petit matin, Nana a déclaré qu'elle souffrait de douleurs au bas-ventre. Alertée, la grand-mère de son mari lui a donné une décoction à boire. Nana dit tout ignorer de la nature et des effets de cette décoction : « Comment pourrai-je savoir ? Je n'en sais rien. Ce sont eux qui savent ce que c'est. Comment diable vais-je oser poser de telles questions ? » Quant au beau-père de Nana, il lui a fait boire « le nom de Dieu » (*sunan Alla* en hausa, appelé aussi *rubutu*, c'est-à-dire l'eau avec laquelle on a lavé une tablette sur laquelle étaient tracés à l'encre des versets coraniques). Le beau-père s'en explique : « tu sais c'est une pratique courante, parfois, si les choses n'évoluent pas comme on le souhaite, on a recours au *rubutu* afin qu'Allah nous aide ». Marabout, l'homme a lui-même prescrit et fait administrer le *rubutu*.

Ces produits ne firent, manifestement, aucun effet. Le travail durait toujours, sans qu'il y ait progrès. Le beau-père de Nana proposa alors de la conduire

(6) Cette étude a été menée sur demande du projet « Maternité sans risques » et du FNUAP à Niamey. Notre équipe a successivement travaillé depuis 1993 sur les représentations et pratiques populaires en matière de santé (cf. les articles de Jaffré et Moumouni, 1993, 1994, Jaffré et Olivier de Sardan, 1996 ; Olivier de Sardan, 1994, Souley, 1999), puis sur les interactions entre populations et services de santé (une étude est en cours à Niamey dans trois structures de soin). Le rapport qui a servi de base au présent article comprend en outre des données sur les représentations et pratiques populaires relatives à la grossesse, et aux soins du nouveau-né qui n'ont pas été retenues ici : cf. « Recherche socio-anthropologique sur les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum (représentations et pratiques populaires au Niger) », J.-P. Olivier de Sardan, A. Moumouni, A. Souley, Rapport final (mai 1997), Niamey, FNUAP (texte publié dans les *Working Papers on African Societies*, n° 34, Berlin, Das Arabische Bush, 1999). Les citations d'informateurs(trices) retenues pour le présent article sont renvoyées dans ce rapport à un index nominatif des locuteurs(trices).

au CSI de Dan Mairo. Le soleil était haut sur l'horizon. Il semblerait que les femmes (essentiellement les « vieilles », sans qu'on puisse dire exactement qui) n'aient pas été d'accord dans un premier temps. Le beau-père reconnaît que des gens se sont opposés à son idée quand il l'a émise la toute première fois, mais il n'a pas voulu dire qui. De même, la grand-mère de Nana affirme qu'elle ne se rappelle pas de cet épisode (7).

En fait, depuis le matin, c'était l'affluence autour de Nana. Chacun y allait de son commentaire, de ses conseils et, parfois, de ses contributions thérapeutiques. Il faut noter, en règle générale, que les vieilles personnes voient d'un mauvais œil l'accouchement à publicité, et notamment l'accouchement au CSI. On dit, dans ce cas, que la femme n'a pas accouché seule, d'elle-même, qu'elle s'est fait aider, que c'est l'infirmier qui l'a fait accoucher. On distinguerait, ainsi, l'accouchement normal, travail de la femme non assistée, souhaité et source de considération, et l'accouchement dit « du docteur » (*haihuwar likita*), au CSI, non souhaité et quelque peu « honteux ».

Finalement, après la dernière prière, la nuit étant déjà tombée, après 24 heures de travail et de douleurs, le beau-père trancha et décida qu'il fallait évacuer Nana. En l'absence de son fils, c'est lui qui avait autorité sur la femme de ce dernier. Il était le seul homme à la maison.

L'évacuation a eu lieu en pleine nuit : « je pense qu'au moment où nous sommes partis personne n'était éveillé ». Elle s'est faite sur une charrette asine. Outre Nana, il y avait son beau-père, un ami de ce dernier, la grand-mère de Nana et celle de son mari, la mère de Nana et l'une des tantes paternelles de son mari. Le trajet, de Mashe à Dan Mairo, dura entre 3 et 4 heures selon les versions. Il y eut plusieurs arrêts, selon Nana, à sa demande, soit pour qu'elle urine, soit quand elle souffrait trop. Sa mère et la grand-mère de son mari soutiennent par contre qu'il n'y a eu aucun arrêt sur le chemin. De même le beau-père affirme : « dès que nous sommes partis, nous ne nous sommes arrêtés qu'une fois arrivés à Dan Mairo ; d'ailleurs moi je ne faisais que faire galoper l'âne ».

L'accouchement a eu lieu au CSI de Dan Mairo vers 9 heures du matin. Il semble que tout s'est bien passé. La poche des eaux a éclaté peu avant la délivrance. Le placenta a presque immédiatement suivi. Avant l'accouchement, l'infirmier avait administré des ocytociques à la parturiente. Pour le remercier, le beau-père lui a donné 300 francs CFA, en plus du don quasi conventionnel d'un morceau de savon de Marseille et d'une somme de 200 francs CFA. Quand la jeune maman revint, après quelques jours, pour la pesée de l'enfant, elle apporta quelques mesures de mil, des condiments et un peu d'argent (elle n'a pas voulu dire combien) à l'infirmier.

Juste après l'accouchement, Nana dit que l'infirmier a exigé qu'on mette le bébé au sein. Ce qui fut fait. Cependant, dès son retour à Mashe, quelques heures plus tard, les « vieilles » exigèrent de procéder au « test du lait ». On recueillit quelques gouttes du lait de la jeune maman dans un bol ; on fit chauffer un couteau dans des braises ; quand il devint tout rouge on versa dessus le lait de la jeune maman. Le lait colla au couteau, ce qui était indicatif de la « maladie du lait » appelé *kaikai* (littéralement démangeaisons). Aussi a-t-on proscrit le sein au nouveau-né durant trois jours (trois jours parce que c'était un garçon ; pour une fille cela aurait été quatre jours), période pendant laquelle on lui a fait boire du lait de chèvre légèrement réchauffé, et la décoction fortifiante et préventive *dauri* (littéralement « amer ») administrée à tous les jeunes enfants, tandis que sa mère prenait une potion « anti-*kaikai* ».

(7) Manifestement, face à un enquêteur de la ville, il y a, dans le cas ici rapporté, une peur de révéler des comportements non conformes avec la norme officielle, qui est de respecter les consignes des services de santé. Aussi les déclarations sur les quatre voyages de 15 km pour les CPN, la non-ingestion de toute décoction, la rapidité de l'évacuation, doivent être comprises dans ce contexte.

● Travail et accouchement : représentations et pratiques populaires

De l'avis général, le début du travail se manifeste toujours par des douleurs au bas-ventre et souvent par des douleurs au dos. Il y a des cas où le travail commence par l'écoulement de sang. L'éclatement de la poche des eaux signale la phase terminale du travail. Toutefois, on observe parfois un décalage : « la poche des eaux peut s'éclater sans que l'accouchement n'intervienne vite ». Par ailleurs, on attribue un effet de régulateur thermique à la poche des eaux. L'éclatement de la poche des eaux entraînerait un refroidissement du corps : « Dès que la poche des eaux est éclatée, ton corps devient frais car c'est la poche des eaux qui fait chauffer le corps. » Traditionnellement, les accoucheuses n'intervenaient jamais pour percer la poche des eaux, cela doit s'opérer naturellement. On pense aussi que certaines femmes « vomissent » la poche des eaux (8).

La durée normale du travail n'excède pas un jour même si certaines femmes parlent de plus. L'opinion dominante est que la durée du travail est liée aux particularités de chaque enfant (cf. le dicton zarma « chaque enfant a sa façon de marcher »). Douleur et durée varient beaucoup. Un travail qui dure longtemps est appelé en hausa *nauyin guywa*, c'est-à-dire « genoux lourds ». Il peut être dû par exemple à un enfant trop volumineux : « C'est la plus grande douleur, il n'y a pas une douleur aussi grande parmi toutes les douleurs. Ce que tu ressens au moment du travail est plus douloureux que toute douleur que tu connais. Parfois ça dure un jour ou deux jours. Certaines femmes vont jusqu'à une semaine. D'autres, par contre, dès que ça commence, elles accouchent. Ça dépend des femmes. Il y en a qui ont un "bon genou". Il y en a d'autres qui traînent le travail pendant longtemps, et souffrent avant d'être délivrées. »

Plus le travail dure, plus il devient source de craintes. On impute parfois la responsabilité d'un travail trop long à *weyno*, en zarma, ou à *zaki*, en hausa (9) : « Celles qui souffrent de *weyno* doivent nécessairement le faire sortir par les urines ou par les selles. C'est ce qui explique le fait d'uriner ou d'aller aux selles à chaque instant. » Le *weyno* ou le *zaki* peuvent provoquer également une sorte de « faux travail » : « Lorsque l'enfant bouge un peu, tu as l'impression qu'il va sortir, or il n'en rien c'est plutôt le *weyno* » ; « *Weyno* soulève l'enfant comme si c'est le travail alors que ce n'est pas cela ».

On parle parfois d'un « travail du septième mois, qui marquerait le renversement de l'enfant, et qui préfigurerait un accouchement sans problèmes : « Certaines femmes ressentent le travail dès le septième mois. Si tu ressens le travail dès le septième mois, tu accoucheras facilement, sans grosses difficultés. Tu sais, c'est le moment du renversement du bébé, sa tête se renverse. Mais ce n'est pas le travail de l'accouchement. Ça ne veut pas dire que la femme va accoucher alors. »

Pour prévenir un travail long, les parturientes, vers la fin de leur grossesse, peuvent boire des décoctions censées accélérer le travail. Elles peuvent aussi avoir recours aux marabouts, ou encore aux prêtres des génies ou aux guérisseurs. On trouve ici ou là d'autres procédés encore, comme cette habitude, presque abandonnée aujourd'hui, de faire boire à la femme une eau dans laquelle la ceinture du pantalon traditionnel de son mari aura macéré. En cas d'accouchement difficile, les accou-

(8) Le sentiment vague qu'il y a communication entre les circuits digestif et reproductif est assez général. L'embryon est censé être « branché » directement sur le circuit digestif pour s'alimenter. D'ailleurs on considère que si la mère ne mange pas un jour, l'enfant va bouger dans son ventre, de faim, jusqu'à ce qu'elle mange et qu'il soit ainsi rassasié.

(9) Pour ces deux entités nosologiques populaires liées au « ventre », et quelques autres du même type dans d'autres langues, cf. Jaffré et Olivier de Sardan (1999).

cheuses en milieu zarma utilisaient un *zumandi tira* (charme pour faciliter l'accouchement) qu'on nouait aux cheveux de la parturiente.

Pour bon nombre de femmes, l'idéal est d'accoucher dans la discrétion, c'est-à-dire sans l'assistance de la matrone ou de l'accoucheuse. Un tel acte est valorisé socialement et considéré comme une sorte de bravoure. Une telle femme sera citée en référence par ses amies. La solitude est aussi une question de pudeur : « Pour l'accouchement, ce qu'on veut, c'est que tu le fasses seule, sans l'assistance de personne. Comme personne ne t'a entendue, personne n'ira raconter. » Ainsi, en général, les accouchements à domicile se font avant l'arrivée de la matrone ou de l'accoucheuse, qui n'est appelée que pour couper le cordon.

L'accouchement à domicile se fait en position agenouillée (10). Si une femme assiste la parturiente, elle passe par derrière pour recevoir l'enfant. Chez les Hausa, il existe des paroles rituelles que l'accoucheuse prononce au moment de la réception de l'enfant. Jusqu'à il y a peu, les femmes accouchaient souvent à même le sol. C'est en fait seulement après l'expulsion que commencent les tâches des accoucheuses ou des assistantes. Ces tâches sont tantôt exécutées par une seule personne (l'accoucheuse), tantôt par plusieurs, selon une sorte de division des tâches où il y a la « coupeuse de nombril » (*fuma dumbuko* en zarma, *mai danka cibiya* en hausa) qui se charge aussi d'enterrer le placenta, la femme qui ramasse le sang, celle qui s'occupe de chauffer l'eau de bain de la mère et du bébé, et la coiffeuse du bébé pour le jour du baptême. A toutes ces tâches correspondent de petites gratifications traditionnelles.

Après la délivrance, la toilette de la parturiente se fait partout avec de l'eau très chaude, presque bouillante. Elle aurait en effet des vertus antiseptiques, adoucissantes et cicatrisantes. On dit qu'alors il faut « chasser le mauvais sang ». D'où l'eau chaude, des massages abdominaux, des décoctions. Le ventre est aussi bandé de façon serrée, ce qui doit permettre également qu'il puisse reprendre sa forme normale. La nouvelle accouchée, qui ne sort pas, est complètement prise en charge, pour sa toilette comme pour les autres tâches, au moins pendant les sept jours qui séparent l'accouchement du baptême. En général une parente est attachée particulièrement à son service. Diverses prescriptions ou interdits, variables selon les contextes locaux, accompagnent ces sept jours, voire perdurent jusqu'au « quarantième jour », qui marque la fin de la période de l'accouchement (par exemple : ne pas balayer, ou ne pas porter certains objets ; verser, pour dissuader les mauvais génies, trois ou quatre tas de cendre à un croisement trois ou quatre jours après l'accouchement – trois, pour un garçon, quatre pour une fille ; etc.).

Certains enfants naissent dans une membrane. On les appelle *mai riga* en hausa (litt. « possesseur d'une chemise »), terme repris en zarma : « Il y a des cas où tu vois une sorte de corde qui sort, dès que tu vois ça et que tu vois l'enfant sortir fais vite pour déchirer, car c'est l'accouchement dans l'enveloppe. Quand tu ignores cela, l'enfant se débat, mais tu ne sais pas ce que c'est, l'enfant peut mourir. C'est au dispensaire qu'on nous a appris ça. » D'autres naissent inanimés. En ce cas on ne procédait à aucune tentative de réanimation. « Avant, si l'enfant ne respirait pas, on pensait qu'il était mort, on l'enterrait. »

Pour un accouchement faisant suite à une série d'accouchements d'enfants mort-nés ou morts dans les premiers jours, on tentait de conjurer le mauvais sort, en pratiquant l'accouchement dans des sites dévalorisés, affichant ainsi le peu de valeur de l'enfant (pour dissuader génies ou sorciers de s'y intéresser et de le prendre) : ainsi, en zarma, l'écurie, l'endroit où se tient l'âne, le poulailler. On lavera l'enfant avec un morceau de canari servant à abreuver les volailles. Ces pratiques

(10) En référence à cette position, « j'ai trois enfants » pourra se dire en zarma « j'ai trois genoux » (*kangey hinza*) ou en hausa « j'ai trois agenouillements » (*dirkushina ukku*)

tombent peu à peu en désuétude, on en trouve surtout trace dans les surnoms donnés à ce type d'enfants (en zarma : *Cambu*, « Morceau de canari », *Kangey*, « Ecurie » ; en hausa : *Abarshi*, « Laissez-le »).

En ce qui concerne les prématurés l'opinion générale est que ceux du septième mois vont survivre (11), mais pas ceux du huitième mois. Les prématurés étaient autrefois placés dans une sorte de « couscoussier » et ainsi chauffés sur un feu de tiges de mil. En pays hausa le procédé était différent : « Nous, nous ne mettons pas le nouveau-né du septième mois dans un couscoussier. Ici, si tu enfantes au septième mois, si Dieu fait vivre l'enfant, nous prenons du *bagaruwa* (plante), nous le plongeons dans l'eau et le faisons décanter. Après avoir lavé l'enfant de ses saletés, nous le lavons avec le *bagaruwa*, à intervalles réguliers, pendant une semaine. »

Aussitôt après l'expulsion, la première tâche consiste à couper le cordon ombilical. La coupure du cordon se fait aujourd'hui avec une lame de rasoir, autrefois avec un morceau de tige de mil.

Le placenta est extrêmement important. En un sens on s'occupe d'abord de lui, avant même de s'occuper du nouveau-né. On le lave et on l'enterre selon des modalités précises.

« C'est le placenta dont on s'occupe d'abord, avant de laver le bébé. Quand on coupe le cordon ombilical, on lave le placenta, on lui creuse un trou. Le trou doit être profond jusqu'au coude. Nous lui faisons un nid. Le trou du placenta, si c'est un garçon c'est au nord sur la droite qu'on creuse le trou. Si c'est une fille c'est sur la gauche. Nous demandons des restes de canaris cassés et du crottin de chèvre. Après avoir placé le placenta nous posons les morceaux de canari cassé, ensuite nous mettons les crottins de chèvre, après quoi nous refermons le trou. Puis quelqu'un verse de l'eau. Si c'est un garçon, on verse trois fois, si c'est une fille on verse quatre fois. On lave ensuite le bébé, puis nous ramassons le sang. Ensuite on nous donne une bouilloire, nous faisons les ablutions à l'enfant, les mêmes que nous faisons pour prier. Nous lui faisons un appel de prière à l'oreille. Alors nous le posons sur le lit. Quant au sang, on le ramasse et il y a un trou pour ça, on le verse dedans. C'est avec nos mains qu'on le ramasse sur le lieu de l'accouchement, on verse de l'eau, on lave par terre. Avec un balai, nous recouvrons l'endroit de sable. Depuis l'origine du monde c'est ainsi qu'on procède. » « Le placenta est mis dans un récipient, on le pose dans le trou en prenant soin de placer par le haut, car si on le renverse la femme n'accouchera plus. »

Le placenta est appelé en zarma « l'ami », « le compagnon », et en hausa « la reine » ou « la mère ». On ne proclame jamais publiquement la naissance d'un enfant tant que le placenta n'est pas lui aussi sorti. L'enfant et le placenta peuvent « tomber » quasi simultanément, tout comme le placenta peut prendre un certain temps avant de « tomber » : on dit alors que l'« ami » (ou la « reine ») se repose. S'il refuse de venir, on utilise les procédés suivants :

- on masse le ventre de la parturiente tout en récitant des versets coraniques ;
- on introduit un bâton dans sa gorge pour la faire tousser ;
- toujours pour la faire tousser, on lui fait respirer la fumée d'un feu où l'on a mis du piment ;
- on tente de la faire éternuer en lui faisant priser du tabac ;
- on donne une tape à l'enfant afin qu'il pousse un cri, pour « appeler » son « compagnon » ;
- on prépare un breuvage rituel que l'on place dans unealebasse ; la femme doit le boire en tenant laalebasse entre ses dents ; sitôt après avoir bu elle doit lâcher laalebasse afin qu'elle tombe renversée : le placenta doit alors tomber ;
- on attache une pierre au cordon (on peut aussi attacher le cordon au pied de la

(11) Ils portent un nom particulier (par exemple en zarma *bargaw*, en hausa *bakoy*).

mère, afin que le placenta ne « remonte » pas : ceci est fait lors d'évacuations en charrette vers un dispensaire pour une rétention placentaire rebelle aux méthodes « traditionnelles »).

On évoque aussi un passé révolu où certains éleveurs, ayant une longue expérience avec leurs animaux, étaient parfois appelés pour les femmes en difficulté. Dans chaque village, il y a des marabouts et parfois des guérisseurs qui sont réputés pour leurs prières ou leurs talismans en cas de rétention placentaire. Ils sont aujourd'hui le seul recours local (l'évacuation vers un dispensaire, quand elle est possible, étant désormais courante).

C'est à eux aussi que l'on fait appel pour les autres risques de l'accouchement, qui, outre la rétention placentaire, et certaines complications post-partum, sont essentiellement, aux yeux des femmes, le travail « trop long », et les mauvaises présentations. Il peut y avoir le fait que l'enfant se « mette en travers », ou qu'il se présente « par le dos » (c'est-à-dire par le siège), ou que la tête soit mal placée. Mais c'est la présentation par les pieds, appelée « sauter-atterrir » qui est la plus crainte. Une mauvaise présentation peut, en particulier, être due au fait que l'enfant va « remonter » vers l'estomac (12). Aussi, si l'on pense que tel est le cas, va-t-on ligaturer la poitrine avec un pagne afin d'éviter cette montée et de ramener l'enfant vers le bas.

En cas de travail trop long (le début du travail étant, pour les femmes, le moment des premières douleurs, ce qui, d'un point de vue gynécologique, inclut le « faux travail ») on fait parfois absorber à la parturiente une décoction, parfois la même que celle qui est utilisée en d'autres circonstances comme abortif. En cas de mauvaise présentation, on ne procède qu'à des massages, jamais à des tractions ou des manœuvres internes. Des convulsions éventuelles seront imputées à un génie, ou à l'épilepsie. L'éclampsie (convulsions en fin de grossesse ou lors de l'accouchement, associées à une hypertension artérielle ; cette crise grave figure parmi les principaux risques censés être dépistés par les consultations prénatales) n'est pas connue (sauf là où des séances d'éducation pour la santé ont popularisé l'expression hausa nouvelle de *horin gishiri*, la « transe du sel ») et est souvent confondue avec l'épilepsie. « Avant-hier, il y a eu une femme qui a eu une crise d'épilepsie pendant le travail, l'accouchement a été difficile, les parents nous ont dit que jamais elle n'a eu des choses pareilles, nous nous sommes dit que c'est l'épilepsie, la crise s'est déclenchée quand elle est montée sur la table d'accouchement » (une infirmière).

Parfois on peut imputer certaines difficultés de l'accouchement à la transgression d'interdits. De même « sorciers mangeurs d'âmes » et génies malfaisants peuvent intervenir négativement, et en particulier effrayer la parturiente. Même le génie protecteur de la famille, si on lui manque d'égards, peut susciter des difficultés. Mais le plus souvent les complications relèvent, pour les gens, du destin ou de la fatalité, autrement dit de Dieu. En fait, face aux dangers de l'accouchement, et à la mort toujours possible, les femmes et les hommes se sentent très largement démunis. Il n'y a guère d'autre recours que Dieu, d'où cet appel systématique aux marabouts.

Une femme morte en couches était autrefois (et reste encore parfois) perçue comme une « mauvaise morte », susceptible de se manifester sous la forme d'une revenante. Ses jours ont été interrompus en quelque sorte inopinément, trop tôt, et son « double » risque de revenir tourmenter les vivants. Aussi y avait-il des rituels particuliers. En pays songhay, une sorte de caste de fossoyeurs-magiciens, les *hirow* (13), était chargée d'ensevelir les femmes mortes en couches ainsi que les autres personnes disparues subitement dans la force de l'âge. Cette coutume est aujourd'hui abandonnée.

(12) Litt « cœur » : l'estomac, bien que distingué anatomiquement par un terme particulier (*buzugu* en zarma et *tumbi* en hausa) est dans le langage courant appelé « cœur » (*bine* en zarma, *zuciya* en hausa)

(13) Cf Olivier de Sardan, 1982. pp 207-209

Certaines pratiques locales plus prosaïques survivent par contre, là où les populations sont éloignées d'un centre médical, pour quatre types de complications post-partum : la déchirure, l'hémorragie, le « sang accumulé » et les douleurs abdominales aiguës (en général des infections).

La déchirure concernerait, dit-on, plutôt les primipares. En l'absence d'un dispensaire, on utilise soit des plantes soit un procédé visant à cicatrifier « à chaud » la déchirure. Dans le premier cas, on broie dans un mortier des herbes ou des feuilles. La pâte ainsi obtenue est appliquée sous forme d'emplâtre sur la déchirure. Ceci est censé arrêter le sang qui s'écoule, empêcher toute infection et cicatrifier la plaie. Le procédé de cicatrisation « à chaud » est plus traumatisant : il s'agit d'asseoir la femme sur des braises.

L'hémorragie post-partum (ou avant l'accouchement) est traitée à l'aide de natron, de décoctions et, parfois, d'emplâtres (contrairement au cas de la déchirure, l'emplâtre, ici, va être placé sur la tête de la femme).

Parfois, le sang s'accumule dans le « ventre » au lieu d'être expulsé. Pour les gens, ce sang non expulsé rend la femme malade et est susceptible de la tuer. Pour le faire sortir, il y a divers procédés : on fait des massages, on donne à boire de l'eau chaude, on administre une décoction à base de plantes.

Enfin, des douleurs aiguës (en général évocatrices, pour un médecin, d'infections) peuvent se manifester dans le bas-ventre de la femme, pendant les jours qui suivent l'accouchement. On parle alors parfois, en hausa, de *naginza*. On impute *naginza* au destin (Dieu), mais aussi aux frottements dus à la sortie du nouveau-né, et, parfois, au manque d'hygiène. La forme « visible » de *naginza* se caractérise par des écorchures, des petits boutons, souvent blanchâtres, des écoulements visqueux. La forme « invisible », assortie de douleurs insupportables au bas-ventre, peut « attaquer » le cœur et tuer. En zarma, on parlera de *jin-jin* ou *hany-hany* (qu'on interprète comme une boule de sang qui se forme au niveau de l'utérus après l'accouchement). Le *jin-jin*, dont on considère en général qu'il ne doit pas excéder trois jours, peut également être « envoyé » à quelqu'un par un acte de malveillance. « Quand une femme (qui veut donner le *jin-jin* à l'accouchée) pénètre dans la maison de la parturiente, il suffit qu'elle pousse discrètement une bûche du foyer, c'est ainsi que la parturiente contractera le *jin-jin*, mais il ne tue pas. » Le tressage de la femme pratiqué le septième jour après l'accouchement est appelé *jin-jin kaayan*, « ôter le *jin-jin* ».

● L'accouchement au dispensaire

L'accouchement dans un dispensaire rural est, quand il y en a un à proximité, une option qui change évidemment les pratiques traditionnelles. Le plus souvent c'est l'infirmier(ère) qui prend en charge lui-même l'accouchement. Ces infirmiers(ères) n'ont en général pas de formation particulière en obstétrique et apprennent « sur le tas ». Parfois l'accouchement y est pratiqué par une « matrone » qui fait figure en partie d'accoucheuse traditionnelle, sous la responsabilité de l'infirmier(ère), qui n'intervient alors que pour un examen vaginal à l'arrivée et en cas de problèmes. L'accouchement se pratique le plus souvent sur une table ou un lit en position gynécologique (mais on ne refuse en général pas à une femme qui insiste pour accoucher agenouillée de le faire), dans un milieu artificiel et médicalisé au moins en apparence (une pièce du dispensaire est appelée salle d'accouchement), en présence d'autrui.

En fait, dans un village où il y a un dispensaire (CSI, centre de santé intégré), il y a deux possibilités. Soit il y a obligation pour toutes les femmes, parfois assortie de sanction, d'accoucher au dispensaire (comme à Serkin Hausa, où, avec l'accord du chef de village, l'infirmier chef a imposé cette pratique : parmi les six derniers accouchements, aucun n'avait eu lieu à la maison). Soit il y a une certaine

tolérance, et en ce cas une proportion non négligeable de femmes du village accouchent encore à la maison (comme à Dan Mairo, où, parmi les six derniers accouchements, quatre avaient eu lieu à la maison). En ce cas, c'est seulement en cas de problème pendant le travail qu'on se rendra au dispensaire du village.

Les primipares sont fortement incitées à accoucher au centre de santé, non seulement lors des consultations prénatales, mais aussi par certaines matrones collaborant avec le dispensaire. Quant au fait que l'accoucheur soit un homme et non une femme, cela a été parfois (mais parfois seulement) signalé comme source de gêne (de « honte ») pouvant empêcher certaines femmes d'accoucher en dispensaire. De l'avis d'un marabout ceci est même inconcevable : « Ce sont les Blancs qui ont amené des choses comme ça. Le Coran a séparé l'homme et la femme, nul ne doit aller vers l'autre sauf si c'est une nécessité. La femme qui est malade doit être soignée par une femme. De même l'homme qui est malade doit être soigné par un homme. Le Coran n'a pas autorisé le contraire. Depuis l'époque du Prophète, cette interdiction existe. Celui qui l'outrepasse a contrarié le Prophète et celui qui a contrarié le Messager a contrarié Dieu, c'est pourquoi nous traitons la personne de cafre. » Ceci étant, ce type de discours n'a débouché nulle part, sur nos lieux d'enquête, sur un boycott systématique de l'accouchement en dispensaire. Il est vrai qu'il n'y avait pas dans ces villages de groupes intégristes (là où ils sont implantés, les « isalistes » – membres de la confrérie Isala – interdisent à leurs femmes d'être accouchées ou examinées par des hommes) (14).

Parfois aussi c'est un argument financier qui est avancé pour éviter l'accouchement au dispensaire. Cependant les gens sont conscients que diverses complications de l'accouchement peuvent trouver une solution au dispensaire. Enfin, il faut noter que l'accouchement au dispensaire entraîne d'autres types de soins au nouveau-né que l'accouchement à la maison. L'infirmier(ère) s'intéressera d'avantage, et d'abord, à l'enfant : examen, vaccination, pesée. Il le portera directement au sein de la mère après avoir ordonné de nettoyer le sein avec du savon et de l'eau. Le placenta sera donné à la matrone ou aux vieilles femmes pour son enfouissement traditionnel. Sauf complications, la mère quitte en général le dispensaire avec son bébé dans les heures qui suivent l'accouchement pour rentrer chez elle et être prise en charge selon les habitudes (les sept jours en chambre précédant le baptême, et les « quarante jours »).



Les matrones

Matrones et accoucheuses traditionnelles

Alors que, avant la colonisation, il existait partout en milieu rural des guérisseurs relativement spécialisés (pour les fractures, les morsures de serpent, la lèpre, etc.), on ne trouvait pas de fonction spécifique d'accoucheuse véritablement identifiée à l'échelle du village. L'accouchement était une affaire de famille ou de voisinage (prenant même souvent une forme solitaire, les femmes se vantant alors d'avoir accouché seules). Certaines vieilles femmes plus habiles ou plus expérimentées prenaient main forte en cas de besoin. C'était essentiellement autour de la « coupure du cordon » que telles ou telles se spécialisaient partiellement.

En pays hausa, dans la région enquêtée, le terme aujourd'hui consacré est *angozoma* (ou *ingozama*), d'origine indéterminée. Il s'applique, à l'heure

(14) Mais il y a malgré tout une forme d'« intégrisme rampant », non majoritaire loin de là, mais non sans influence, porteur d'un « nouvel ordre moral », qui tout à la fois s'attaque aux guérisseurs traditionnels, aux examens des femmes par des personnels de santé masculins, aux naissances « illégitimes », à la régulation des naissances.

actuelle, à la fonction de « matrone » proprement dite, au sens officiel du terme. L'avènement de cette fonction, et sa vulgarisation par les services de santé, semble avoir un lien avec l'utilisation du terme *angozoma* : « Il y avait des *angozamai*, c'est-à-dire une vieille femme en laquelle tu as confiance et qui est sérieuse. Si ta femme accouche, tu la fais venir [...] elle vient, elle arrange, elle coupe le cordon et tout. Durant toute cette semaine, elle vient voir le bébé, s'enquérir de sa santé. On pose la marmite, on lave, on fait tout. Si le soir vient, on amène à cette vieille femme le repas qu'on a préparé. C'est tout. Après cette semaine, elle revient. Elle vient, elle s'assoit, elle prend le bébé dans ses bras et on lui fait la *fatiya*. Alors, on lui donne son dû. On amène une peau, on lui donne, on amène 15 francs CFA si c'est un garçon (3 x 5), et si c'est une fille 20 francs CFA (4 x 5). [...] On prend un peu de mil dans une petite calebasse, on lui verse. On amène du piment et du sel, du natron. Tout cela, on amène dans une petite calebasse et on lui donne. Ainsi, on récompense la vieille. C'est ce que nous avons vu les parents faire. »

Il n'existe pas de mot proprement zarma pour « matrone ». Aujourd'hui on utilise donc systématiquement le terme d'origine française *matron*. Autrefois, on parlait plutôt de « coupeuse de cordon » (*fuuma-dumbu-ko*). Pour certaines d'entre elles, leur mère le faisait déjà. Mais en ce cas il ne faut pas y voir l'effet d'une quelconque norme de transmission « par héritage » ou de lignée. Opportunités d'apprentissage familial et dispositions personnelles entrent ici en jeu. Il n'y a ni véritable spécialisation professionnelle ni savoir ésotérique.

Nous appellerons « accoucheuses traditionnelles » ces femmes plus compétentes ou motivées que d'autres, qui continuent souvent en milieu rural à assister les parturientes, et nous les distinguerons donc des « matrones » proprement dites, issues de leurs rangs mais ayant eu une « formation » – cette dénomination de matrone a en effet pour les populations pris un sens quasi officiel –, bien que les unes et les autres fassent en fait maintenant à peu près les mêmes gestes.

Ce sont les services de développement qui ont introduit la fonction de « matrone ». Les premières « matrones » ont été « formées » par l'« animation rurale » peu après l'indépendance, à partir de 1965, le relais ayant été ensuite pris par les structures de santé officielles et les ONG (15). On sait que, dans les années soixante-dix, la stratégie des « soins de santé primaires » a partout mis en place la formation de villageois(es) comme auxiliaires de santé, en particulier de « matrones », censées être recrutées parmi les accoucheuses traditionnelles. En ce sens, les matrones sont donc le produit d'une intervention extérieure et apparaissent comme des « agents de santé communautaire », investis par les services officiels, au même titre que les secouristes. Matrones et secouristes sont même parfois appelés *lokotoro*, « docteur », ou *mazor* (major, c'est-à-dire infirmier chef). On devient « *matron* » quand on a participé à une « formation » à l'extérieur et que, à cet effet, on a eu son nom porté sur un registre. « *Matron* » fait partie de ces quelques fonctions semi-officielles villageoises, imposées ou impulsées par l'extérieur (Etat ou intervenants) qui se sont succédé depuis l'indépendance aux côtés des chefs de village : *komita* (responsable du comité du parti unique), *animasio* (« animateur » désigné du village), *samaria* (responsable de l'association officielle de la jeunesse), *sekurist* (secouriste), etc.

Lorsqu'il s'est agi de recruter ces matrones à l'échelle des villages, et de les envoyer éventuellement en « stage » (quinze jours, aux débuts (16), parfois moins aujourd'hui), les volontaires ne se sont pas bousculées : la méfiance, et aussi le sentiment qu'il allait s'agir d'une fonction coûteuse en temps et sans rémunération intéressante, ont découragé les candidatures. Aussi la forte proportion de matrones

(15) Cf. A. Mangay-Maglacas, H. Pızurki, 1983, et M. Verderese, L. Turnbull, 1995.

(16) Cf. *Guide de formation des matrones*, ministère de la Santé publique du Niger, 1984.

ayant des liens de parenté avec le chef de village (15/20 dans notre enquête) ne manifeste-t-elle pas en l'occurrence un quelconque népotisme villageois, mais au contraire le fait que, sommés de désigner quelqu'un, nombre de chefs ont demandé à leur femme, leur nièce, leur tante ou leur sœur de bien vouloir se dévouer : « Des docteurs (*lokotoro*) sont venus, ils ont dit qu'ils voulaient des femmes du village pour apprendre le travail des docteurs (*lokotoro tarey*) [...]. Un jour ils sont arrivés pour nous prendre pour nous amener (en stage) à Dosso. Je n'en avais pas du tout envie. Mais c'était le chef de village qui m'avait demandé d'y aller, et je ne l'ai pas contrarié parce que c'est mon oncle. »

Parfois, en particulier dans les villages où il y avait une « coupeuse de cordon » plus ou moins attitrée et de bonne réputation, il n'y pas eu débat, et celle-ci a été en quelque sorte désignée d'office par les femmes ou par la population. Désignées par consensus ou par le chef, beaucoup de matrones sont d'anciennes « accoucheuses traditionnelles ». Mais, désormais, elles doivent leur titre de « *matron* » à leur départ en stage, quelle que soit la durée ou l'ancienneté de celui-ci : « La formation que nous avons reçue a été dirigée par une Blanche. Elle nous a montré la tête et nous a demandé ce qu'elle comportait. Nous avons répondu qu'il y a les yeux, les oreilles, le nez, les dents. Elle a demandé pour les mains. Nous avons dit qu'il y a cinq doigts. Et pour les pieds, nous avons dit qu'il y a cinq doigts. C'est comme ça qu'elle nous a formées. »

Accoucher avec ou sans l'aide de matrones

Nous n'avons pas compétence pour juger de la qualité des formations reçues. Elles semblent variables, de trois jours minimum à quinze jours maximum, parfois effectuées il y a plus de vingt ans. Rares sont les cas de recyclages. Menée auprès de vingt matrones et de vingt-six femmes ayant récemment accouché dans les huit villages investigués, notre enquête, dont les conclusions recourent les diverses observations que nous avons faites depuis plusieurs années dans bien d'autres villages nigériens, fait ressortir clairement que le rôle des matrones se limite pour l'essentiel à quatre fonctions possibles :

- une assistance à l'accouchement, qui, le plus souvent, n'offre guère de compétence supplémentaire particulière par rapport aux accoucheuses « traditionnelles » (dans la mesure où les gestes innovants introduits avec succès par le biais des matrones sont désormais reproduits aussi par les accoucheuses traditionnelles) ;
- un accompagnement éventuel de la parturiente vers le dispensaire en cas de problème, avec souvent une participation, parfois déterminante, à la décision de ce type d'évacuation de proximité ;
- une déclaration de naissance au dispensaire pour les enfants nés à la maison ;
- un rôle, pour certaines, d'auxiliaires d'un infirmier ou d'une sage-femme, permettant l'acquisition de compétences nouvelles, parfois investies aussi dans des accouchements « à la maison ».

On peut présenter de la manière suivante la diversité des situations que l'on rencontre, à partir de l'investigation systématique que nous avons menée sur cinquante-cinq cas d'accouchements récents.

Accouchement à domicile

En cas d'accouchement « à la maison » (généralisé dans les villages sans dispensaire qui sont la majorité, et encore fréquent, sauf usage de la contrainte, dans ceux qui n'en ont pas), diverses possibilités se présentent. Si l'accouchement se passe normalement (en particulier si le travail n'est pas considéré comme trop long), soit on n'a

pas recours à la matrone (cas de villages où chaque famille a ses accoucheuses traditionnelles), soit on l'appelle seulement après l'expulsion, essentiellement comme « coupeuse de cordon » : c'est le cas de plus de la moitié des accouchements auxquels les matrones interrogées ont procédé (32/55). En ce cas elle lavera aussi le placenta et l'enterrera, elle lavera le nouveau-né et la mère, mais ce sont des tâches que les autres vieilles femmes peuvent faire aussi. Elle peut être aussi appelée pendant le travail, parce qu'elle est voisine ou que c'est une parente, parce qu'elle a particulièrement bonne réputation, ou parce que l'habitude commence à se prendre chez les plus jeunes de demander son assistance pour l'accouchement en raison des conseils des infirmiers lors des consultations prénatales.

Dans les trois cas, c'est la matrone qui devra aller faire ultérieurement la déclaration de naissance au dispensaire le plus proche (éventuellement avec la mère, s'il y a un problème ; nécessairement avec le nouveau-né, qui sera examiné et vacciné par l'infirmier). Cette fonction de type bureaucratique est sans doute la principale raison du recours aux matrones, et est à l'origine du fait que, dans certains villages, elles aient désormais acquis le « monopole » du « coupage de cordon ». Si l'accouchement à domicile a eu lieu dans un village qui comporte un dispensaire, la matrone amène immédiatement le bébé auprès de l'infirmier(ère) pour les premiers soins (vaccinations entre autres). La mère n'y va pas, sauf si elle ressent quelque chose d'anormal.

Si l'accouchement pose problème (travail trop long ou trop douloureux), la matrone est très souvent appelée. En général, elle ne procède pas à des manipulations particulières, mais aux gestes et pratiques habituelles des accoucheuses traditionnelles (massages, attouchements, ligature de la poitrine « pour que l'enfant ne remonte pas »). On débouche souvent sur une évacuation de la femme en charrette vers le dispensaire, accompagnée parfois par la matrone (sept cas sur vingt-cinq étudiés). Celle-ci participe en général à la décision d'évacuation.

Accouchement au dispensaire

Certaines matrones « travaillent » quasiment en permanence au dispensaire et servent alors réellement d'auxiliaires (avec « tours de garde ») aux infirmiers(ères) qui procèdent à l'accouchement. Seules ces matrones, parce qu'elles sont confrontées à de fréquents accouchements (à la différence d'une matrone ou d'une « accoucheuse traditionnelle » de village, qui n'assistent que peu de femmes chaque année), et qu'elles observent les pratiques des infirmiers(ères) pendant tout le travail et en cas de problèmes, peuvent éventuellement acquérir peu à peu la compréhension de certaines complications, voire la maîtrise de certaines manœuvres obstétricales très simples (perçement de la poche des eaux, version par manœuvre externe, mesure de la dilatation, réanimation du nouveau-né). Certaines peuvent réinvestir ces compétences dans des accouchements « à la maison » : « Tout ce que je sais je l'ai appris au dispensaire. En fait, les matrones qui ont fréquenté le dispensaire en savent beaucoup plus que celles qui sont en brousse [...]. Avant, si un enfant ne respirait pas à la naissance, on disait qu'il était mort et on allait l'enterrer. Moi, maintenant, je lui souffle dans la bouche et dans les narines, je lui masse la poitrine, je lui plie les pieds sur le ventre. Si la respiration peut venir, elle viendra. J'ai vu faire l'infirmier, et je fais comme lui. »

Les tâches spécifiques des matrones

En fait, les matrones, dans leurs divers stages, n'ont jamais reçu de formation particulière en obstétrique (aucune n'a appris à mesurer la dilatation du col, par exemple).

En cas de complication, elles n'ont à leur disposition (sauf celles qui se sont formées « sur le tas » au dispensaire) que – outre les prières – quelques « trucs traditionnels », et ne jouent donc de rôle particulier que pour éventuellement recommander l'évacuation vers le dispensaire rural. Par contre, elles ont appris quelques gestes usuels simples, non pratiqués traditionnellement, et qui demandent des objets ou des produits spéciaux : couper le cordon avec une lame de rasoir, ne pas laisser le nouveau-né par terre, désinfecter la plaie, mettre de l'argyrol (si on en a) dans les yeux du nouveau-né, dégager les voies respiratoires, amener le nouveau-né au dispensaire pour les vaccinations. Couper le cordon avec une lame et ne pas laisser l'enfant naître à même le sol sont en fait les deux grandes innovations de prévention du tétanos néonatal partout passées dans les mœurs : « Avant, il n'y avait pas de lame de rasoir, on coupait le cordon avec une tige de mil » ; « Avant, la femme s'agenouillait par terre et accouchait, l'enfant tombait sur le sol. Maintenant nous ne le laissons pas toucher terre, nous l'interceptons avant. » Les lames sont parfois fournies par les matrones, souvent par les parturientes. Dans les deux cas, elles sont fréquemment usagées.

Aujourd'hui, même là où il n'existe aucune matrone, le cordon se coupe désormais avec une lame, et l'on accouche agenouillée sur une natte. A cet égard le « message est passé ». Mais, de ce fait, en dehors de leur « officialisation », rien ne distingue non plus « techniquement » les matrones des autres accoucheuses non « formées », d'autant que les autres éléments appris au cours de leurs formations restent en général lettre morte pour diverses raisons (17). Par exemple, l'accouchement en position gynécologique, qui a souvent été recommandé au cours des stages, n'est évidemment jamais pratiqué à la maison. La position agenouillée, préférée par les femmes, est seule utilisée.

En ce qui concerne le désinfectant et l'argyrol, si six matrones sur vingt interrogées avaient l'un ou l'autre produit, seules trois matrones sur vingt détenaient les deux produits (sur ces trois, deux venaient de les obtenir à la suite d'un stage, et ne s'en servaient pas, le village ne faisant jamais appel à elles...). Manifestement le réapprovisionnement ne se fait pas facilement auprès des dispensaires. La raison financière est le plus souvent invoquée :

- « Tu as la caisse à pharmacie qu'on t'a donnée ?
- Elle est là.
- Tu t'en sers ?
- Je m'en sers, sauf que maintenant il n'y a plus de produits.
- Tu n'en achètes pas ?
- Avec quel argent ? »

Une matrone n'en vaut pas une autre

Le facteur personnel intervient de façon non négligeable. Non seulement la compétence varie largement, mais aussi interviennent des facteurs d'ordre personnel, social, moral. On ne fera pas appel à certaines matrones parce qu'elles sont considérées comme médisantes ; d'autres, on dira que leur « main n'est pas bonne ».

Telle matrone refusera d'accoucher les filles non mariées : « Si on m'appelle pour faire accoucher une fille qui est tombée enceinte n'importe comment, cela m'embarrasse beaucoup, j'ai même refusé d'y aller, car je sais que si les marabouts l'apprennent, ils diront que ce n'est pas le chemin qu'il faut suivre et qui est

(17) Notons que, en ces temps de menace de sida, non seulement l'usage de gants est inexistant pour les matrones, mais aussi que la nécessité d'une telle protection leur est inconnue

dans le Coran [...]. Avant, même pour le premier vagissement d'un bâtard, les gens se sauvent, car on dit que celui qui l'entend ira en enfer [...]. C'est l'infirmier major qui m'a obligée à m'en occuper, il dit que nous n'avons pas le droit de les discriminer ainsi. Pourtant, y aller, c'est un péché, mais c'est sur l'infirmier major que le péché sera, puisqu'il m'a obligée. »

Les rapports de parenté ou d'aïnesse interviennent aussi, mêlés à des facteurs personnels. Ainsi certaines matrones n'accoucheront jamais leur bru, d'autres le feront. La disponibilité est bien sûr une qualité recherchée. Signalons enfin que les matrones ne collaborent pas et n'échangent pas entre elles, le plus souvent, et que c'est en fait « chacune pour soi ».

Les rétributions des matrones ne sont le plus souvent pas tarifées, dépendent de la bonne volonté des gens, et sont en fait fort variables. D'une façon générale, elles vont de 100 francs CFA à 1 000 francs CFA, sans compter le don éventuel de mil, de savon, et de viande le jour du baptême. Dans certaines sessions de formations de matrones, les instructrices ont même affirmé qu'une partie du mouton du baptême leur revenait de droit. Ceci est bien loin d'être appliqué, et est même combattu par certains marabouts. Au total, si la tendance générale des matrones est de se plaindre, ou d'évoquer un temps révolu plus généreux, les propos sont en fait assez divers. De façon générale, les matrones soulignent la contradiction entre leur fonction quasi « officielle » (choisies « par le gouvernement », « formées » par lui, assumant à sa demande une tâche d'intérêt collectif), et leur absence de salaire. Elles revendiquent un statut clair, avec ses avantages symboliques et matériels.

● Les évacuations

L'évacuation en cas de complication est évidemment le principal moyen de réduire la mortalité et la morbidité maternelle grave dans les campagnes. En fait l'évacuation comprend en général deux étapes. Nous parlerons d'évacuation A dans le cas d'une évacuation où un travail a commencé « à la maison », et où des difficultés obligent à amener la parturiente au dispensaire (que celui-ci soit situé dans son village ou dans un autre). Nous parlerons d'évacuation B (référence) pour les évacuations partant d'un dispensaire vers une structure de référence (on aura parfois deux références successives). Il y a évidemment une différence fondamentale entre ces deux niveaux. L'évacuation A est décidée par des acteurs villageois, dans le cas d'un accouchement commencé localement, et consiste à amener la parturiente dans un dispensaire rural (en général en charrette). L'évacuation B est une évacuation médicale, décidée par un infirmier(ère) ou une sage-femme, vers une structure hospitalière urbaine (en général en voiture). Bien sûr une évacuation A peut déboucher sur une évacuation B. Nous avons présenté en préambule un cas d'évacuation. En voici deux autres, d'ordre différent, parmi les vingt-cinq recensés.

La mort de Mariama

Mariama, âgée de 37 ans, est mère de six enfants, et habite au quartier Belande Kayna, du village de Belende, où il y a un dispensaire. Elle n'a jamais rencontré de problèmes dans ses grossesses antérieures. Elle les conduisait jusqu'à terme et a toujours accouché dans la discrétion, autrement dit c'était après l'accouchement qu'elle avertissait la matrone pour que celle-ci vienne couper le cordon. Sa belle-mère affirme que « Mariama n'a jamais manqué les consultations prénatales ». Son mari est parti « en exode » lorsqu'elle en était au cinquième mois de sa nouvelle grossesse. Le jour du drame, sa belle-mère raconte : « Mariama, dans l'après-midi, a pilé

sa farine pour le repas du soir, après elle s'est retirée dans sa chambre. Au crépuscule, comme j'ai remarqué son absence de la cour, j'ai envoyé sa fille s'enquérir de ses nouvelles. C'est ainsi qu'elle est revenue me dire que sa mère souffrait de maux de tête. L'instant d'après, Mariama m'a fait appeler en disant qu'elle est en train de perdre du sang et qu'elle n'a jamais vu pareil cas. J'ai donc aussitôt envoyé sa fille avertir la sœur de Mariama qui est au quartier Zarmay. »

Cette dernière arrive, constate la situation, et appelle la matrone, qui habite à proximité. Celle-ci vient aussitôt, et, impressionnée par l'hémorragie, demande qu'on apprête une charrette pour évacuer la parturiente, sans intervenir.

Mariama ne peut monter d'elle-même dans la charrette tant elle est épuisée par l'hémorragie. Parmi les accompagnants, il y a deux de ses sœurs, un frère contacté en cours de chemin, et la matrone. La présence du frère est justifiée ainsi par la sœur de Mariama : « en cas de besoin, on peut l'envoyer chercher telle ou telle chose en ville, ce qu'une femme ne peut faire vu l'avancée de la nuit ».

Après l'admission de Mariama au dispensaire, sa sœur va demander du *hantum hari* (eau ayant lavé des écritures coraniques) auprès d'un de leurs frères, marabout : « J'étais à la mosquée pour la prière de 20 heures lorsque notre sœur est venue m'informer et m'a demandé de les aider avec le « *Irkoy Nwaray* » ; pour des cas pareils, il y a des versets spéciaux. » Mais l'eau sainte, pas plus que le sérum de l'infirmière, n'a d'efficacité. Le sang continue de couler. L'infirmière fait sortir l'enfant, qui est mort-né, la matrone coupe le cordon, et le cadavre est enterré immédiatement.

L'infirmière ne désarme pas, et fait des va-et-vient entre sa maison et le lit de Mariama au dispensaire, pour surveiller la perfusion. La première étant finie, elle en place une seconde. Aucune tentative d'évacuation vers l'hôpital ne semble avoir été envisagée. Mariama dit à sa sœur de lui enlever la perfusion, car elle sait que la mort arrive. Aux environs de 23 heures, elle rend l'âme.

L'enfant mort-né de Santou

Malgré sa grossesse avancée, Santou, qui habite Belende, et dont c'est la première grossesse, vaque à ses occupations quotidiennes. « Si tu vas à la consultation, l'infirmier te dit de ne pas faire les travaux pénibles tels que prendre un seau d'eau, alors qu'au village, tant que tu te portes en bonne santé, tu vas travailler. Si tu refuses de le faire on te traitera de paresseuse, tu seras couverte de honte, car autour de toi, toutes tes camarades qui sont dans le même état travaillent. »

Un jour, Santou a de fortes douleurs au ventre, mais cela ne l'empêche pas de continuer ses tâches domestiques. Santou ne pense pas qu'il s'agisse du début du travail : « j'ai cru que c'était dû aux travaux que je venais d'effectuer au champ ».

Les douleurs redoublent d'intensité et s'accompagnent d'une perte de sang. Cela dure toute une demi-journée.

Elle se confie à une amie qui, elle, a déjà accouché, et qui lui dit d'aller au dispensaire. Santou s'y rend dans l'après-midi en compagnie de son amie. Là l'infirmier fait un toucher et lui donne quelques comprimés. Santou repart ensuite et va chez sa mère, dans un quartier voisin, Sillance. La situation les inquiète toutes les deux. Toute la nuit Santou a mal au ventre. Son mari est mis au courant, mais ne s'alarme pas, parce que c'est le travail. Le lendemain Santou et sa mère vont au dispensaire. L'infirmier l'examine à nouveau, il lui fait une injection, et lui prescrit une ordonnance. A l'époque Belende ne disposait pas de dépôt pharmaceutique, le dépôt se trouvait à Falmey, à 17 km. Le mari part à Falmey y chercher les médicaments. Entre temps Santou continue de souffrir. Le major lui fait encore une injection pour accélérer la délivrance, mais en vain. « Il m'a fait la piqûre à midi, je me suis alors

couchée, vers l'après-midi l'enfant a tenté de sortir, je me suis agenouillée, l'enfant s'est retourné, sa main est sortie, l'infirmier a tout fait mais il n'a rien pu faire, parce que l'enfant est sans vie. »

Devant l'échec de ses tentatives, l'infirmier décide alors d'évacuer la parturiente sur Birni : « l'enfant s'est placé de travers » (*a garu*). Il se charge de négocier gratuitement un véhicule de transport dans lequel Santou, sa mère et l'infirmier prennent place (normalement le transport de Belende à Birni coûte environ 750 francs CFA).

Ils arrivent à Birni avant la tombée du soir. Là, il n'y a que des infirmiers, pas mieux formés ou équipés que l'infirmier de Belende. « Presque tous les infirmiers ont essayé, l'enfant n'a pu se retourner, sa main qui était sortie n'a pu être refoulée, la peau s'est même arrachée ; aux environs de la prière du soir, on m'a évacuée sur Dosso. » L'infirmier de Belende est retourné à son poste, laissant Santou et sa mère faire le reste de l'itinéraire (39 km).

A Dosso, Santou est immédiatement introduite en salle d'opération pour y subir une césarienne. « Lorsque les gens se préparaient à me faire l'opération l'enfant s'est retourné, Dieu a ainsi facilité les choses, l'enfant est tombé, mais il était mort. »

Le mari, qui était absent pendant l'évacuation sur Birni, s'est entre temps rendu à Birni, puis a continué pour la rejoindre à Dosso tard dans la nuit. Le lendemain il va enterrer l'enfant au cimetière. Santou est hospitalisée pendant six jours durant lesquels on lui a fait des injections et donné des comprimés.

Le mari dit avoir dépensé 15 000 francs CFA. Durant tout l'épisode la mère de Santou a fait dire des versets coraniques.

Le parcours type

En cas de difficultés, si l'accouchement se passe à la maison, la matrone est normalement appelée, et joue un rôle dans la décision d'évacuation, dans le concert familial. Le plus souvent la matrone n'essaie aucune intervention, et dirige la femme directement vers le dispensaire, le parcours se faisant généralement en charrette (évacuation A). L'évacuation doit avoir l'aval du mari. Plusieurs membres de la famille accompagnent la femme en travail. Au dispensaire, l'infirmier(ère) procède le plus souvent à l'accouchement. Cependant, s'il ne réussit pas, il décidera de référer la parturiente à la circonscription médicale (CM) dont dépend le dispensaire (évacuation B). Les frais de transport sont à la charge de la famille. Parfois l'infirmier du village fait appel à un véhicule de transport en location, parfois il va chercher l'ambulance dans un poste médical plus ou moins éloigné. Les frais exigés peuvent s'élever jusqu'à 15 000 francs CFA, ce qui est beaucoup pour des paysans : « C'est l'infirmier qui va chercher (en mobylette) l'ambulance jusqu'à Falmey (à plus de 15 km). Il faut que tu payes les frais d'essence (de la mobylette, puis de l'ambulance). Si tu n'as pas d'argent, tu vas mourir. »

La mobilisation de moyens financiers à travers le réseau familial dans le village est souvent la première phase de l'évacuation. C'est un des rôles que les hommes jouent dans les évacuations (A et B). Il faut qu'il y en ait au moins un qui soit accompagnant. En effet, il faudra déboursier l'argent du transport car « un voyage comporte plusieurs surprises, c'est pourquoi il faut toujours se munir d'argent pour partir » ; de plus, « pour certaines commissions, les hommes sont plus efficaces que les femmes. Les femmes, elles, sont efficaces dans l'assistance. Si par exemple, il s'agit d'aller chercher quelque chose tard dans la nuit, c'est un homme qui est indiqué [...]. Il se peut aussi qu'il y ait une mort, c'est l'homme qui fera le nécessaire pour l'enterrement ».

Par contre, il semble que le chef de village soit peu ou pas concerné. En fait, l'unité d'interconnaissance pertinente est le quartier. Les gens d'un même quartier savent ce qui se passe dans leur quartier (y compris les accouchements, et leurs éventuels problèmes), et beaucoup moins ce qui se passe dans les autres quartiers du même village.

Un des problèmes des évacuations B est lié au passage obligatoire par la structure supérieure, selon le modèle dispensaire rural (CSI) – circonscription médicale – hôpital régional. Or seul l'hôpital est équipé pour des césariennes, et souvent l'échelon intermédiaire n'a guère plus de moyens et de compétences à sa disposition que le dispensaire rural : cependant il faut passer par lui (avec des parcours de plusieurs dizaines de kilomètres, et les conséquences que cela comporte en termes de coûts et de délais) avant d'être dirigé sur l'hôpital.

L'analyse des vingt-cinq cas de complications avec évacuations que nous avons recueillis révèle quelques écarts par rapport à ce parcours type, tout en le confirmant dans les grandes lignes. Les causes, qui ne sont connues que pour vingt-quatre cas, sont les suivantes :

– 13 pour « travail long » (dont 1 correspond à une mauvaise présentation de la tête non perçue par l'entourage). C'est donc de loin la principale cause d'évacuation par les familles. Il semble cependant difficile de fixer une durée standard à partir de laquelle le travail est perçu comme « trop long » et inquiétant (18) ;

– 4 pour mauvaises présentations (2 de la tête, 1 par la main, 1 par le pied) ;

– 3 pour hémorragies (dont 1 cas avec décès de la mère et de l'enfant) ;

– 3 pour rétention placentaire (dont 2 après avortement, et 1 cas non perçu comme rétention) ;

– 1 cas d'éclampsie (diagnostiqué par l'infirmier, et non connu par l'entourage).

L'initiative de l'évacuation (n = 22) a été prise :

– 8 fois par la parturiente elle-même (ce qui montre que souvent celle-ci ne joue pas un rôle passif et que son inquiétude est prise en compte) ;

– 6 fois par une matrone ;

– 4 fois par le mari ou par le père ;

– 4 fois par la mère, la belle-mère ou la grand-mère.

Pour les évacuations A (n = 25), le moyen de transport utilisé a été :

– 13 fois, la charrette (dont 7 fois avec la charrette familiale, 4 fois avec une charrette empruntée et 2 fois avec une charrette louée) ;

– 5 fois, une voiture (la place en voiture a été 1 fois gratuite, 4 fois payante) ;

– 7 fois, à pied (le dispensaire était dans le village).

En sept occasions, la matrone a fait partie des accompagnants.

Pour les cinq évacuations B, deux ont transité par les circonscriptions médicales (CM), pour être ensuite réorientées vers l'hôpital départemental (CHD). Dans trois cas la matrone a suivi, et en deux occasions il a été fait appel à une ambulance.



Éléments d'une solution

Si l'accouchement se déroule normalement, le fait qu'il se produise à la maison dans des conditions traditionnelles semble parfaitement acceptable, mais en revanche, en cas de difficultés sérieuses, le seul recours est l'évacuation, dans la mesure où les

(18) « La notion de travail long est bien difficile à préciser, même pour certains professionnels [...]. Pour les patientes, le travail commence dès les premières douleurs qui peuvent correspondre au « faux travail » caractérisé par des contractions utérines irrégulières, [...] sans véritable dilatation », in Vangeenderhuysen et Mounkaila, 1997, p. 53.

« savoirs populaires » en matière d'obstétrique sont, on l'a vu, fort limités d'un point de vue biomédical, et ne permettent absolument pas de faire face à des complications de façon efficace. Or, partout l'évacuation est un problème, qui devient dramatique pour les villages isolés et éloignés des routes et dispensaires.

D'autre part, des décennies de formation de « matrones » par des projets (car de telles formations continuent à être mises en place par diverses institutions ou ONG) ont produit peu d'effets, hormis la généralisation de l'usage de lames de rasoir pour couper le cordon, et n'ont que très peu contribué à lutter contre la mortalité maternelle : seule leur éventuelle participation positive aux décisions d'évacuation (de type A) peut sans doute être créditée d'un peu d'efficacité.

Mais les évacuations vers des dispensaires ruraux ne règlent qu'une toute petite partie des facteurs de mortalité maternelle, d'autant plus que les personnels de santé y sont insuffisamment formés, et dépourvus de matériel obstétrical minimal. Une formation spécialisée de ces personnels semble constituer l'un des éléments prioritaires d'une solution. L'autre consiste évidemment dans l'amélioration des moyens d'évacuation rapide et directe vers des plateaux techniques équipés pour des césariennes.

Références bibliographiques

Attama (S.), Seroussi (M.), Kourguéni (A. I.), Koché (H.), Barrère (B.), 1999, *Enquête démographique et de santé, Niger 1998*, Niamey, Care International Niger/Demographic and Health Surveys.

Gallais (A.), Hatias (C.), Le Sueur (P.), 1999, *De la prise en charge de la grossesse dans un département du Niger*, Niamey, Mission française de coopération.

Jaffré (Y.), Moumouni (A.), 1993, « "Etre aveugle". La cécité, entre une définition épidémiologique et sociale », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 86 (4), pp. 295-299.

Jaffré (Y.), Moumouni (A.), 1994, « L'importance des données socio-culturelles pour l'accès aux soins et l'observance des traitements dans la lèpre. L'exemple du pays zarma au Niger », *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 87, pp. 283-288.

Jaffré (Y.), Olivier de Sardan (J.-P.), 1996, « Tijiri : la naissance sociale d'une maladie », *Cahiers des sciences humaines*, 31 (4), pp. 773-795.

Jaffré (Y.), Olivier de Sardan (J.-P.) (dir.), 1999, *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, PUF.

Jaffré (Y.), Prual (A.), 1993, « Le corps des sages-femmes, entre identités professionnelle et sociale », *Sciences sociales et santé*, 11 (2).

Mangay-Maglacas (A.), Pizurki (H.), 1983, *Les accoucheuses traditionnelles dans sept pays*, Genève, OMS.

Olivier de Sardan (J.-P.), 1982, *Concepts et conceptions songhay-zarma (histoire, culture, société)*, Paris, Nubia.

Olivier de Sardan (J.-P.), 1994, « La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger », *Sciences sociales et santé*, 12 (3), pp. 15-45.

Souley (A.), 1999, « Trois entités hausa parentes : zahi, sanyi et shawara », in Y. Jaffré, J.-P. Olivier de Sardan (dir.), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, PUF, pp. 273-289.

Vangeenderhuysen (C.), Mounkaila (N.), 1997, *Enquête multicentrique MOMA sur la mortalité et la morbidité grave au cours de la grossesse. Résultats du Niger*, Niamey, ministère de la Santé publique.

Verderese (M.), Turnbull (L.), 1995, *L'accoucheuse traditionnelle dans la protection maternelle et infantile et la planification familiale*, Genève, OMS.

Nutrition et alimentation en Afrique au sud du Sahara

Les défis du XXI^e siècle

Bernard Maire*
et **Francis Delpeuch***

A s'en tenir aux chiffres bruts, la situation alimentaire et nutritionnelle en Afrique subsaharienne donne l'image, au fil des décennies, d'une tragédie humaine permanente. La production alimentaire peine à s'améliorer, tandis que la poussée démographique reste forte, et l'état nutritionnel des populations paraît se dégrader, alors qu'il s'améliore partout ailleurs dans le monde. D'où des scénarios catastrophes envisagés à plus ou moins long terme si rien ne bouge, au moins pour une partie du continent. Ce constat ne laisse pas d'interpeller : les causes sont-elles spécifiques ? S'agit-il seulement de situations de sécheresse récurrente, de conflits armés ou de paupérisation extrême dans un contexte de crise économique persistante, qu'on ne rencontrerait pas ailleurs ? Ou peut-on espérer, ici comme ailleurs, que les éléments peuvent rapidement être réunis pour inverser la tendance à plus ou moins brève échéance, et à quelles conditions ?

Il n'est pas facile de répondre de manière simple et certaine aux questions qui se posent. La situation est beaucoup plus complexe et diversifiée qu'il n'y paraît de prime abord, selon les problèmes de santé publique liés à l'alimentation (1) que l'on considère, qu'il s'agisse de la croissance et du développement des jeunes enfants, des carences en micronutriments, de la sécurité alimentaire, voire de la nutrition des personnes âgées ou des maladies chroniques émergentes ! Du moins peut-on amener un certain nombre d'éléments qui aident à comprendre la situation et permettent de contribuer au débat sur son évolution possible.

* Nutritionnistes, IRD, Montpellier.

(1) Le terme alimentation, pris dans son acception internationale classique, se réfère au niveau des disponibilités en aliments accessibles, sans danger et de bonne qualité pour une population dans son ensemble ; en le comparant aux besoins physiologiques estimés en énergie ou en divers composants nutritionnels, on évalue la fraction de cette population qui peut être confrontée à une situation de sous-alimentation ou d'alimentation déséquilibrée, notamment en micronutriments (ce que l'on nomme aussi « faim invisible »)

Le terme nutrition exprime l'état de santé résultant dans la population de son alimentation, mais aussi de la fréquence et de la gravité des maladies infectieuses qui modifient l'influence de l'alimentation. Ces deux déterminants immédiats sont eux-mêmes dépendants de très nombreux facteurs relevant des modes de vie individuels et sociaux, des politiques conduites dans différents domaines et des ressources disponibles. L'appréciation de la situation nutritionnelle d'une population recouvre la prise en compte simultanée de l'ensemble de ces facteurs.

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Situations nouvelles ?

155



L'état des lieux

Croissance et développement des jeunes enfants

La malnutrition peut atteindre les individus à tous les âges de la vie sous des formes diverses. Il est traditionnel de regarder en priorité la situation des jeunes enfants d'âge préscolaire ; du fait de leur croissance rapide, ils sont plus sensibles à leur environnement que les adultes. Nous disposons aujourd'hui d'une large banque de données (2), qui permet d'apprécier de façon relativement fiable l'évolution de la situation depuis plusieurs décennies. En ce qui concerne la maigreur, les enquêtes nationales les plus récentes indiquent une prévalence moyenne de 9,6 %, ce qui représente environ 11 millions d'enfants trop maigres. Tandis que la région Sud du continent ne rencontre pas de problèmes sérieux (2,9 %), la situation est plus alarmante en Afrique de l'Est (7,2 %), du Centre (8,6 %) et surtout en Afrique de l'Ouest (15,6 %). Ces chiffres sont très préoccupants, d'autant qu'ils n'ont rien de conjoncturel : les données antérieures indiquent en fait une persistance de ces problèmes, avec tout de même une augmentation marquée en Afrique de l'Ouest.

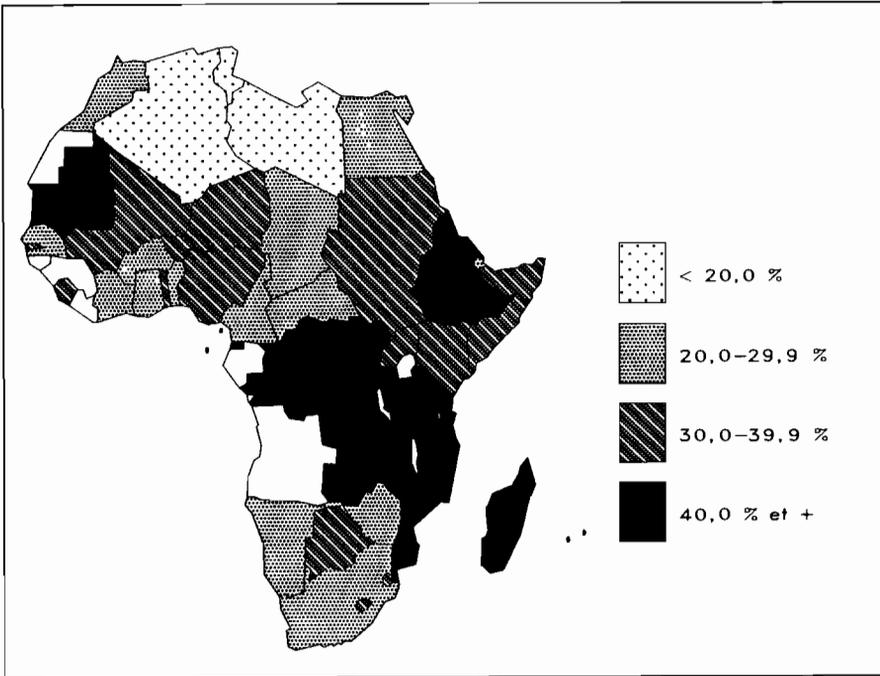
Evolution de la prévalence du retard de croissance en taille lié à la malnutrition chez les enfants préscolaires, dans le monde

Régions du monde	1980		1990		2000	
	%	Millions	%	Millions	%	Millions
Afrique	40,5	34,8	37,8	41,7	35,2	47,3
<i>dont</i> : Nord	32,7	6,0	26,5	5,5	20,2	4,4
Ouest	36,2	9,0	35,5	12,0	34,9	14,7
Est	46,5	12,9	47,3	17,1	48,1	22,0
Asie (Chine comprise)	52,2	173,4	43,3	167,7	34,4	127,8
Amérique latine et Caraïbes	25,6	13,2	19,1	10,4	12,6	6,8
Ensemble pays en développement	47,1	221,3	39,8	219,7	32,5	181,9

Comme l'indique le tableau ci-dessus, on estime qu'environ 33 % des enfants de moins de 5 ans dans l'ensemble des pays en développement, à la fin de ce siècle, présentent un retard de croissance en taille lié à la malnutrition. Si l'écrasante majorité de ces enfants vit actuellement en Asie, principalement en Asie du Sud, la proportion, elle, est globalement la même en Afrique : un peu plus d'un enfant sur trois est affecté. Ces chiffres globaux masquent cependant de fortes disparités entre sous-régions. Ainsi, contrairement à la maigreur, c'est cette fois l'est du continent qui détient les prévalences les plus élevées, parmi les plus fortes au monde, équivalentes à celles de l'Asie du Sud. La partie ouest de l'Afrique, avec une prévalence moyenne de 35 %, présente une situation plus modérée, proche de celle qui prévaut cette fois dans le Sud-Est asiatique. La carte montre la répartition détaillée des prévalences au cours des années quatre-vingt-dix, en fonction des enquêtes les plus récentes, par pays ; cela illustre à quel point, malgré tout, chaque zone reste hétérogène.

(2) WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition, OMS, Genève, 1997. On line : <http://www.who.int/nutgrowthdb>

Répartition des prévalences au cours des années 1990



**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Situations nouvelles ?

157

Sur les vingt dernières années, le retard de croissance a diminué de manière lente mais continue partout dans le monde, sauf en Afrique subsaharienne (tableau). Les prévalences y sont restées du même ordre, tandis que la population s'est accrue, d'où une augmentation de 60 % du nombre d'enfants atteints sur cette période, contre une baisse de 28 % pour le reste du monde. Cette évolution est très inquiétante si l'on considère qu'en dépit d'une révision à la baisse du taux d'accroissement de la population, il faudra compter sur un doublement de la population actuelle au sud du Sahara d'ici 2020. Des pays aussi différents que le Cameroun, le Burkina Faso ou le Ghana sont parvenus à faire baisser les prévalences, tandis que Madagascar, la Mauritanie, mais aussi la Côte d'Ivoire, ont vu leur situation se dégrader. D'autres enfin, comme le Togo ou la Tanzanie, n'ont guère bougé sur vingt ans. Bien entendu, en fonction des circonstances les prévalences ont fluctué plus ou moins largement et certains pays qui ne connaissent pas actuellement une évolution favorable, ont pu, par le passé, connaître des périodes où les taux de malnutrition ont diminué. Identifier et reproduire ces circonstances favorables devrait en théorie permettre d'influer positivement sur l'évolution prochaine.

L'état nutritionnel des enfants plus âgés et des adolescents est encore assez mal connu. Faute de données représentatives, on peut cependant se référer à un certain nombre d'études plus ponctuelles ; elles confirment en général la persistance du retard de croissance, une part de rattrapage étant possible jusqu'à la fin de l'adolescence, la période de croissance se trouvant prolongée par suite d'un délai de la maturation sexuelle. Ce manque d'attention est regrettable si l'on considère l'importance de la nutrition dans l'absentéisme, les faibles performances, le retard ou l'échec scolaire. Enfin le rôle clé de la nutrition des jeunes filles pour leur vie reproductive commence seulement à être perçu à son juste niveau.

La malnutrition chez les adultes

Les estimations actuelles pour l'Afrique indiquent une fréquence de 15 % environ d'adultes maigres, hommes et femmes. Ces taux sont homogènes, autour de 10 à 15 % entre les sous-régions du Sud, de l'Ouest et du Centre, et très élevés dans la partie Est, près de 25 % en moyenne. On est cependant loin des taux de l'ordre de 40 % rencontrés en Inde ou au Bangladesh, mais la situation est tout de même critique.

Cette maigreur existe de façon chronique tout au long de l'année dans certaines conditions ; elle peut aussi apparaître fréquemment chez des individus de poids normal au moment de la période de « soudure », avant les récoltes, à un moment où le faible niveau énergétique de la ration se conjugue à une activité physique intense. C'est habituellement le cas dans les zones rurales de climat soudano-sahélien, à l'ouest comme à l'est ou dans la région Sud. Bien que les changements de poids soient modestes, de 0,5 à 3 kg de poids corporel en moyenne selon les circonstances, ils ont un retentissement immédiat chez les femmes enceintes. Dans les circonstances les plus sévères, cette perte de poids saisonnière n'est pas toujours récupérée à la saison suivante, entraînant un amaigrissement de longue durée chez certains adultes, particulièrement les femmes dont l'activité physique est soutenue tout au long de l'année entre les travaux domestiques et ceux des champs.

La grossesse à cette période s'accompagne d'un risque accru de retard de croissance intra-utérin qui se traduit fréquemment par un faible poids de naissance (< 2,5 kg). Les données dont on dispose indiquent des taux très variables, de 4 à 6 % par exemple au Bénin, au Burkina Faso ou au Sénégal, contre des taux supérieurs à 15 % en Guinée, en Gambie ou en Angola et au Congo (ex-Zaïre). En Afrique de l'Est cela varie également de 4 à 11 %. Ces données sont très incomplètes ; elles portent sur les nouveaux-nés de faible poids de naissance à terme et sous-estiment largement le phénomène réel de malnutrition intra-utérine : il varierait de 10 à 30 % ou plus selon les estimations récentes de l'OMS. D'autres causes peuvent être impliquées, comme le paludisme ; toutefois une expérimentation récente menée en Gambie a démontré qu'une supplémentation des femmes enceintes pendant la mauvaise saison, en milieu rural, permettait de supprimer l'excès de faibles poids de naissance. Or il s'agit d'une cause fréquente de faible croissance du jeune enfant, et cela s'accompagne par la suite d'une plus grande fréquence de mortalité précoce chez le jeune adulte.

On manque d'informations en ce qui concerne les personnes âgées, pourtant un groupe en augmentation régulière. Au Kenya, dans les périphéries urbaines pauvres, 10 à 15 % des hommes et des femmes âgées souffrent d'une malnutrition franche liée à un déficit alimentaire patent. Au Malawi, un quart à un tiers des ruraux de plus de 60 ans, hommes ou femmes, toujours engagés dans des activités agricoles, présenteraient une déficience chronique en énergie. Au Zimbabwe, les observations menées tant en milieu rural qu'en milieu urbain tendent à montrer que le statut nutritionnel des personnes âgées est dépendant avant tout du niveau socio-économique de leur groupe ou de leur région d'appartenance.

Globalement, sur trente ans, l'ensemble des données semble indiquer une augmentation moyenne progressive de l'indice corporel chez les hommes et les femmes de tous niveaux socio-économiques, en dehors des aléas politiques, économiques ou climatiques qui sévissent plus ou moins sévèrement ici ou là. Ainsi on assiste à une lente diminution de la maigreur des adultes dans l'ensemble de l'Afrique mais cela n'exclut pas nombre de situations difficiles : un suivi de cohorte récent à Ibadan, au Nigeria, signale par exemple une augmentation de 14 à 20 % de la maigreur chez les adultes entre 1992 et 1997, accompagnée d'une augmentation significative du taux de mortalité, en liaison avec des restrictions alimentaires. Et ce cas n'est pas isolé.

Les carences en micronutriments

Pratiquement chaque pays africain recèle des groupes de population atteints par une déficience en iode ; les pays les plus touchés sont ceux des régions centrales. La prévalence du goitre était de 16 % pour l'ensemble du continent en 1990 ; elle a peu évolué et reste autour de 17 % actuellement, soit 124 millions de personnes (cela peut aller jusqu'à plus de 60 % dans les zones d'endémie). Mais une réelle prise de conscience du problème et de ses conséquences a permis de mettre en œuvre des programmes spécifiques. Sous l'impulsion forte et soutenue de la communauté scientifique, des organisations des Nations unies et d'ONG, des efforts de traitements médicamenteux (huile iodée), puis de prévention par le sel iodé, ont été réalisés dans une grande majorité de pays. Si seulement 11 des 40 pays d'Afrique subsaharienne ont atteint aujourd'hui un taux d'iodation du sel de cuisine supérieur à 75 %, 22 pays atteignent des taux de 50 % ou plus, et pratiquement tous ont maintenant un programme d'iodation en cours. Le Mali, le Niger et la Mauritanie, avec moins de 10 %, semblent les plus en retard. Le suivi des taux d'iode urinaire, marqueur de la consommation effective d'iode, dans une dizaine de pays sentinelles, indique que les programmes commencent à porter leurs fruits. Si l'effort se poursuit, ce qu'il reste à surveiller attentivement, on peut envisager une quasi-disparition à un terme raisonnable de cette carence, là comme ailleurs dans le monde. C'est un exemple de ce qui est possible en Afrique dès lors que solutions techniques et volonté politique se conjuguent pour modifier la situation sans attendre des jours meilleurs sur le plan économique.

La carence en fer est fortement prévalente en Afrique, surtout dans la bande équatoriale : selon l'OMS, elle atteindrait globalement 70 % de la population. Elle est responsable d'une anémie chez 40 à 60 % des enfants et des adultes selon les régions. On ne dispose pas de données suffisantes pour évaluer si cette endémie évolue actuellement dans un sens ou un autre. De nombreux programmes de supplémentation en fer/folates et/ou de lutte antiparasitaire associée ont été lancés ; peu ont toutefois une envergure nationale, et les conditions de réalisation sont encore loin d'être optimales.

Les taux d'atteinte clinique et subclinique de carence en vitamine A chez les préscolaires, dans les années quatre-vingt-dix, sont de l'ordre de 45 % pour l'ensemble de l'Afrique (seuil OMS d'endémie : 10 %) ; ils vont de 20 % en Namibie ou au Cameroun, à environ 30 % en Afrique du Sud, au Botswana, au Kenya ou au Nigeria, 37 % en Côte d'Ivoire, plus de 50 % au Ghana et excèdent enfin 70 % au Lesotho ou dans certaines régions du Mali ou du Burkina Faso. Les populations des régions des franges de climat sahélien sont évidemment les plus à risque, au moins sur une base saisonnière. L'évolution récente serait plutôt vers une baisse générale par suite des programmes entrepris ; à ce rythme, encore très lent, on pourrait envisager une élimination des formes cliniques de cette carence autour des années 2015-2020. Pour autant, les progrès restent fragiles et certains pays, comme le Niger, ces dernières années, démontrent plutôt une dégradation de la situation.

Les programmes d'intervention allient la supplémentation médicamenteuse pour les individus les plus à risque, notamment au cours des séances de vaccination (et donc fonction du taux de couverture vaccinale, qui tend à décroître dans un certain nombre de pays africains ces dernières années), à une approche alimentaire : aliments naturellement riches en carotènes (par exemple huile de palme, mangues ou papayes), ou spécifiquement enrichis. Cette dernière stratégie nécessite une coordination étroite avec le secteur privé, seul capable de générer et de distribuer les produits adaptés aux populations concernées. En Zambie, une entreprise privée a récemment lancé sur le marché du sucre enrichi en vitamine A, et il est envisagé de le faire pour la farine de maïs ; le Zimbabwe vient aussi de procéder à des essais de ce type.

Ce sont pour l'instant les seuls pays engagés dans cette voie. L'intérêt de telles stratégies est double : elles sont plus durables et moins coûteuses que la supplémentation : l'enrichissement en vitamine A de la farine de maïs en Zambie reviendrait approximativement à 1 franc par enfant et par an.

Nutrition des personnes déplacées

L'Afrique subsaharienne a payé un lourd tribut ces vingt dernières années aux violences armées. Il est indéniable qu'elles sont une source permanente de faim et de malnutrition ; de larges groupes de population sont brusquement coupés de tout approvisionnement alimentaire, de tout accès aux soins, et sont condamnés, quand ils le peuvent, à fuir sur les routes et à échouer dans des camps de réfugiés où les conditions sanitaires et alimentaires sont, au moins dans un premier temps, rudimentaires.

Après une forte augmentation, les chiffres de réfugiés et de déplacés décroissent légèrement ces dernières années sur le continent ; de 5 millions en 1980, on est passé à plus de 15 en 1993, pour revenir à environ 11 millions en 1998-1999, soit plus de la moitié des cas enregistrés dans le monde.

Fort heureusement, grâce aux progrès considérables de l'action humanitaire, il est devenu tout à fait possible aujourd'hui, techniquement, si l'accès est garanti, d'éviter dans une large mesure la famine, les épidémies et la malnutrition dans ces circonstances. A l'exception des réfugiés somalis au Kenya et en Ethiopie où des taux de maigreur de 20 % ont été constatés, ceux-ci ne dépassent en général pas quelques pour cent ; ils sont même souvent inférieurs à ceux observés dans les pays hôtes comme à Goma, au Zaïre, tout au long de l'année 1996. Il subsiste des difficultés à assurer une alimentation en micronutriments satisfaisante comme l'ont démontré quelques épidémies de scorbut, bérubéri ou pellagre, mais ces questions sont en passe de trouver des solutions.

Les milieux urbains, entre pauvreté et transition nutritionnelle

La proportion d'urbains n'a cessé de croître ; elle approcherait 35 % aujourd'hui au sud du Sahara. La question de l'approvisionnement alimentaire des villes a dominé les débats au cours des années 1980-1990. Cependant, la plupart des études indiquent une situation nutritionnelle meilleure en ville qu'en milieu rural. La maigreur chez l'adulte comme chez les enfants y est moins fréquente, et la prévalence de retard de croissance est en moyenne bien plus faible. Ainsi elle était de 35 % en ville au Nigeria en 1990 contre 45,5 % en milieu rural ; ou encore de 13 % contre 17 % au Zimbabwe en 1993. Les raisons tiennent en général à une meilleure stabilité des approvisionnements alimentaires tout au long de l'année et à un meilleur accès aux soins de santé. Les régimes y sont souvent plus diversifiés et plus riches en micronutriments absorbables. On note toutefois des exceptions, comme Madagascar où les taux sont pratiquement du même ordre (45 %).

Toutefois les aléas économiques des dernières décennies ont atteint les milieux urbains jusque-là relativement préservés et on voit apparaître une pauvreté grandissante en ville qui se traduit aussi par des taux de malnutrition plus élevés. Les études désagrégées par quartiers montrent des différences intra-urbaines aussi fortes que les différences urbain/rural, comme à Dakar en 1996, où les taux de retard de taille variaient de 9 % à 17 % selon les quartiers. Or la population va sans doute doubler d'ici 2025 et jusqu'à 60 % de cette population sera sans doute constituée d'urbains. Il y a là un défi important à relever : si en Ouganda, au Malawi ou en

Tanzanie, une part modeste de la malnutrition se situe en ville (5 à 15 %), cela représente déjà plus de 30 % au Nigeria, en Zambie ou en Mauritanie.

Mais les défis ne s'arrêtent pas là. On observe dans le même temps l'apparition d'un phénomène de transition dans les modes alimentaires, avec moins de fibres, plus de matières grasses et de sucres libres, et, en corollaire, une évolution discrète mais réelle du surpoids, voire de l'obésité et de la pathologie associée dont les maladies hypertensives et cardio-vasculaires ou le diabète ; d'autant que cette évolution s'accompagne d'une diminution marquée de l'activité physique (transport, eau potable à domicile ou proche, aide domestique, télévision). A l'île Maurice, la proportion d'obèses chez les femmes est passée de 10,4 à 15,2 % en cinq ans ; dans la péninsule du Cap, en Afrique du Sud, en 1999, 44 % des femmes présentaient une obésité manifeste. Si les ruraux sahéliens restent épargnés, on peut noter une évolution en ce sens dans des villes comme Bamako ou Dakar, par exemple. Cette transition concerne au départ les plus favorisés, mais très vite elle peut s'étendre à une fraction large de la population. Un pays comme le Congo présentait déjà en 1992 un taux de surcharge pondérale chez l'adulte de 24 % en ville (contre 3 % en milieu rural). Des pays comme le Togo ou le Ghana sont confrontés à une proportion élevée de 20 % également. Les exemples de l'île Maurice et de l'Afrique du Sud ne sont, en aucun cas, représentatifs de la situation actuelle des autres pays africains ; pourtant ils donnent à réfléchir par la vitesse d'évolution dans ce domaine ; le même phénomène s'est produit récemment en Afrique du Nord, au Maroc et surtout en Tunisie comme auparavant dans la plupart des pays d'Amérique du Sud et des Caraïbes. Même si cela ne prend pas encore les allures épidémiques que l'on observe dans d'autres parties du monde en développement, la maigreur coexiste maintenant avec le surpoids dans nombre de villes en Afrique.

Les observations menées ces dernières années au Congo ou au Sénégal nous ont montré que ce phénomène était ralenti par la crise économique, mais que le mouvement de fond était maintenu malgré tout. La surcharge est plus fréquente chez les femmes, qui bénéficient probablement le plus de la diminution d'activité physique liée au mode de vie urbain et elle augmente nettement en proportion de l'âge, par suite d'un phénomène de stabilisation sociale des ménages après un certain âge. Ainsi, dans la banlieue de Dakar, nous avons observé récemment que les femmes jeunes étaient plus souvent maigres (20 %) qu'en état de surcharge (6 %). Mais les chiffres s'inversent progressivement et après 30 ans, les femmes maigres représentent 9 % de l'échantillon, tandis que la proportion de surcharge atteint 35 %.

Cette évolution, encore difficile à percevoir faute de données appropriées, est à suivre attentivement. En effet, une malnutrition au cours des premières années de vie influencerait nettement une évolution par la suite, à l'âge adulte, lorsque les conditions de vie s'y prêtent, vers l'obésité, le diabète et les maladies cardio-vasculaires. On pourrait ainsi s'attendre à une flambée épidémique si les conditions s'améliorent quelque peu ; flambée à laquelle les gouvernements se doivent d'être préparés, compte tenu du coût médical très élevé que cela entraîne à partir d'un certain seuil, mais sans pour autant abandonner la lutte contre les malnutritions par carence !

● L'analyse des causes

Un état de malnutrition chez un individu provient toujours d'un déficit quantitatif ou qualitatif de sa ration alimentaire et/ou d'un mauvais état de santé qui en compromet l'utilisation biologique. Selon les sociétés et les types de malnutrition, un ensemble complexe et variable de facteurs peut concourir à ce qu'une proportion significative d'individus soit en état nutritionnel précaire. Il s'agit de tout ce qui touche à la sécu-

rité alimentaire des ménages, à l'environnement et à l'accès aux soins, ou à des aspects plus spécifiquement sociaux comme la place des femmes, les soins maternels et infantiles, la prise en charge des plus démunis. Plus en amont, le niveau d'instruction, les ressources disponibles et leur répartition inégale, les facteurs d'ordre institutionnel et politique, sont autant d'éléments fondamentaux de la chaîne causale (3).

Peut-on traiter globalement des causes au niveau d'un continent ? Cela a-t-il un sens au vu de la variété des situations rencontrées ? Toutes les analyses de la situation présente comme des évolutions passées confirment qu'un certain nombre de facteurs structurels jouent un rôle à l'échelle de la région africaine : conflits, croissance de la production agricole et de la population, famines récurrentes, niveau d'éducation, place des femmes, conditions d'alimentation du jeune enfant. Pour autant, dans un même environnement, des pays ont des performances différentes par suite de choix politiques en matière d'éducation, de santé ou de soutien au paysan- nat, par exemple. Enfin une part résiduelle non négligeable est attribuable à des facteurs qui interviennent plus spécifiquement au niveau des conditions de vie et des choix faits par les communautés ou les familles elles-mêmes. Il est ainsi nécessaire de prendre en compte chaque niveau et chaque type de causes pour appréhender la complexité des situations africaines. On passera en revue ici quelques grands domaines.

La question alimentaire

Le problème des disponibilités alimentaires, en fonction des facteurs climatiques, de la capacité de production et de l'accroissement de la population, occupe constamment les esprits. Les débats n'en finissent pas entre néomalthusiens pour qui l'avenir ne peut être que catastrophique au vu de l'accroissement démographique, et ceux qui font confiance en une double révolution verte, ou encore ceux qui présentent les biotechnologies comme la nouvelle solution thaumaturge pour tous les problèmes nutritionnels.

Les disponibilités alimentaires en énergie, par habitant, ont globalement augmenté, dans le monde en développement, de 17,7 % entre 1970 et 1990. Elles sont passées de 2 150 à 2 520 kcal/jour/habitant. Dans le même temps, l'Afrique subsaharienne a régressé de 4,7 % en moyenne, passant de 2 140 à 2 040 kcal. Pour expliquer cette persistance du déséquilibre de l'offre et de la demande, on peut bien sûr évoquer les conflits et les graves épisodes de sécheresse qui ont affligé certains pays au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix : ils ont fortement ralenti la production, tandis que l'évolution rapide de la population tire toujours la demande. On peut aussi incriminer des politiques agricoles et économiques mal adaptées.

Les projections pour les vingt prochaines années ne sont pas rassurantes avec un doublement attendu de la population en Afrique au sud du Sahara entre 1995 et 2020. D'après les calculs de la FAO, 200 millions de personnes (43 % de la population) auraient actuellement un accès insuffisant aux vivres, contre environ 100 millions en 1970. Et on pourrait atteindre les 300 millions après 2010. Le pourcentage de la population à risque d'insécurité alimentaire varie de 15-30 % en Côte d'Ivoire, au Sénégal ou au Cameroun, à 30-45 % au Bénin, en Gambie, en Guinée, ou au Ghana, au Congo (ex-Zaïre) et au Kenya, à plus de 45 % en Mauritanie, au Niger, au Burkina Faso ou en Tanzanie. Cependant, l'analyse de l'évolution depuis les années quatre-vingt indique qu'indépendamment du niveau moyen initial d'insécurité alimentaire, les tendances ont pu être aussi bien à la diminution de la

(3) UNICEF, *Care and Child Nutrition*, Theme Paper for the International Nutrition Conference (ICN), 1992

population à risque (Côte d'Ivoire, Mali, Niger) qu'à la hausse (Nigeria, Ghana, Cameroun) : il ne s'agit donc pas d'une simple fatalité structurelle.

Par ailleurs, la sécurité alimentaire d'un pays ne peut pas s'assimiler à l'autosuffisance alimentaire : ce qui n'est pas produit peut être acheté à l'extérieur. Termes de l'échange défavorables, fardeau de la dette, politiques d'ajustement structurel : nombre de pays africains sont incapables dans les circonstances présentes de générer les devises nécessaires pour acheter suffisamment par rapport à leurs besoins ; ainsi l'Afrique est globalement l'une des premières régions au monde destinataire de l'aide alimentaire (une personne sur cinq en dépend). Celle-ci est toutefois en diminution constante, et davantage octroyée au travers de l'urgence ou de programmes de développement spécifiques que destinée à combler un déficit global, ce qui complique la gestion de la sécurité alimentaire à un niveau national.

On ne peut s'empêcher de constater qu'aux périodes où certains pays doivent importer massivement du Nord, d'autres pays africains sont excédentaires. Les surplus du Zimbabwe certaines années correspondaient à la moitié de l'aide alimentaire distribuée par ailleurs sur le continent ! Le manque d'intégration économique régionale et d'harmonisation des politiques économiques freinent le recours à des solutions régionales d'un moindre coût économique et politique.

En réalité, les sommes nationales de personnes en insécurité alimentaire ne sont pas seulement liées à un défaut global de production, mais aussi par exemple à des difficultés d'approvisionnement au niveau local pour des raisons de transport, de coût et d'organisation des marchés, comme à un défaut de solvabilité des ménages. Une question très importante est la gestion des variations annuelles et saisonnières, à l'origine de disettes ou famines cycliques. Au-delà du déficit prévisible de production agricole ou de disponibilités alimentaires à une période donnée, divers signes avant-coureurs indiquent la rupture de l'équilibre local ; ils ont été décrits à diverses reprises : modifications progressives des habitudes alimentaires, migrations d'individus ou de familles entières, vente de biens et endettement. Un système approprié de surveillance peut alors donner l'alerte et susciter une aide alimentaire sur les marchés ou auprès des groupes les plus exposés pour éviter une catastrophe et aider à une reprise de la vie normale. Des pays comme le Botswana ont démontré que des périodes difficiles sur plusieurs années n'engendraient pas forcément des catastrophes humaines comme dans d'autres pays. De nombreux efforts ont été menés en ce sens dans la partie Sud du continent ; ils pourraient être analysés avec profit par les autres régions exposées.

En Afrique, les urbains sont généralement en meilleure position que leurs concitoyens ruraux en matière de sécurité alimentaire ; celle-ci devient tout de même préoccupante chez les urbains pauvres, 60 à 80 % de leur revenu étant directement affecté à l'achat de la nourriture quotidienne. La moindre variation a des retentissements immédiats, surtout en l'absence de filets de sécurité, comme l'a bien montré l'exemple de la dévaluation du franc CFA. L'insécurité est davantage liée à l'instabilité des ressources qu'au chômage strict, grâce au dynamisme du secteur informel. L'agriculture urbaine a de ce fait connu un essor considérable. De même, une part croissante de la dépense est affectée à des aliments achetés dans la rue (50 % à Ile-Ife ; 19 à 27 % selon le milieu socio-économique à Bamako), ce qui permet d'abaisser le coût des repas, parfois au prix d'une baisse de qualité nutritionnelle, et dans certains cas d'une fragilisation des liens familiaux. L'appui à toutes les formes d'activités génératrices de revenus, même informelles, est de nature, là aussi, à contribuer à la sécurité alimentaire de ces ménages. Il doit s'accompagner d'un soutien en matière d'éducation nutritionnelle adaptée aux réalités quotidiennes, permettant de sécuriser au mieux un régime équilibré, notamment en matière d'apports en micronutriments essentiels.

La pauvreté

C'est incontestablement la cause principale de faim et de malnutrition des adultes, et, par voie de conséquence, des enfants. Une étude menée récemment au Ghana a confirmé que la fréquence de maigreur chez l'adulte était fortement liée au niveau socio-économique moyen des groupes de population. De même, les différentes études menées sur la relation entre le niveau de retard de croissance des enfants et le revenu national brut confirment une liaison globale décroissante, avec les taux les plus élevés pour les pays à plus faible revenu (< 1 000 dollars). Dans la plupart des pays, les études régionales révèlent également des taux plus élevés dans les zones les plus pauvres. En Côte d'Ivoire, des enquêtes répétées sur les ménages, entre 1985 et 1993, ont montré que les taux de retard de croissance peuvent doubler chez les enfants nés pendant les périodes de difficultés économiques (abaissement significatif des dépenses des familles).

Les difficultés économiques accumulées par la plupart des pays africains les ont progressivement amenés, sous la houlette des autorités monétaires internationales, à une série de réformes sectorielles et structurelles qui ont conduit de larges couches de la population à se retrouver dans une situation précaire. Il semble y avoir un consensus aujourd'hui sur la rudesse du choc, en dépit des éventuelles mesures d'accompagnement social, pour des économies peu préparées à y faire face et ne disposant pas généralement de « filet de sécurité » pour les plus pauvres. C'est ainsi le futur de plusieurs générations qui a pu être mis en cause (par exemple *via* l'augmentation des faibles poids de naissances et des effets intergénérationnels induits), pour rétablir un équilibre budgétaire momentané. Si aujourd'hui, globalement, la croissance est de retour pour la plupart des pays de la région subsaharienne, il serait nécessaire qu'elle se maintienne à des taux supérieurs à ceux actuels, autour de 4,5 % l'an, pour voir s'inverser les tendances et parvenir à faire régresser la pauvreté accumulée jusqu'ici.

Cependant, pour un même produit national brut, on enregistre des différences significatives entre pays : les taux de retard de croissance sont de 25 % au Cameroun et au Ghana, qui ont un PNB très différent (900 contre 450 dollars environ) ; inversement, l'Ouganda et le Burkina Faso, pour un revenu national proche (< 300 dollars), ont des taux très différents de retard de taille (38 contre 29 %). On remarque aussi que la malnutrition n'est pas systématiquement plus élevée ni son évolution plus défavorable dans les pays les plus affectés par des problèmes climatiques : les taux moyens de malnutrition sont à peu près identiques dans les différentes zones climatiques, qu'elles soient tropicales humides chaudes ou fraîches, ou semi-arides. En fait la malnutrition dépend tout aussi bien de l'investissement des Etats dans les domaines de la santé de base et de l'éducation, par exemple.

D'où de nouvelles politiques de lutte contre la pauvreté à l'ordre du jour, reconnaissant enfin que la pauvreté, pas seulement au sens monétaire, mais aussi dans toutes ses composantes, est un frein majeur à la récupération et au développement de ces économies et qu'un niveau minimum de ressources doit être maintenu en toutes circonstances. Outre l'insécurité alimentaire grandissante, deux tiers des Africains n'ont pas accès à l'eau courante, même si des progrès considérables ont été réalisés ; moins de 60 % des enfants sont complètement vaccinés ; le taux d'illettrisme est un des plus élevés au monde (53 % pour les femmes, 33 % pour les hommes). Si le rôle de la santé est reconnu, celui de l'éducation est insuffisamment perçu. De fait, les pays africains qui ont connu une diminution de la malnutrition sont aussi ceux qui ont fait le plus progresser le taux d'entrée des filles dans le cycle secondaire !

Environnement, maladies, accès aux soins de santé

Des progrès significatifs ont été réalisés dans la prévention et le traitement des maladies infectieuses chez l'enfant, comme en témoigne la baisse spectaculaire de la mortalité infantile en Afrique, même si elle demeure encore élevée (87 pour 1 000 en moyenne). La vaccination, l'amélioration de l'accès à l'eau, la prévention des maladies diarrhéiques ont joué un rôle. L'hygiène de la maison et de l'environnement sont encore un facteur important de maladies et de malnutrition, et sont insuffisamment concernées par les programmes d'intervention jusqu'ici.

Mais les inquiétudes proviennent surtout des restrictions budgétaires sévères de ces dix dernières années dans le secteur sanitaire qui commencent à manifester leur effet sur l'accès aux soins et sur leur qualité. On observe en outre une résurgence inquiétante de maladies que l'on pensait sous contrôle, comme la tuberculose ou le paludisme, avec des formes résistantes aux traitements préventifs ou curatifs habituels. Enfin la pandémie de l'infection par le VIH frappe le continent avec de plus en plus de force. Les conséquences économiques et nutritionnelles commencent à se faire sentir dès lors que les chefs de famille atteints ne sont plus capables d'assurer une sécurité alimentaire au quotidien, que les mères transmettent le virus à leurs enfants en proportion élevée et ne peuvent plus toujours s'occuper d'eux de façon satisfaisante, que le nombre d'orphelins à la charge des communautés va croissant, que le capital de leaders devient significativement érodé par la maladie. Si l'on ne peut attendre de miracles rapides de ce côté, du moins doit-on tout mettre en œuvre pour limiter la diffusion et l'impact de ces maladies. Les activités de nutrition doivent aussi être comprises comme une part de l'effort de santé de la nation : le sida et la tuberculose sont plus virulents en Afrique, semble-t-il, dans la mesure où ils atteignent des populations moins bien nourries.

Les soins maternels et infantiles

Il s'agit de tout ce qui touche à la gestion de l'environnement immédiat de l'enfant pour optimiser son développement : l'ensemble des réactions et pratiques quotidiennes des responsables de son alimentation (préparation et conservation de la nourriture), de sa santé (hygiène individuelle et collective, accès aux soins) ou encore de sa stimulation cognitive et psychosociale. Pour chaque aspect, cela dépend à la fois des ressources humaines (connaissances, croyances, niveau d'éducation et de santé des personnes en charge des différents aspects au sein de la famille), économiques (revenu, temps, contrôle des moyens), ou logistiques (disponibilité alternative d'autres personnes, support affectif, réseau communautaire). Il s'agit d'un domaine essentiel, bien que difficile à mesurer. Ainsi au Ghana, une étude a montré que les taux de retard de croissance allaient de 7 à 24 % selon que les familles présentaient les meilleures ou les moins bonnes caractéristiques dans ce domaine. L'impact est d'autant plus significatif que les familles sont moins éduquées ou ont moins de revenus : le soin aux enfants permet alors de compenser ce manque pour limiter les problèmes de malnutrition.

L'allaitement maternel et l'alimentation de complément au bout de quelques mois après la naissance sont deux aspects essentiels de la prévention de la malnutrition du jeune enfant. Une vaste revue des pratiques dans ce domaine a été réalisée récemment pour l'Afrique (4) ; elle a montré que celles-ci sont loin d'être

(4) M.C. Dop, D. Benbouzid, S. Trèche, B. de Benoist, A. Verster, F. Delpeuch (eds), *Complementary Feeding of Young Children in Africa and the Middle East*, Genève, WHO, 1999

optimales. Ainsi, contrairement aux recommandations, l'allaitement est rarement exclusif au cours des premiers mois (moins de 15 % des cas), d'où des risques élevés de contamination par de l'eau non potable ; en revanche, l'usage du biberon est peu fréquent (5 à 11 % en général, sauf au Nigeria ou en Namibie, où il atteint plus de 30 %) et l'allaitement maternel est poursuivi dans la plupart des pays au-delà d'un an. Il reste essentiel de veiller à ce que les obstacles à la poursuite de l'allaitement maternel, le plus longtemps possible, soient levés, pour contrecarrer une tendance à la diminution. L'implication de l'allaitement maternel dans la transmission à l'enfant de l'infection par le virus HIV a fait l'effet d'une bombe, propre à annihiler des années d'effort pour la promotion de l'allaitement maternel. L'évolution extrêmement rapide de la recherche et de ses applications sur le terrain, dans ce domaine, permet de ne pas sombrer dans le pessimisme pour le plus long terme. Ainsi les organisations des Nations unies mettent en place une série de projets pilotes dans une dizaine de pays avec des traitements courts à base de zidovidine, et bientôt de névirapine, plus efficace et meilleur marché.

L'introduction d'aliments de complément est fréquemment trop tardive en Afrique de l'Ouest, et trop précoce dans les autres régions. Il s'agit généralement d'une bouillie à base de céréales, souvent de faible densité en énergie, comme en un certain nombre de nutriments. Les conditions de préparation sont assez souvent source de contaminations à l'origine de maladies diarrhéiques plus fréquentes. Par ailleurs le nombre de repas est habituellement trop faible. Il est nécessaire de mettre au point des préparations enrichies qui demeurent compatibles en termes de viscosité, de densité et d'ingrédients locaux acceptables pour les mères et les enfants. Un facteur limitant de la consommation de bouillies est la contrainte de temps imposée aux mères, surtout en milieu rural. Un certain nombre de pays ont mis en place des unités de fabrication industrielle de produits vendus à des prix inférieurs aux bouillies commerciales importées, pour les familles qui peuvent les acheter ; mais leur qualité nutritionnelle demeure trop souvent insuffisante et doit être mieux contrôlée.

La place des femmes dans la société

La condition féminine, surtout en milieu rural, reste rude, en Afrique. Une Africaine sur deux accouche avant l'âge de 20 ans et 250 000 mères meurent en couches chaque année. La durée de travail des femmes varie, en Afrique rurale, de 6 à 10 heures par jour, et est systématiquement un peu plus élevée que celle des hommes. Près de 60 % sont impliquées dans des travaux agricoles, tandis que 20 à 50 % du temps des femmes en âge de reproduction est consacré à la grossesse et à la lactation. Assurer leur triple rôle biologique, économique et culturel entraîne notamment des conflits en matière de demande de temps, faute de disposer d'aides technologiques adaptées ; or le temps disponible des mères est un facteur critique jusqu'à l'âge de deux ans, pour la nutrition du jeune enfant. Si la mère exerce son activité dans le cadre de l'entretien de son ménage, l'enfant est moins souvent malade et a une meilleure croissance. Si la mère est trop occupée à l'extérieur, on observe une plus grande fréquence d'anémie, de diarrhées et un ralentissement de croissance. Ceci est particulièrement important lors des saisons difficiles avec beaucoup de travaux des champs, ou pour les femmes, en ville, qui doivent travailler à l'extérieur, surtout lorsqu'elles assurent seules la conduite de leur ménage. Le travail hors domicile concerne 50 % des femmes urbaines actuellement en Afrique, avec des problèmes concomitants de garde d'enfants peu ou pas résolus.

Les femmes enceintes, encore trop souvent surchargées de travail et soumises aux aléas saisonniers, ont fréquemment des gains de poids insuffisants, d'où les chiffres importants de faibles poids de naissance. Une meilleure assistance

prénatale est une condition claire d'amélioration de l'état nutritionnel des mères et de leurs jeunes enfants.

Autre aspect important à considérer : l'éducation des filles ; ce sont elles qui sont en général les premières écartées de l'école en cas de difficultés familiales pour aider à la maison ou vendre sur les marchés. Or, une éducation initiale insuffisante appauvrit chez la mère l'attention au développement de l'enfant et à sa santé, et maintient un environnement familial et social pauvre qui diminue les opportunités d'apprentissage de l'enfant.

L'accès des femmes aux décisions et aux responsabilités au niveau familial comme au niveau des communautés reste insuffisant. Alors qu'elles sont très largement engagées dans des travaux agricoles, très peu jusqu'ici ont eu accès à des formations en agriculture. Or, dès lors qu'elles ont accès à la connaissance et qu'elles peuvent prendre part aux décisions en matière de cultures, de modes de vie, de dépenses, les femmes font pencher la balance en faveur des aspects de nutrition, pour un meilleur équilibre des repas et pour l'amélioration des conditions de vie et d'alimentation des jeunes enfants. Les pays qui ont vu le taux de retard de croissance diminuer sont aussi ceux qui ont vu le statut des femmes le plus progresser. En définitive, l'amélioration du statut des femmes, comme celle de l'environnement sanitaire sont des mesures plus faciles à mettre en œuvre à un moindre coût que l'augmentation des disponibilités alimentaires globales et elles permettraient une évolution sensible de la situation nutritionnelle.

● **Comment relever les défis ?**

L'efficacité des programmes d'intervention

En dépit d'efforts importants, les bailleurs de fonds bi- ou multilatéraux et les institutions internationales estiment n'avoir guère rencontré de succès dans leurs tentatives pour renverser la situation jusqu'ici, contrairement à ce qui a pu se passer dans d'autres régions du monde. Ainsi la Banque mondiale considère que quelques projets de nutrition seulement sur une soixantaine ont pu obtenir un succès relatif. La raison première de ces échecs a été le plus souvent une capacité institutionnelle trop faible ou peu adaptée à la conduite d'interventions dans le domaine de la nutrition. Ce fut particulièrement le cas avec le secteur de la santé, trop orienté vers le curatif, et mal formé aux problèmes de nutrition des populations ; ou encore celui de l'éducation, sollicité pour des activités de prévention, qui s'est régulièrement révélé incapable de fournir des prestations de qualité. Or charger de façon autoritaire une institution d'activités nouvelles qui ne la motivent pas spécialement alors qu'elle est déjà débordée par ses activités courantes, la conduira inmanquablement à faire de la résistance. Les donateurs ont peu contribué jusqu'ici à une amélioration de cet état de fait.

Néanmoins des succès récents autorisent une vision plus optimiste de l'avenir. Il s'agit de projets menés en liaison avec des organisations communautaires ou des institutions suffisamment motivées et armées techniquement pour réaliser un travail efficace. Ces programmes incluent en général un ensemble d'activités telles que le suivi et la promotion de la croissance, la promotion de l'allaitement maternel et de meilleures pratiques d'alimentation de complément, l'éducation nutritionnelle, des programmes spécifiques sur les micronutriments et parfois des aspects médicaux complémentaires comme la lutte anti-infectieuse ou anti-parasitaire, ainsi que le micro-crédit ou la génération de revenus complémentaires. La réussite de ces programmes est influencée par une combinaison d'aspects techniques, financiers (5 à 10 euros/an/enfant de fonctionnement) et socio-politiques. Les exemples du Zimbabwe et de la Tanzanie (Iringa) illustrent bien ces conditions : une volonté et un

enthousiasme politique et communautaire, une prise de conscience largement partagée de l'importance des questions de nutrition, un programme technique bien conçu basé sur une analyse approfondie des causes de malnutrition dans ces régions, et une gestion du personnel impliquant sélection, formation et supervision régulière. De fait, les pays qui ont mis en place des programmes de ce type à des niveaux divers figurent parmi les mieux classés pour l'amélioration de la situation nutritionnelle des jeunes enfants.

Ce qui caractérise l'Afrique subsaharienne, jusqu'ici, c'est le manque de capitalisation de l'expérience de nombreux petits projets réussis, pour les porter à un niveau supérieur : il faut sortir des projets pilotes ; seul un changement d'échelle peut amener à des résultats significatifs, à un horizon raisonnable. Cela implique une meilleure coopération intersectorielle, inter-agences et entre gouvernements et ONG, ainsi que des investissements sur un plus long terme. Cela exige aussi la participation de leaders formés au management de telles unités. L'Etat et ses représentants à tous niveaux – y compris le monde éducatif et universitaire, qui doit être garant de la qualité technique des interventions – et pas seulement les ONG ou la communauté locale, ont un rôle à jouer pour assurer la politique d'ensemble qui seule peut amener à des changements significatifs. Les progrès accomplis dans certains domaines spécifiques comme celui des carences en micronutriments, principalement en iode, montrent comment une telle synergie politique, institutionnelle, et technique, avec la participation des communautés, peut aboutir à des résultats spectaculaires.

Enfin il est essentiel de considérer le lien entre les politiques au niveau macro et au niveau des producteurs et de leurs familles. C'est particulièrement vrai dans les domaines de la sécurité alimentaire ou de l'éducation par exemple ; or peu d'expériences ont eu trait au domaine des politiques alimentaires avec le souci de traduire celles-ci en une amélioration claire de l'état nutritionnel des populations : c'est certainement une des orientations les plus prometteuses pour l'avenir. La mise en place, dans la grande majorité des pays africains aujourd'hui, de plans nationaux d'action pour la nutrition et pour la sécurité alimentaire (5) devrait donner le cadre manquant jusqu'ici pour une vision et une action coordonnées entre les différents niveaux, en référence au modèle conceptuel des causes adapté à la situation de chaque pays.

Vers des politiques nutritionnelles globales

Le bilan est pour le moment sans appel : l'Afrique subsaharienne est la seule région du monde où l'état nutritionnel des populations ne s'est pas amélioré au cours des deux dernières décennies et cela ne semble guère évoluer dans près de la moitié des pays. Avec l'accroissement prévisible de la population, une action vigoureuse doit être entreprise si on ne veut pas voir la situation se détériorer gravement. On ne peut se contenter d'un saupoudrage d'actions ponctuelles, il faut une stratégie d'ensemble. Cela ne sera possible que lorsque la nutrition sera considérée par les leaders d'opinion et les institutions à la fois sous l'angle des droits fondamentaux et comme un indicateur, voire un des moteurs du développement.

On peut discuter des priorités et du coût/efficacité de chaque type de mesures préconisées par les spécialistes dans chaque domaine : politique plus vigoureuse d'éducation des filles et des femmes, mise en place de systèmes de surveillance des famines plus efficaces, réinvestissement dans le secteur social, etc. Cela relève des choix politiques de chaque pays en fonction de ses caractéristiques et cela passe

(5) Plans d'action élaborés à la suite de la conférence internationale pour la nutrition (FAO/OMS, 1992) et du sommet mondial pour l'alimentation (FAO, 1996).

par l'établissement d'un cadre conceptuel spécifique qui trace les nombreuses facettes causales, leur enchaînement probable aux différents niveaux, et les points d'entrée pour des programmes d'intervention. Ce travail a déjà commencé dans le cadre de l'établissement des plans d'action nationaux pour la nutrition, précurseurs de véritables politiques nutritionnelles.

Un des points d'achoppement en Afrique est le faible nombre de spécialistes formés en nutrition et pouvant intervenir dans les divers secteurs, par rapport aux autres régions du monde ; or ce facteur a joué un rôle considérable pour une évolution favorable en Amérique latine et en Asie par exemple. Car un nombre encore important de décideurs et d'acteurs sociaux n'ont pas réalisé l'impact pourtant reconnu du bien-être nutritionnel sur le développement, ni comment le promouvoir efficacement. D'où une capacité insuffisante de mener de façon autonome, dans leur domaine, des activités qui favorisent la nutrition. Il est également nécessaire de procéder à un renforcement institutionnel ; il serait irréaliste de penser que l'on va pouvoir ou que l'on devrait créer des services spécifiques de nutrition partout, ni que l'on va soudainement profiter d'une manne financière due à une meilleure santé économique, tant les contraintes sont importantes et les bonnes tendances encore fragiles dans ce domaine. Mais il est possible d'incorporer des composantes de nutrition dans les services existants à un coût raisonnable – 9 à 10 fois moindre par rapport à la création de services – estimé à environ un milliard d'euros pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, selon les Nations unies.

Références bibliographiques

ACC/SCN, 1987, *First Report on the World Nutrition Situation*, ACC/SCN, Genève.

ACC/SCN, 1992, *Second Report on the World Nutrition Situation. Volume I : Global and Regional Results*, Genève.

ACC/SCN, 1997, *Third Report on the World Nutrition Situation*. ACC/SCN, Genève.

Azoulay (G.), Dillon (J.-C.), 1993, *La sécurité alimentaire en Afrique. Manuel d'analyse et d'élaboration des stratégies*, Paris, ACCT-Karthala.

Banque mondiale, 1989, *L'Afrique subsaharienne. De la crise à une croissance durable : étude de prospective à long terme*, Washington, DC.

Delpuech (F.), Maire (B.), 1996, « Situation nutritionnelle dans le monde : changements et enjeux », *Cah Agriculture*, 5, pp. 415-422.

FAO, 1996, *La sixième enquête mondiale sur l'alimentation*, Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome.

FAO/OMS, 1992, *Les grands enjeux des stratégies nutritionnelles*, Conférence internationale sur la nutrition, Rome.

Gillespie (S.), Mason (J.), Martorell (R.), 1996, *How Nutrition Improves*, ACC/SCN Nutrition Policy Discussion Paper n° 15, Genève.

IFPRI, 1995, *A 2020 Vision for Food, Agriculture, and the Environment*, Washington, DC.

Messer (H.), Cohen (M.J.), D'Costa (J.), 1998, *Food from Peace : Breaking the Links Between Conflict and Hunger*, A 2020 Vision Discussion Paper n° 24, IFPRI, Washington, DC.

Pinstrup-Andersen (P.), Pandya-Lorch (R.), Rosegrant (M.W.), 1997, *The World Food Situation : Recent Developments, Emerging Issues, and Long-Term Prospects*, A 2020 Vision Food Policy Report, International Food Policy Research Institute, Washington, DC.

Smith (L.-C.), Haddad (L.), 1999, *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries : A Cross-Country Analysis*, FCND Discussion Paper n° 60, IFPRI, Washington, DC.

Von Braun (J.), Teklu (T.), Webb (P.), 1998, *Famine in Africa. Causes, Responses, and Prevention*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

WHO, 1999, *Nutrition for Health and Development. Progress and Prospects on the Eve of the 21st Century*, WHO/NHD/99.9, Genève.

World Bank, 1997, *Status Report on Poverty in Sub-Saharan Africa ; Tracking the Incidence and Characteristics of Poverty*, Draft SPA Study, Washington, DC.

Articles complémentaires

Caulfield (L.E.), Huffman (S.L.), Piwoz (E.G.), 1999, « Interventions to Improve Intake of Complementary Foods by Infants 6 to 12 Months of Age in Developing Countries : Impact on Growth and on the Prevalence of Malnutrition and Potential Contribution to Child Survival », *Food Nutr. Bull.*, 20, pp. 183-200.

Cornu (A.), Massamba (J.-P.), Traissac, Simondon (F.), Villeneuve (P.), Delpeuch (F.), 1995, « Nutritional Change and Economic Crisis in an Urban Congolese Community », *Int. J. Epidemiol.*, 24, pp. 155-164.

De Onis (M.), Blössner (M.), Villar (J.), 1998, « Levels and Patterns of Intrauterine Growth Retardation in Developing Countries », *Eur. J. Clin. Nutr.*, 52, S5-S15.

Engle (P.L.), Lhotska, 1999, « The Role of Care in Programmatic Actions for Nutrition : Designing Programmes Involving Care », *Food Nutr. Bull.*, 20, pp. 121-135.

Frongillo (E.A.), de Onis (M.), Hanson (K.M.P.), 1997, « Socioeconomic and Demographic Factors are Associated with Worldwide Patterns of Stunting and Wasting of Children », *J. Nutr.*, 127, pp. 2302-2307.

ICCIDD, 1999, « Reports from the Regions : Africa », *IDD Newsletter*, 15 (2), pp. 26-28.

Loewenson (R.), 1993, « Structural Adjustment and Health Policy in Africa », *Int. J. Hlth. Serv.*, 23, pp. 717-730.

Maire (B.), Delpeuch (F.), Cornu (A.), Tchibindat (F.), Simondon (F.), Massamba (J.-P.), Salem (G.), Chevassus-Agnes (S.), 1992, « Urbanisation et transition nutritionnelle en Afrique subsaharienne : les exemples du Congo et du Sénégal », *Rev. Epidemiol. Santé Publ.*, 40, pp. 252-258.

Marek (T.), Diene (M.S.), Sy, 1998, « Just Taking Stock or Defining a New Paradigm ? Nine Years of Determining Factors for Successful Community Nutrition Programmes », *SCN News*, 17, pp. 52-54.

Martin-Prével (Y.), Delpeuch (F.), Traissac (P.), Massamba (J.-P.), Adoua-Oyila (G.), Coudert (K.), Trêche (S.), 2000, « Deterioration in the Nutritional Status of Young Children and their Mothers in Brazzaville (Congo) Following the Devaluation of the CFA Franc », *Bull. WHO*, sous presse.

MI/UNICEF/Tulane University, 1998, *Progress in Controlling Vitamin A Deficiency*, The Micronutrient Initiative, Ottawa.

Pelletier (D.L.), Rahn (M.), 1998, « Trends in Body Mass Index in Developing Countries », *Food Nutr. Bull.*, 19, pp. 223-239.

Quinn (V.), Kennedy (E.), 1994, « Food Security and Nutrition Monitoring Systems in Africa. A Review of Country Experiences and Lessons Learned », *Food Policy*, 19 (3), pp. 234-254.

Rotimi (C.), Okosun (I.), Johnson (L.), Owoaje (E.), Lawoyin (T.), Asuzu (M.), Kaufman (J.), Adeyemo (A.), Cooper (R.), 1999, « The Distribution and Mortality Impact of Chronic Energy Deficiency Among Adult Nigerian Men and Women », *Eur. J Clin Nut.*, 53, pp. 734-739.

Ruel (M.T.), Garrett (J.L.), Morris (S.S.), Maxwell (D.), Oshaug (A.), Engle (P.), Menon (P.), Slack A, Hadda (L.), 1998, *Urban Challenges to Food and Nutrition Security : A Review of Food Security, Health, and Caregiving in the Cities*, FCND Discussion Paper n° 51, IFPRI, Washington, DC.

Sahn (D.E.), 1994, « On Economic Reform, Poverty, and Nutrition in Africa », *Am. Econom. Rev.*, 84 (2), pp. 285-290.

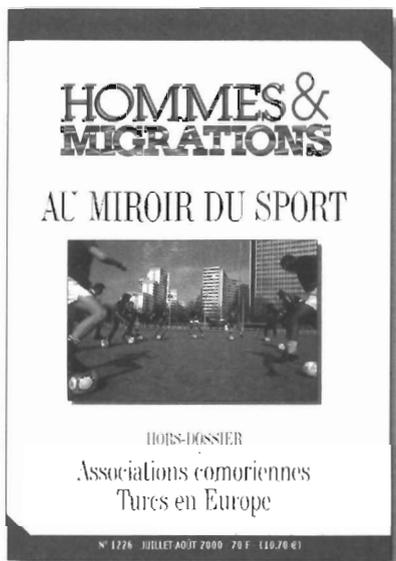
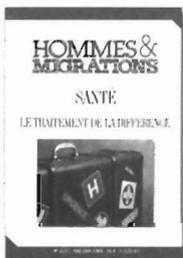
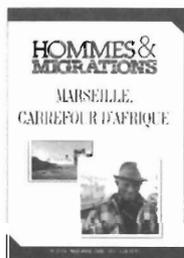
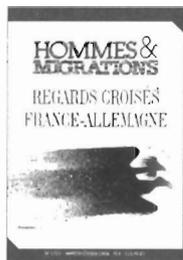
Sanders (D.), 1999, « Success Factors in Community-Based Nutrition Programmes », *Food Nutr. Bull.*, 20, pp. 307-314.

SCN, 1997, « Effective Programmes in Africa for Improving Nutrition, Including Household Food Security », *SCN News*, 15, pp. 3-14.

Van der Gaag (J.), Barham (T.), 1998, « Health and Health Expenditures in Adjusting and Non-Adjusting Countries », *Soc. Sci. Med.*, 46, pp. 995-1009.

- Troisième partie
**Organiser
la santé**

HOMMES & MIGRATIONS



"L'effet Zidane", ou le rêve éveillé de l'intégration par le sport
Mogniss H. Abdallah

Sport, insertion, intégration
Patrick Mignon

Sur le terrain
un entretien avec

Sofien Aït Mamer et Leïla Lazaar

Le skateboard :
une pratique urbaine sportive,
ludique et de liberté
Claire Calogirou et Marc Touché

Tout pour la France ?
un entretien de Karim Belal
avec Alain Mimoun

L'équipe de France de football,
c'est l'histoire en raccourci
d'un siècle d'immigration
Didier Braun

BULLETIN DE COMMANDE

JE M'ABONNE POUR 1 AN

TARIFS (TTC) (Institutions, bibliothèques, entreprises...): 370 F (56.40 €) - TARIFS RÉDUITS (TTC) (Particuliers et associations): 320 F (48.70 €)

JE COMMANDE EXEMPLAIRES DU (DES) NUMÉRO(S) SUIVANT(S)

PRIX: 77 F (11.70 €) port compris

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1226 - Juillet-août 2000 - Au miroir du sport | <input type="checkbox"/> 1223 - Janvier-février 1999 - Regards croisés France-Allemagne |
| <input type="checkbox"/> 1225 - Mai-juin 2000 - Santé, le traitement de la différence | <input type="checkbox"/> 1222 - Nov-Déc. 1999 - Pays-de-la-Loire, divers et ouverts |
| <input type="checkbox"/> 1224 - Mars-avril 1999 - Marseille, Carrefour d'Afrique | <input type="checkbox"/> 1221 - Sept-Oct. 1999 - Immigration, la dette à l'envers |

Organisme :

Nom : Prénom : Fonction :

Adresse :

Code postal : / / / / / / Ville : Pays :

Tél. : Fax : E-mail :

Ci-joint mon règlement
(Chèque à l'ordre de *Gip Adri*)

Veuillez m'adresser une facture

Signature :

HOMMES & MIGRATIONS

Gip Adri - 4, rue René-Villermé - 75011 Paris - Tél. : 01 40 09 69 19 - Fax : 01 43 48 25 17

E-mail : info@adri.fr - Internet : www.adri.fr/hm

Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne

Wim Van Lerberghe*
et **Vincent de Brouwere***

La médecine a longtemps été présentée comme le côté noble de la colonisation, mais elle en a été aussi et surtout un instrument « La médecine voyageait dans les navires des explorateurs ; elle marchait avec les armées des colonisateurs [.] Elle a été présente dès le début, et impliquée dans toutes les phases subséquentes de la colonisation, de l'exploration à la conquête, de la formation de l'Etat à l'exploitation des ressources humaines et naturelles. » (1). La construction des systèmes de soins de santé « modernes » en Afrique a d'abord été politique. Ce qui leur est spécifique, c'est moins la situation épidémiologique, l'évolution des techniques et connaissances médicales ou les conflits avec les « médecines traditionnelles », que les questions d'organisation, de financement, et, surtout, d'engagement de l'Etat. L'Etat, colonial d'abord, indépendant ensuite, a joué un rôle de premier plan pendant le siècle qui a suivi le partage de l'Afrique. Ce n'est qu'à partir des années quatre-vingt que cette continuité a été remise en question. Cette cassure donne une clef de lecture essentielle de la situation de crise permanente de nombreux systèmes de soins en Afrique au début du *xxi*^e siècle.

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Organiser la santé

175

● Médecine militaire, médecine de colons

L'Etat colonial était le principal employeur des cadres médicaux, en premier lieu parce que la médecine était essentiellement une affaire militaire. La première fonction des médecins coloniaux était évidemment de protéger la santé des marins, des

* Département de santé publique Institut prince Léopold de médecine tropicale (Anvers)

(1) D. Arnold, « Medicine and Colonialism », in W. F. Bynum, R. Porter (eds), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, London/New York, Routledge, 1994, pp. 1393-1416

marchands, des militaires et des fonctionnaires coloniaux. Il y avait de quoi. En Afrique de l'Ouest, où se concentrait la présence européenne avant les années 1860, l'expatriation comportait un risque de mourir qui pouvait aller jusqu'à 50 % dans la première année, et de 25 % l'année suivante. On peut se demander comment on faisait pour trouver des gens suffisamment intrépides pour s'établir dans ce « tombeau du Blanc » (2). Ignorance, inconscience et coercition avaient leur part, mais il y avait également le fait que la médecine de la deuxième moitié du XIX^e siècle prétendait qu'il était possible d'avoir un certain contrôle sur le risque de maladie.

La vision médicale de l'Afrique, en tant que milieu dangereux dont il faut se protéger, sera renforcée par l'ascension de la théorie du germe. Se protéger, c'était d'abord prévenir la maladie en suivant une foule de règles d'hygiène. Ce n'est qu'après 1860 que la médecine tropicale commence à devenir efficace, grâce à l'introduction de médicaments actifs – ipéca, quinine –, et grâce à l'élimination de traitements dangereux tels que les saignées et les doses héroïques de mercure. Cela n'empêche pas qu'il fallait au XIX^e siècle offrir des incitations financières et de carrière importantes pour pouvoir trouver des médecins militaires prêts à aller en Afrique de l'Ouest.

C'est d'abord dans les villes et les comptoirs commerciaux, et souvent sur l'initiative des autorités locales, que la médecine coloniale a essayé de répondre aux « maladies des climats chauds ». Dès les années 1880, les autorités militaires et publiques ont entamé la construction d'hôpitaux, rapidement suivies par des institutions philanthropiques. Les autorités administratives des zones urbaines se sont également mises à s'occuper de « santé publique » avec notamment la distribution d'eau potable et le quadrillage des villes pour lutter contre les foyers de moustiques. A Accra, par exemple, le *Town Council* était responsable de l'hygiène et de la santé publique dès 1886. Au Congo, des commissions d'hygiène ont été instituées à partir de 1899. En plus des mesures d'hygiène du milieu, ces autorités dressent un cordon sanitaire destiné à protéger les populations blanches. La ségrégation résidentielle des coloniaux et de la population africaine est introduite en 1898 à Léopoldville et en 1901 à Accra (3).

La médecine coloniale a ainsi acquis sa réputation de « médecine enclavée », en contrepoint à ses prétentions civilisatrices. Cette réputation de médecine enclavée n'est cependant que partiellement justifiée. Il ne s'agissait pas seulement de protéger colons et militaires, ainsi que leurs employés. Sans les services de santé, la colonisation aurait été un échec militaire. Mais ils sont vite devenus une pièce maîtresse dans le projet économique et politique des colonies.



Maladies des climats chauds et maladies de la colonisation

On ne peut pas dire, en effet, que contrairement à une idée reçue la colonisation ait été bénéfique pour la santé des populations africaines. La conquête coloniale a augmenté la mobilité, et provoqué des mouvements de populations. Il en résultait parfois des désastres immédiats (la moitié des Sara du Tchad qui ont travaillé à la construction du chemin de fer du Congo-Brazzaville y sont morts). Cela a surtout facilité la diffusion de maladies transmissibles telles que la tuberculose ou la malaria, et l'extension d'épidémies. Dès 1889, la peste bovine s'est répandue de la Somalie vers

(2) T.A. Aidoo, « Rural Health Under Colonialism and Neocolonialism : A Survey of the Ghanaian Experience », *Int. J. Health Serv.*, 1982, 12(4), pp. 637-657

(3) *Ibid*

l'Afrique de l'Est et de l'Ouest, pour arriver jusqu'au Botswana et en Afrique du Sud en 1896-1897. Sur son chemin elle a tué 90-95 % du bétail : une des plus grandes calamités de l'histoire de l'Afrique. Une dizaine d'années plus tard, une épidémie de trypanosomiase a fait 500 000 victimes rien que dans le bassin du Congo – deux habitants sur trois en sont morts dans la province de Busoga en Ouganda. C'est également à travers les mouvements de troupes et de travailleurs, mais surtout grâce au réseau de transports nouvellement établi, que la pandémie de grippe de 1918-1919 s'est propagée à travers l'Afrique : 1 à 2 millions de morts.

A l'effet des migrations est venu s'ajouter celui des changements dans les rapports de production et dans les relations sociales. Le pouvoir colonial réclamait des produits agricoles pour l'exportation, des hommes pour les mines et la construction des chemins de fer, et les deux pour les nouvelles villes. Cela donnait des villages sans hommes, et une chute de la production de nourriture. Si la délocalisation de la production alimentaire en Europe avait eu comme effet d'améliorer la diversité alimentaire, en Afrique elle a eu un effet opposé, et causé ou exacerbé la malnutrition. L'introduction de l'impôt et la disparition des mécanismes traditionnels de protection des plus pauvres ont été suivies de famines en Afrique de l'Est, tout comme au Nigeria du Nord ou au Ghana vers 1911. La dégradation de l'état de santé des populations était telle que les autorités commençaient à se rendre compte que cela allait à l'encontre de leurs intérêts.

L'idée que l'hygiène était une condition pour une main-d'œuvre stable sous contrôle européen devient centrale dans la littérature médicale des années vingt, qu'il s'agisse du Congo belge, des mines d'or du Ghana ou du Sénégal. Les soins de santé deviennent nécessaires à l'exploitation économique, et à sa légitimation politique. Le directeur de la Compagnie française de l'Afrique-Occidentale écrivait en 1926 : « [...] ce qui est plus grave encore, c'est qu'on en arrive à se demander si cette population, déjà très faible, ne va pas encore en s'affaiblissant [...]. Nous avons le strict devoir de réagir. D'abord, au nom de l'humanité. Au nom de notre intérêt également : le développement de la production, que seul le développement de la population rendra possible, enrichira la métropole comme il enrichira la colonie. Et chacun de nous [...] y trouvera son profit. » (4) Le discours était le même vingt ans plus tard : lorsque Pierre Wigny, ministre belge des Colonies, déclare, en 1949, que « l'amélioration des conditions d'existence des indigènes est la justification de notre présence et la récompense morale de notre effort. Mais, répétons-le encore une fois de plus, cette politique s'impose aussi pour des raisons d'ordre économique ». Entre 1900 et 1960 l'accent est passé des services préventifs et curatifs pour l'élite européenne vers des services de santé coloniaux administrés de manière bureaucratique pour pouvoir mobiliser travailleurs et militaires africains (5).

● **Organisation sanitaire et autorité coloniale**

La mise au service de l'économie et de l'administration allait de pair avec l'identification des maladies transmissibles en tant que problèmes importants, individualisables et vulnérables. A côté de la malaria, du pian et de la variole, la trypanosomiase a incontestablement eu la plus grande influence sur les structures de soins de santé. Chaque puissance coloniale l'a considérée comme la priorité des priorités,

(4) J. Suret-Canale, *Afrique non e, vol II L'ère coloniale, 1900-1945*, Paris, Editions sociales, 1964.

(5) F.G. Snyder, « Health Policy and the Law in Senegal », *Soc Sci Med*, 1974, 8(1), pp. 11-28

qu'il fallait aborder par une campagne militaire. Au Cameroun allemand, un quart des médecins étaient affectés à la lutte contre la trypanosomiase. En généralisant fortement, on peut dire que, dans les colonies anglaises et allemandes, on opte pour une lutte contre le vecteur et pour l'isolement des malades dans des camps, quitte à déplacer les populations de force comme à Busoga et Buganda en 1908, ou Anchau au Nigeria en 1936. Au Congo belge, on a opté pour des recensements avec dépistage et traitement ambulatoire dès 1910. Pendant les années vingt, on examinait plus d'un dixième de la population chaque année. La maladie du sommeil était jugée suffisamment importante pour se voir attribuer 25 à 35 % du budget de santé. Entre 1930 et 1940, on est passé à la mise en place d'organismes paraétatiques spécialisés et autonomes, qui examinaient chaque année 40 à 50 % de la population. Pour une grande partie de la population rurale, les soins de santé sont ainsi devenus synonymes de lutte contre la maladie du sommeil.

En Afrique francophone également, on a choisi la stratégie de dépistage-traitement. Le colonel Jamot a organisé des examens de masse à partir de 1917, et surtout dans les années trente. Ce prototype de service vertical et militaire a abouti à la création en 1945 des « services généraux d'hygiène mobile et prophylaxie ». Ceux-ci existent toujours dans de nombreuses ex-colonies françaises sous la forme de « services des grandes endémies ».

Dans les villes, les mesures d'hygiène publique ont arrêté les épidémies : on n'a plus, par exemple, les épidémies de peste à répétition comme à Nairobi en 1902, 1905, 1906, 1911, 1912 et 1913. Mais dans l'hygiène urbaine, ce fut surtout l'hôpital qui joua un rôle social essentiel dans la vie coloniale, déjà rien que par l'illusion de protection qu'il fournissait contre le « risque des tropiques ». Ce risque, moins spectaculaire que pendant le XIX^e siècle, restait cependant bien réel : au Ghana, parmi la population expatriée, les taux de mortalité par malaria étaient toujours de l'ordre de 7,9 % en 1923-1924 et de 5,7 % en 1933-1934 (6) ». Il n'est pas étonnant que la malaria ait pris le rôle de *deus ex machina* dans la littérature populaire de l'époque.

A l'hôpital urbain militaire ou dépendant de l'administration sont venues s'ajouter des institutions privées, souvent à caractère religieux. La population africaine des villes a ainsi commencé à avoir accès à des soins curatifs, à des maternités, à des soins prénatals (près d'un tiers des femmes sont suivies au Bénin, et cela dans les années trente) et à des consultations de nourrissons. Il est très difficile de situer à partir de quel moment le modèle de soins occidental a réellement commencé à engendrer une demande pour les soins curatifs. Beck (7) a montré que l'utilisation des *native hospitals* s'est accrue très vite à partir de la première guerre mondiale. Cela ne peut s'expliquer qu'en partie par une extension de l'offre : ce qui semble surtout avoir joué, c'était une meilleure acceptabilité. On ne disposait, dans la première moitié de ce siècle, que d'un arsenal thérapeutique limité, mais il y avait quand même la quinine, les arsenicaux, le bismuth, et le chloroforme. En tout cas, il est clair que la clientèle des services curatifs a très vite augmenté. La chute de la létalité hospitalière après 1920 indique d'ailleurs qu'on commençait également à venir dans des cas moins désespérés. On a répondu à cette pression en renforçant les équipements sanitaires urbains, et en créant un réseau de dispensaires et hôpitaux de brousse en milieu rural entre les deux guerres.

La Zambie illustre bien le partage du travail tel qu'il était conçu par le pouvoir : les hôpitaux pour les mines sont gérés par les compagnies, ceux des che-

(6) T.A. Aidoo, « Rural Health Under Colonialism and Neocolonialism . A Survey of the Ghanaian Experience », article cité.

(7) A. Beck, *A History of the British Medical Administration of East Africa, 1900-1950*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1970

mins de fer par le gouvernement, et le reste du milieu rural par les missions (8). En grande partie non gouvernementaux, et donc sans l'obligation de poser les mêmes conditions de qualification technique que le gouvernement, ces services essaient d'atteindre d'une manière peu structurée et sans grande coordination des populations spécifiques, comme les travailleurs d'une plantation ou d'une mine, ou les populations d'une région où une église dispose de fidèles et de terres. Ce sont également les missions qui vont s'occuper des maladies qui « relèvent de la charité », et plus particulièrement de la lèpre.

Le Kenya est un autre bon exemple de l'évolution de la couverture sanitaire. Vers 1898 les Britanniques ont amené quatre médecins pour s'occuper des techniciens et travailleurs du chemin de fer Kenya-Ouganda. Dans les années qui ont précédé la première guerre mondiale, le nombre de médecins et d'infirmières a surtout augmenté dans les grandes villes et le gouvernement colonial a créé un *Department of Medical Services*. Ce n'est que dans les années vingt que les missions ont construit des hôpitaux ruraux, et il a fallu attendre une dizaine d'années de plus pour que le gouvernement colonial commence à construire des hôpitaux dans les chefs-lieux de district. Dans les années quarante, le gouvernement colonial et les missions ont créé un réseau de dispensaires qui, dix ans plus tard, ont été transformés en centres de santé. C'était l'introduction de la notion de soins échelonnés organisés en district, un modèle pour l'époque.

Le Congo belge a connu une évolution similaire. A partir de 1945 le plan Van Hoof-Duren établissait un véritable réseau avec un hôpital de 100-150 lits et des dispensaires dans chacun des cent vingt territoires. Avant cela, il y a eu bien sûr le contrôle de la trypanosomiase, avec les équipes de dépistage systématique, mais les formations sanitaires rurales fixes étaient plutôt non gouvernementales (9) : l'installation systématique de dispensaires avait commencé en 1924, par une œuvre privée, l'Aide aux dispensaires indigènes de la province orientale. En 1944, au Congo belge, 57 % des lits hospitaliers étaient gérés par des compagnies commerciales ou industrielles, et 13 % par les missions. Dans les années cinquante la moitié des médecins et 78 % des agents sanitaires étaient des employés (belges) du gouvernement, mais le personnel infirmier avait dans sa toute grande majorité un emploi non gouvernemental, et avait souvent été formé par les missions.

● L'héritage : l'Etat et ses institutions

L'hégémonie des pouvoirs publics en matière d'organisation sanitaire a été une dominante en Afrique. Le médecin privé, pour autant qu'il y en ait eu, était un phénomène marginal, et les systèmes traditionnels de soins ont été réprimés, tels que le « réseau » décentralisé de praticiens traditionnels indépendants du Nigeria. La colonisation leur a opposé un modèle institutionnel, centralisé et étatique, clairement identifié avec les autorités coloniales. La première moitié de ce siècle a ainsi vu la mise en place des trois éléments qui, au moment des indépendances, seront déterminants pour ce qui se fait en matière de santé.

- Des services « verticaux », gérés de la façon militaire, souvent avec des équipes mobiles, destinés à lutter contre les grandes endémies. Ils ont obtenu des succès réels, notamment contre la trypanosomiase, le pian ou la fièvre jaune. Mais ces résultats ont été obtenus au prix fort, par une action combinée d'administration policière

(8) P.J. Freund, « Health Care in a Declining Economy . The Case of Zambia », *Soc Sci Med*, 1986, 23 (9), pp 875-888.

(9) S.G. Browne, « The Contribution of Medical Missionaries to Tropical Medicine Service-Training-Research », *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1979, 73 (4), pp. 357-360.

et de services spécialisés coûteux, indépendants des activités du réseau fixe.

- Une infrastructure hospitalière relativement sophistiquée dans les villes où, par ailleurs, l'administration municipale gérait l'hygiène du milieu.
- Un réseau de dispensaires et petits hôpitaux gouvernementaux, paraétatiques, missionnaires, philanthropiques, liés à des entreprises commerciales ou à l'armée, tout cela sans grande systématique ou coordination en matière d'équipements, activités ou choix d'implantation. Ces dispensaires étaient essentiellement des antennes de l'activité curative des hôpitaux, mais étaient importants pour deux raisons : parce qu'ils vont constituer une grande partie de ce qui va devenir plus tard le réseau rural ; et parce que c'est là qu'on a commencé à travailler avec des cadres africains, d'abord très sommairement formés, mais rapidement professionnalisés.

Ces trois éléments du système de santé sont intimement liés au pouvoir et à l'Etat colonial. Même les missions agissaient *de facto* comme serviteurs du colonialisme – à quelques exceptions près (comme la *Universities Mission to Central Africa*, en Tanzanie, qui s'opposait explicitement au capitalisme colonial (10)). Les soins correspondaient à une demande des populations. Cela n'empêche qu'ils étaient souvent imposés par la manière forte. Les populations devaient se conformer aux mesures policières de contrôle.

Il n'y a pas que l'identification aux pouvoirs publics. Ce que ces divers éléments ont également de commun c'est leur caractère institutionnel. Si les systèmes de soins de santé en Afrique (du moins ceux de type cosmopolite) font appel aux technologies et aux conceptions du savoir médical européen, leur organisation sociale est fondamentalement différente de celle des pays colonisateurs. Il ne faut pas oublier que l'hôpital n'a pris la place centrale qu'il a actuellement en Europe que dans une période relativement récente, en se greffant sur toute une tradition de rapport personnel entre le médecin indépendant et son client. En Afrique, le modèle hospitalier a été mis en place d'emblée, sans cette tradition. Cela donne une perception fondamentalement différente des soins médicaux : ceux-ci sont associés à une institution et non pas à l'image du soignant individuel, et, qui plus est, à une institution qui est à son tour associée au pouvoir. C'est vrai surtout pour l'hôpital, le symbole par excellence de « l'Etat sorcier » (11), mais également pour les dispensaires missionnaires ou privés. Les activités d'hygiène du milieu des administrations urbaines sont encore plus loin de la vie quotidienne des gens, et tout à fait perçues comme liées au pouvoir militaire et/ou administratif.

Il s'en dégage une vision d'un Etat qui se doit de prendre l'initiative, vision d'ailleurs partagée par les fonctionnaires coloniaux. Lorsqu'on veut, peu avant la deuxième guerre mondiale, introduire le paiement des prestations médicales en Afrique orientale britannique, les directeurs médicaux vont s'y opposer : le Dr Scott argumente que les « services médicaux représentent le bénéfice principal que l'on a promis aux peuples de l'Afrique de l'Est en contrepartie des impôts ».

● Des indépendances à Alma-Ata

Au moment des indépendances, le rôle prépondérant qu'ont les institutions et les pouvoirs publics n'a pas été remis en question, au contraire. En 1946, le Rassemblement démocratique africain, avec Houphouët Boigny et Sékou Touré, a inscrit la gratuité des soins et une extension du réseau de services et des dispensaires parmi ses

(10) T O Ranger, « Godly Medicine : The Ambiguities of Medical Mission in Southeast Tanzania, 1900-1945 », *Soc Sci Med B*, 1981, 15 (3), pp. 261-277

(11) B Hours, *L'Etat sorcier Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 1985

revendications de base (12). L'illusion des soins « gratuits » fournis par l'Etat persistera jusqu'à la fin des années quatre-vingt. Les indépendances ont cependant permis à d'autres acteurs d'intervenir. Cela n'a pas facilité la tâche à l'Etat.

Il y eut tout d'abord les nouvelles élites urbaines. Elles traduisirent le programme politique d'africanisation en demandant l'expansion de ce qui à leurs yeux symbolisait les soins de santé de bon niveau : la technologie curative des capitales – ou, à défaut, des capitales de l'ancienne métropole (en 1971 le ministère de la Santé du Burkina Faso dépensa près d'un demi-million de dollars en transferts de malades vers Paris). Appuyés par des professionnels nationaux formés à l'euro-péenne, les élites urbaines réussirent à maintenir et à renforcer le biais urbain et « l'hospitalo-centrisme ». Entre 1950 et 1970 le nombre de lits hospitaliers en Afrique subsaharienne doubla, et le parc hospitalier absorba 50 à 60 % des ressources.

La médecine hospitalière urbaine mobilisait également la majeure partie de la nouvelle classe médicale montante. Tout médecin qui se respectait se spécialisait au plus vite pour travailler dans les hôpitaux centraux. Ce lobby médical a réussi, en collaboration avec la bourgeoisie urbaine, à exercer suffisamment de pression politique pour mobiliser les crédits de fonctionnement. Au Kenya par exemple, en 1977-1978, les hôpitaux centraux, et, dans une moindre mesure, les hôpitaux de district se sont permis de dépenser deux fois plus en médicaments que les budgets alloués aux dépenses des centres de santé ruraux. Le résultat final était qu'un malade ambulatoire à l'hôpital coûtait sept fois plus en médicaments qu'au centre de santé.

A côté des élites urbaines et du lobby médical, un troisième groupe a pris une place importante : celui des techniciens-planificateurs. Il était à ce moment-là essentiellement composé d'assistants techniques des anciennes puissances coloniales, et, peu à peu, également de fonctionnaires des organisations internationales. Ces assistants techniques se profilèrent comme technocrates du développement. Le problème des « grandes endémies » dans le monde rural restait leur préoccupation première, et ils ont relancé ou renforcé les grands programmes de contrôle de la variole, de la malaria et de la trypanosomiase. Ces programmes verticaux séduisaient les bailleurs de fonds : ils combinaient une grande visibilité avec un contrôle gestionnaire aisé, tout en correspondant à la vision technocratique du développement : la modernisation à travers le transfert de technologie.

Ces planificateurs prenaient de plus en plus conscience que d'énormes inégalités subsistaient entre l'urbain et le rural, et entre les différentes régions : dans l'état de santé et dans la demande de soins, mais également dans les investissements, les crédits de fonctionnement, le personnel, l'infrastructure et l'accessibilité. Ces inégalités devenaient de plus en plus inacceptables pour les gouvernements parce qu'elles allaient à l'encontre de la rhétorique politique des luttes pour l'indépendance, et étaient un facteur d'instabilité et de délégitimation.

Pour les techniciens-planificateurs, il était clair que le problème principal devenait celui de l'extension de l'offre de soins en zone rurale. L'investissement dans la technologie hospitalière ne leur semblait ni viable ni prioritaire. De plus, ils commençaient à s'apercevoir, et cela ressort déjà de documents de l'OMS du début des années soixante-dix, que la solution pour faire face à la crise des soins de santé ne pouvait pas seulement venir d'adaptations administratives à l'intérieur des services de santé. Elle avait à voir avec la relation entre soins de santé et développement. La « théorie de la modernisation » des années soixante-dix, qui misait sur une diffusion des idées, technologies et attitudes occidentales, se voyait progressivement remplacée par la « théorie du sous-développement de la santé ». Les bailleurs de fonds étaient de plus en plus convaincus qu'il fallait investir dans l'agriculture, et

(12) J. Suret-Canale, *Afrique noire vol II L'ère coloniale, 1900-1945, op cit*

que les politiques de santé devaient s'intégrer dans les politiques de développement rural. Les planificateurs de la santé étaient disposés à changer leurs priorités et à s'insérer dans ce processus. Bien que le lobby des médecins ne les suivît pas, les technocrates se lancèrent dans l'extension de la couverture sanitaire rurale et la formation du personnel.

Tout cela n'était pas sans implications budgétaires. En 1941, on dépensait au Bénin 4 509 000 francs pour le personnel et 4 366 500 pour le matériel (13). Cet équilibre va se modifier, comme dans la République du Congo : le budget du personnel a doublé entre 1970 et 1973, mais les budgets de fonctionnement stagnaient. Dès 1973, trois quarts du budget sont consacrés aux seuls salaires (14). Ce contraste, entre la volonté d'accessibilité des technocrates et des politiciens, et l'hospitalo-centrisme de l'élite urbaine et de la classe médicale, était politiquement épineux et arrivait à un moment économique délicat. En effet, vers les années 1972-1974, la crise du pétrole, l'effondrement des prix à l'exportation et la sécheresse dans le Sahel vont avoir des effets spectaculaires.

Le financement du personnel de santé peut servir d'indicateur de l'ampleur du problème. Pendant les années soixante-dix les budgets de santé ont chuté tandis que le nombre de personnels à payer augmentait. Il y a des cas extrêmes comme le Ghana et le Soudan, où entre 1972 et 1980 le nombre de personnels par habitant a augmenté de 60 %, tandis que les budgets par habitant, en dollars constants, chutaient de 65 %. On peut cependant trouver des divergences similaires dans toute une série de pays, avec des différences d'intensité, un peu plus tôt ou un peu plus tard dans la décennie. Il n'est pas étonnant qu'on ait commencé à différer l'entretien des équipements existants et à ralentir les investissements. Les premiers à être touchés étaient les investissements ruraux, mais bientôt, on commença à freiner les investissements hospitaliers dans des villes en pleine expansion. Le système entrait en crise.



Redémarrer dans des conditions impossibles

Ce contexte de crise a donné à l'OMS l'espace politique pour opérer un changement de cap radical, et pour choisir l'alternative de ce que l'on va appeler un peu maladroitement les soins de santé primaires (SSP). Avec le cheval de Troie de la crise du secteur de la santé, la conférence d'Alma-Ata de 1978 a redéfini les groupes cibles, les activités prioritaires, et le rôle de la participation de la population dans le processus de développement. Alma-Ata donnait une dimension politique et sociologique à la technicité de la santé, mais voulait surtout étendre la couverture des soins dans le milieu rural. En cela, les SSP restaient pleinement dans une vision de services de santé fournis par l'initiative publique.

Les idées n'étaient pas nouvelles. Elles s'inspirèrent à la fois du médecin aux pieds nus chinois et du modèle d'organisation sanitaire ougandais – le livre de M. King (15) a eu une influence indéniable à Alma-Ata. Ce qui était nouveau, c'était la reconnaissance formelle que ces options recevaient de l'ensemble de la communauté internationale. On ne pouvait plus parler de politiques de santé en Afrique sans faire référence aux SSP et à Alma-Ata.

(13) H. Desanti, *Du Dahomé au Bénin-Niger*, Paris, Larose, 1945.

(14) H. Paret, *Planification de la santé en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 1984

(15) M. King, *Medical Care in Developing Countries. A Primer on the Medicine of Poverty and a Symposium from Makerere*, Nairobi, Oxford University Press, 1966.

Il y avait cependant un fossé entre discours et pratique. D'abord, parce que l'Afrique des années quatre-vingt était dépourvue de moyens pour passer à la mise en œuvre. S'il y avait, en 1912, un médecin pour 80 000 habitants en Afrique de l'Est, le Burkina, le Burundi, le Mali, le Niger, le Rwanda, le Sénégal ou le Swaziland n'en comptent toujours qu'un pour 20 000 (soit quatre fois plus) dans le meilleur des cas, sans parler de l'Ethiopie ou du Mozambique où on reste nettement en deçà d'un médecin pour 100 000 ou même 200 000 habitants. Alma-Ata présupposait une augmentation massive des cadres et des budgets de santé. On allait mobiliser les ressources nationales et accroître la solidarité internationale. Ni l'un ni l'autre ne se sont réalisés.

Après la crise pétrolière de 1973-1974, la majorité des pays africains avait pu récupérer : l'accroissement du PNB par habitant pour l'Afrique subsaharienne restait, bien sûr, en dessous d'un minimum acceptable, mais c'était un accroissement. Or, dès que survient la récession globale de 1979-1980 le PNB part en chute libre, pour ne plus être, en 1985, que de 84 % du niveau de 1973. Il a diminué dans plus de trois pays sur quatre. Les effets de cette récession, à laquelle viennent s'ajouter des catastrophes écologiques, des conflits militaires et le fiasco de nombre de politiques financières et agricoles, se traduisent dans quasiment tous les indicateurs économiques. La crise économique fournissait la toile de fond des problèmes politiques majeurs. Un cas d'espèce était le Mozambique, où à partir de 1982 les attaques des services de santé faisaient partie intégrante de la politique de déstabilisation menée par l'Afrique du Sud (16). Entre 1982 et 1985, 196 postes de santé y ont été complètement détruits et 288, pratiquement un quart des formations périphériques, saccagés ou fermés. Dans les zones rurales, le rapport médecins/population passait, entre 1982 et 1985, de 1/161 000 habitants à 1/433 000 (17). On pourrait dire qu'il s'agissait là d'un cas exceptionnel de situation de guerre. Or, pendant les années quatre-vingt, de telles exceptions – guerres, famines, troubles divers – étaient déjà tellement nombreuses qu'elles constituaient des contraintes à part entière : on estime que le nombre de personnes affectées par des troubles civils passa de 29 millions entre 1965 et 1979 à 69 millions entre 1980 et 1989, avec respectivement 3,4 et 2,9 millions de morts (18).

Les conséquences de la crise économique – et des politiques de réajustement que le FMI imposait – étaient telles qu'elles amenèrent les organisations internationales à essayer de limiter les dégâts. Car dégâts il y avait, dégâts directs par l'appauvrissement des pauvres, dégâts indirects par les coupes dans les dépenses publiques. En 1982, l'UNICEF les a documentés dans une étude retentissante (19). Les niveaux de mortalité baissaient, mais ce mouvement se ralentissait par rapport aux périodes précédentes, et il y avait des poches de surmortalité où la situation empirait. Dans neuf pays sur treize, l'accès à l'eau potable diminuait. Dans les villes, les services publics n'arrivaient pas à suivre le rythme de l'urbanisation. La malnutrition empirait dans des pays comme le Botswana, le Burundi, la Gambie, la Guinée-Bissau, le Niger et le Nigeria. On ne mourrait peut-être plus autant, mais cela ne signifiait pas pour autant qu'on était en meilleure santé.

A cette situation, l'UNICEF répliquait par des opérations coup de poing : essentiellement des programmes de vaccination et de réhydratation orale. Cela n'apportait cependant aucune réponse à l'effet le plus apparent de la crise :

(16) J. Cliff, A.R. Noormahomed, « The Impact of War on Children's Health in Mozambique », *Soc Sci Med.*, 1993, 36, pp. 843-848.

(17) J. Cliff, A.R. Noormahomed, « Health as a Target . South Africa's Destabilization of Mozambique », *Soc. Sci. Med.*, 1988, 27, pp. 717-722.

(18) C.P. Dodge, « Health Implications of War in Uganda and Sudan », *Soc Sci Med.*, 1990, 31, pp. 691-698.

(19) G. Cornia, R. Jolly, F. Stewart, *Adjustment with a Human Face*, London, Oxford University Press, 1984.

l'effondrement des services et la diminution des budgets. Au Nigeria, par exemple, le nombre de lits d'hôpital diminuait entre 1975 et 1985 : de 56 278 à 55 772, et ceci en dépit de l'accroissement de la population. Les dépenses privées pour la santé devenaient extrêmement importantes – la maladie coûtait, même si les soins étaient « gratuits ». Le budget national pour le secteur santé du Bénin passait de 3,31 dollars par habitant en 1983 à 2,69 dollars en 1986, dont plus de 2 dollars rien que pour les salaires. Les subsides gouvernementaux à la zone de Kasongo, un district sanitaire de l'est du Zaïre, passaient de 0,45 dollar (constants) par habitant par an en 1981 à moins de 10 cents en 1986. Ce type de situation se retrouvait un peu partout en Afrique (20).

Quels étaient les effets de ces compressions de budgets ? Comme on hésitait à renvoyer du personnel, les salaires accaparaient une part grandissante et incompressible des budgets récurrents. Entre 1981 et 1985 ils représentaient entre 65 et 70 % des budgets de fonctionnement en Mauritanie, au Congo, en Côte d'Ivoire et au Cameroun. La République centrafricaine était déjà à 90 % ; le Tchad et le Togo passeront à de pareils taux dès 1986 (21). Mais ces salaires se dévalorisaient de plus en plus – au début des années quatre-vingt, on pouvait déjà rencontrer au Zaïre des infirmiers dont le salaire mensuel permettait en tout et pour tout l'achat d'un œuf par jour, des médecins qui touchaient l'équivalent d'un casier de bière par mois – et on ne les payait souvent qu'avec des retards importants. On avait beau arrêter le recrutement – comme au Bénin où on continuait à former des médecins et des infirmiers qu'on ne pouvait engager, alors que les services périphériques restaient sous-équipés – cela n'arrangeait pas grand-chose à court terme.

S'il était politiquement difficile et gênant de licencier du personnel, cela l'était moins pour d'autres postes pourtant aussi critiques pour le fonctionnement des services : carburant, véhicules, maintenance et médicaments.

Les conséquences ne se sont pas fait attendre : démoralisation du personnel, absence de supervision, chute de qualité, sous-utilisation. Au Mali il y avait en 1974 encore plus de 50 contacts pour 100 habitants par an dans les services de santé. Quinze années plus tard ce chiffre est descendu à 29. Au Sénégal la chute de l'utilisation des services de santé a été encore plus spectaculaire : le nombre de contacts dans les services publics est passé des 12 à 14 millions de 1966 à 1978, à moins de 4 millions à partir de 1980. Des hôpitaux se retrouvaient sans eau courante, sans électricité, sans médicaments et sans carburant pour effectuer des tournées de supervision ou de vaccination. L'image classique du centre de santé avec sa longue file d'attente et son infirmier surmené devenait un anachronisme. Le cliché des années quatre-vingt est celui du grand bâtiment délabré avec un personnel plus ou moins nombreux, mais sans médicaments et avec à peine quelques patients par jour. Ces malades savaient qu'ils devraient payer pour des soins officiellement gratuits. Même la distribution illégale de médicaments marchait mieux que celle organisée par les réseaux gouvernementaux : les quelques médicaments vendus étaient, au moins, toujours disponibles.

(20) P.J. Freund, « Health Care in a Declining Economy : The Case of Zambia », article cité, pp. 875-888.

(21) M.-O. Waty. « Etat des lieux sur la crise du financement des services de santé en Afrique : quelles perspectives pour le financement communautaire ? », *Argent et Santé. Expériences de financement communautaire en Afrique*. Paris, Centre international de l'enfance, 1993, pp. 33-46

De déclarations vagues en querelles d'école

Le moins qu'on puisse dire, c'est qu'en pareille situation, mobiliser des fonds supplémentaires pour réorienter et étendre le réseau sanitaire allait être difficile. Dans la pratique, les autorités publiques restaient impuissantes. Les organismes d'aide bi- et multilatérale commencèrent à peser encore plus sur les décisions. Or – et cela allait rendre la situation encore bien plus difficile à gérer pour des administrations nationales dépourvues de cadres – on n'arrivait pas, dans le milieu de la technocratie internationale, à s'accorder sur l'interprétation à donner à la déclaration d'Alma-Ata. Chaque intervenant voulait des SSP à sa façon. La lecture volontariste des agents de santé de village (ASV), la version technocratique des SSP sélectifs et l'option de privatisation sont autant de variantes qui ont tenté de s'imposer aux pays au début des années quatre-vingt.

Les premières interprétations de la déclaration d'Alma-Ata furent ultra-décentralisées et ultra-démédicalisées. L'agent de santé de village (ASV), un volontaire avec quelques semaines ou quelques mois de formation, serait la solution au manque de formations sanitaires et au fait que, de toute façon, l'Etat ne fournissait pas l'argent pour les faire fonctionner. La population n'avait qu'à suppléer en fournissant main-d'œuvre et argent. Le tout serait autogéré et beaucoup mieux intégré dans la culture des populations. La santé deviendrait le fer de lance du développement communautaire.

Au début, on se fit beaucoup d'illusions parmi les ONG et dans les bureaux de l'OMS et de l'USAID, impressionnés par ce qui avait été réalisé, dans de toutes autres conditions, en Chine et au Niger. Or, les systèmes fondés sur des ASV se révélèrent difficiles à maintenir en place. Il y avait des problèmes de définition de tâches, de recrutement, de sélection, de formation, et surtout d'appui. Qui plus est, tout en étant moins efficaces, ils n'étaient pas moins chers que des centres de santé : on en arrivait vite à quelques dollars par habitant et par an ou à quelques centaines par ASV. Après un premier engouement, ce fut donc très vite le désenchantement.

Une deuxième lecture d'Alma-Ata consista à remplacer ce militantisme naïf par un technocratisme qui l'était tout autant. Elle fut présentée par Walsh et Warren en 1979, sous l'étiquette de « SSP sélectifs » (22). L'idée de base était qu'au lieu de s'occuper de la création d'un réseau de services, on ferait mieux de se concentrer sur un nombre limité de maladies, causes directes de mortalité précoce, pour lesquelles il y avait des solutions techniques. Les SSP se réduiraient ainsi à un problème de logistique : offrir ces techniques à un plus grand nombre de personnes. Cela se faisait aux dépens de choses qui, pour les technocrates de l'école américaine, n'étaient pas prioritaires : la souffrance, la participation, l'autonomie des gens vis-à-vis des soins de santé. En deux mots : la demande de soins. On retombait dans les vieilles recettes – et dans la continuité historique – de la lutte contre les grandes endémies, en les présentant comme stratégie intérimaire efficiente. L'esprit d'Alma-Ata était gentiment ridiculisé au profit de l'efficacité et de l'efficacités.

Le choix entre SSP « sélectifs » et « globaux » domina les débats académiques (européens) pendant le début des années quatre-vingt. Un numéro spécial de *Social Science and Medicine* y fut consacré en 1988. Il semblait avoir clôturé le débat, du moins du point de vue théorique (23). Mais la *praxis* politique était plus

(22) J.A. Walsh, K. Warren, « Selective Primary Health Care : An Interim Strategy for Disease Control in Developin Countries », *N Engl J Med*, 1979, 301 (18), pp. 967-974, J.A. Walsh, « Selectivity within Primary Health Care », *Soc Sci Med*, 1988, 26, pp 899-902.

(23) D. Grodos, X de Béthune, « Selective Health Systems : A Trap for Health Politics in the Third World », *Soc Sci Med*, 1988, 26, pp 879-889

tenace. L'approche verticale restait – et reste – alléchante pour des bailleurs de fonds qui n'avaient qu'une confiance limitée dans les autorités nationales, qui voulaient de la visibilité et la possibilité de contrôler où allait l'argent. Le poids de l'USAID et de l'école américaine au sein de l'UNICEF, ainsi que le traditionalisme de la coopération française firent que, sous une forme ou une autre, le verticalisme resta une tendance forte, également à travers les interventions d'urgence.

Sans avantage comparatif d'efficacité vis-à-vis des interprétations plus « globalisantes » des SSP, l'approche sélective, tout comme celle des ASV, ne pouvait être sauvée que par son efficacité. Il n'en fut rien : ces programmes étaient chers, et les gouvernements pouvaient difficilement prendre la relève des bailleurs de fonds internationaux. Plus grave, sur le terrain, ils étaient moins efficaces et durables que les alternatives basées sur les centres de santé.

Le problème du financement des soins se posait donc avec de plus en plus d'acuité. Pour les malades, les alternatives étaient simples. Gratuité officielle ou pas, si on n'avait pas d'argent, on n'était pas soigné, si on en avait, on l'était parfois. Vis-à-vis de ces problèmes, le monde politique se rendit à l'évidence : on ne pouvait fournir des soins que si quelqu'un les payait. Contrairement aux idées reçues, parmi les précurseurs du recouvrement des coûts, il n'y avait pas que des pays sous la coupe de la Banque mondiale, mais un nouvel Etat marxiste-léniniste avec des conseillers cubains : le Mozambique de 1977. Même les pays où la gratuité des soins était restée un tabou jusqu'à la moitié des années quatre-vingt ont dû l'accepter. Qu'y avait-il de plus évident, devant l'impuissance manifeste des pouvoirs publics et l'apparition de plus en plus fréquente de médecins privés, que de proposer un désengagement de l'Etat, couplé à un recouvrement de coûts, et à la privatisation du secteur le plus lucratif : les soins curatifs.

Les organisations non gouvernementales à but non lucratif avaient une part importante du marché des soins : de 30 à 40 %. Tout en amalgamant privé commercial et non gouvernemental à but non lucratif dans un même discours de privatisation, ce à quoi certains pensaient maintenant c'était à la médecine privée urbaine. Dans de nombreuses situations, une dérégulation sauvage du curatif ne serait que l'officialisation d'un état de fait : une grande partie des fonctionnaires de la santé faisaient du privé après (ou pendant) leurs heures de travail. Même dans des pays comme la Tanzanie ou le Mozambique on commençait, vers la fin des années quatre-vingt, à voir apparaître les premiers médecins privés à temps plein. Cela ne pouvait se faire qu'en renonçant à toute une tradition institutionnelle de responsabilité de l'Etat et aux objectifs qu'on s'était fixés à Alma-Ata. En fait, il s'agissait de la rationalisation de l'impuissance de l'Etat et d'une capitulation envers les inégalités en matière de santé.

Cette interprétation « thatchérienne » des SSP fut d'abord idéologique. Le rationnel était que même les économies fortes ne pouvaient plus se permettre de payer pour des services publics et que les économies faibles devaient se débarrasser de leurs bureaucraties pléthoriques si elles voulaient rester éligibles pour les prêts et investissements étrangers. Avec la fin de la guerre froide, on n'avait d'ailleurs plus besoin de l'Etat-providence comme contrepoids au « danger communiste », et les crises économiques avaient eu raison du nationalisme post-colonial.

Mais même la Banque mondiale écrit, et cela dès 1987, qu'un « secteur médical privé important, riche et privilégié [...] pourrait créer une confusion auprès du public entre soins de bonne qualité et soins chers ». La solution à ce problème ne serait pas de museler le secteur privé, mais de « promouvoir un rôle agressif dans le développement des programmes préventifs, l'information des utilisateurs de ces programmes et leur rôle critique dans l'amélioration de la santé » (24).

(24) World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries An Agenda for Reform*, Washington DC, World Bank, 1987.

L'appui pour la privatisation sauvage ne fit pas long feu. On a très vite vu que ce secteur privé ne pouvait fournir de solution que pour une petite frange de la population, sa clientèle potentielle se limitant essentiellement à des citoyens adultes de sexe masculin. Mais, si tout le monde restait convaincu que les services publics devaient continuer à avoir une place prépondérante, cela ne veut pas dire pour autant qu'on ait réussi à endiguer la privatisation sauvage.

Ce qui est resté de ces interprétations volontaristes, sélectives et thachériennes, c'est essentiellement l'acceptation du principe de recouvrement des coûts. Une des prémisses de cette option était que les populations étaient disposées à payer pour leurs soins : c'était certainement vrai, mais avec des limites. Au Lesotho, par exemple, l'égalisation des tarifs entre le secteur gouvernemental et non gouvernemental en 1983-1984 avait eu comme résultat une chute des consultations auprès des formations gouvernementales. Une partie des malades s'est dirigée vers les missions qui avaient une meilleure réputation. Une autre partie n'est tout simplement plus venue. Il est vite devenu clair que le recouvrement des coûts ne pouvait pas financer le système des soins : s'il y avait des endroits où il pouvait faire fonctionner le premier échelon, en général il ne fournissait qu'un apport financier marginal.

● **Bamako et le retour au district**

Il fallait donc de nouvelles idées. Grant, directeur général de l'UNICEF, sous pression américaine pour lancer de nouvelles initiatives pour l'Afrique, réussit à prendre l'OMS de court au comité régional de l'OMS à Bamako en 1987. Il y proposa une stratégie « simple » : la fourniture de médicaments essentiels pour tous (y compris les vaccins) couplé à l'autofinancement local. Les ministres de la Santé l'adoptèrent sous l'étiquette d'« Initiative de Bamako », et l'OMS accepta, à contrecœur, il est vrai, d'en faire un axe stratégique. On subventionnerait les médicaments pendant un certain temps ; on les revendrait à trois fois le prix, la différence permettant de financer les soins à la mère et à l'enfant et de rendre gratuits les soins pour les indigents. Cela résoudrait le problème des coûts récurrents et celui de la sous-utilisation des services, tout en évitant les dégâts d'une privatisation sauvage. Vers le début des années quatre-vingt-dix, l'UNICEF intervint directement, à travers l'Initiative de Bamako dans 1 794 formations sanitaires : 221 des 1 048 districts de 18 pays. Une bonne partie de l'aide financée par plusieurs pays européens et par l'Union européenne se fit selon des approches similaires.

Entre temps, l'OMS réussissait quand même, à un moment où Mahler s'apprêtait à laisser son poste de directeur général, à recentrer le débat à la conférence de Harare de 1987. C'était un retour à la notion de district de santé.

Un premier argument était que le « centre de santé intégré » – héritier de la tradition des dispensaires, mais transformé en clef de voûte du système de soins – était l'alternative la plus viable aux ASV, programmes « sélectifs » et praticiens privés, tout en étant la seule qui répondait à la demande de soins de la part des populations. Les décideurs nationaux furent fort sensibles à cet argument, essentiellement basé sur l'effet de démonstration d'un certain nombre d'opérations de terrain à petite ou moyenne échelle : Danfa au Ghana, Pahou au Bénin, Machakos au Kenya, Pikine au Sénégal, Kasongo et Kinshasa au Zaïre. D'autre part, et c'est là un argument qui fit la différence dans le monde de la coopération internationale, on commençait à avoir une certaine documentation de l'impact de ces centres de santé. On avait montré que c'était une option financièrement faisable et efficace. Ces résultats avaient le mérite de contraster favorablement avec les déceptions des SSP sélectifs et des ASV, tout en renouant avec une tradition de responsabilité du public pour la santé des gens. Ils seront confirmés par les centres de santé « revitalisés » avec l'appui de l'UNICEF dans le cadre de l'Initiative de Bamako.

La nouvelle foi dans le potentiel des centres de santé se couplait à la revalorisation du rôle de l'hôpital en tant que niveau de recours nécessaire, et à la conviction que le format de district offrait un niveau de décentralisation gérable et robuste. De plus, on avait l'espoir que ce serait financièrement faisable. On estimait pouvoir fournir un paquet de soins de premier et de deuxième échelon « raisonnable » pour moins de 10 dollars par habitant et par an. C'était nettement moins que les dépenses effectives des systèmes en place, et à peine trois fois ce que l'aide extérieure investissait en appui à la santé en Afrique.

Le recentrage sur le district semblait donc offrir des garanties de stabilité, pour résister aux fluctuations des catastrophes continuelles et à la dépendance politique et financière vis-à-vis de l'étranger. L'Initiative de Bamako donnait un espoir de pouvoir mobiliser des ressources. La notion de paquet minimum et de complémentarité entre centre de santé et hôpital rendait un contenu à l'activité sanitaire répondant à la fois à une logique épidémiologique et à une logique de satisfaction de la demande de soins.

La conférence de Harare n'eut pas le renom de celle d'Alma-Ata, et l'Initiative de Bamako ne connut pas le même succès que le PEV. Plusieurs pays saisirent cependant ces occasions pour essayer de relancer les SSP. De nombreux ministères de la Santé – que ce soit en Tanzanie ou au Mali –, et des organismes de coopération comme la GTZ firent des districts le cœur de leur stratégie. Elle fit ses preuves de robustesse au Zaïre, où elle permit une durabilité remarquable des structures sanitaires dans un climat politique et économique des plus adverses, ou dans une Guinée en pleine crise de réfugiés.

Mais l'OMS était déjà en perte de vitesse. Le début des années quatre-vingt-dix marquait l'ascension de la Banque mondiale comme acteur déterminant sur la scène de la santé africaine. En 1990, la Banque mondiale prêta en Afrique 382 millions de dollars pour la santé. En 1997, les prêts de la Banque s'élevaient à 940 millions de dollars, une somme qui restait relativement réduite par rapport à celle des autres donateurs. Le rôle stratégique de ces prêts était cependant considérable étant donné la faiblesse de l'OMS d'après Mahler et le manque de technicité de l'Union européenne, un des bailleurs de fonds les plus importants. La Banque mondiale avait commencé à prendre une position de leadership avec l'intérêt porté au financement du secteur santé, vers 1987, à la suite des critiques des effets de l'ajustement structurel. En 1993 elle consacrait son rapport sur le développement et la santé et publiait *Better Health in Africa* (25). Ces documents influents reprenaient systématiquement les notions de paquet minimum de soins intégrés, de district sanitaire et de gestion financière décentralisée. Ils cautionnèrent et accélérèrent la diffusion des idées sur l'organisation par district. Dès 1998, par exemple, dix-neuf pays sur vingt et un de l'Afrique de l'Ouest et centrale avaient défini leur « paquet minimum de soins ».

● **Les réformes et la question du contre-pouvoir**

Vers la moitié des années quatre-vingt-dix la technocratie internationale crut donc savoir ce qu'il fallait faire. Encore fallait-il pouvoir le traduire en pratique. Cela posait évidemment le problème du financement. La pression fiscale de la santé était importante, tandis que le coût de la maladie handicapait le développement économique, et que le marasme économique avait un coût social élevé. Il devenait par

(25) World Bank, *Better Health in Africa*, Washington DC, The World Bank, 1994.

ailleurs de plus en plus clair qu'il fallait protéger le consommateur, alors qu'on ne pouvait plus se fier à un personnel souvent poussé à la prédation.

Il fallait également dépasser le niveau de projet ou de district. Pour pouvoir le faire, la communauté des bailleurs (la Banque mondiale, puis l'USAID, bientôt suivis de DANIDA et de l'Union européenne) développa des instruments d'appui hors projet et d'approche sectorielle. Ceux-ci devaient permettre une réforme de l'ensemble du système, avec un souci constant de décentralisation et de recherche de nouvelles formules de financement. Tout cela impliquait la recherche de rapports différents entre l'Etat, ses partenaires et les populations. C'était d'autant plus nécessaire que les désengagements radicaux de l'Etat-providence n'avaient pas apporté de solution satisfaisante à la crise économique qui les avaient provoqués, et qu'ils avaient été censés résoudre.

En 1998, deux tiers des pays africains étaient formellement « en cours de réforme », dans un cas sur deux avec un programme d'investissement sectoriel à la clef. De l'époque de l'appui aux « projets » et aux programmes verticaux, on passait à l'assistance « hors projet ». Dans ce cas typique, c'était une aide budgétaire fournie par tranches conditionnées par des étapes de réforme prédéfinies. Les fonds étaient gérés par le pays qui les recevait. Elle devait permettre une plus grande autonomie décisionnelle au niveau national et moins d'implication de la part des donateurs et de l'assistance technique dans la gestion. En pratique cependant, la composante d'assistance technique et l'interférence dans la gestion restaient souvent substantielles. Les structures du pouvoir étaient trop faibles pour pouvoir mener le processus de décentralisation. Là où il y avait un effort conscient et coordonné, se situant dans un contexte de démocratisation de la vie politique, décentraliser n'a pas voulu dire désengager. Mais décentraliser comporte des risques réels de désengagement déguisé, si les moyens ne sont pas fournis aux districts pour pouvoir travailler efficacement.

Renforcer les structures des pouvoirs publics aux niveaux central et régional est donc nécessaire – on ne peut coordonner une politique de santé que si on a un certain leadership –, mais cela doit se passer sans conduire à une centralisation encore plus poussée ou nouvelle. Cette contradiction va continuer à déterminer les politiques sanitaires en Afrique pour longtemps.

Il est clair qu'on ne peut retourner à l'Etat des années soixante et soixante-dix. La pression fiscale des soins de santé, encore aggravée par la pression de la demande liée à la transition épidémiologique et au sida, serait trop grande. Par ailleurs, on est trop conscient du phénomène de la mauvaise gouvernance, avec son secteur public criblé de dettes, gonflé et sous-performant. L'Etat doit avoir des comptes à rendre. Or, au contraire de l'Europe, où les autorités sanitaires doivent tenir compte des professions médicales fortes de leur héritage de guildes, et des mouvements ouvriers et sociaux qui ont bâti l'Etat-providence, l'Etat africain actuel n'a le plus souvent de comptes à rendre qu'aux bailleurs. Faible au départ, il n'est confronté à aucun contre-pouvoir organisé, ni de la part de la société civile, ni de la part des professionnels. Plus encore qu'auparavant les politiques de santé sont une question de gestion étrangère et d'apprentis sorciers, sans résultats vraiment probants.

Il y a cependant de l'espoir. En mars 1999, 43 pays africains se sont réunis à Bamako pour évaluer dix ans d'Initiative. Pour la première fois on y a explicitement formulé le problème en termes de droit : « droit à la santé, aux soins de santé, et à la dignité dans les rapports entre citoyen et services de santé ». En dépit des luttes d'agenda des diverses organisations internationales impliquées, ces idées semblent faire leur petit bonhomme de chemin parmi la technocratie et dans certains pays. Si les gouvernements réussissent à créer les conditions politiques nécessaires de paix, de stabilité, de démocratisation, de décentralisation, cela donnerait aux sys-

tèmes de santé la possibilité de s'organiser pour permettre aux citoyens d'exercer ce droit. La question principale de la santé en Afrique pourrait bien être de créer des contre-pouvoirs auxquels la « santé publique » serait redevable. On ne peut aller de l'avant si on continue à considérer les populations seulement comme des « cibles » de l'action sanitaire.

La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'Ouest francophone

Joseph Brunet-Jailly*

Les grands de ce monde et les institutions financières internationales se sont mis d'accord, ces dernières années, après un temps d'incertitude, sur l'idée qu'il faut sauver l'Etat en Afrique. On attend de lui, selon une tradition bien établie, qu'il remplisse en totalité un certain nombre de fonctions, notamment en matière de redistribution et de garantie des « droits » (à la santé (1), à l'éducation, au travail...) (2). C'est donc dans le contexte d'une réflexion sur ce qu'on peut attendre, aujourd'hui, de l'Etat dans les anciennes colonies d'Afrique que nous voudrions examiner s'il y a un sens, dans ces Etats, à parler de politique publique en matière de santé. Si certains aspects de la politique publique des Etats ont été déjà analysés, le secteur de la santé, comme celui de la formation, ont traditionnellement été tenus à l'écart de toute évaluation, tant on voulait croire au rôle irremplaçable de l'Etat dans ces domaines « sociaux ». Or, il paraît indiqué de ne pas se contenter d'invoquer par exemple le droit à la santé pour justifier l'intervention de l'Etat : il faut aussi prendre la précaution élémentaire de vérifier ce que fait l'Etat, en pratique, dans ce domaine.

Contrairement à ceux qui croient à la liberté d'action d'Etats souverains dont chacun définirait sa politique dans les divers domaines, il apparaîtra rapidement qu'il est parfaitement justifié de traiter de la politique de santé à partir d'un modèle unique, imposé de l'extérieur. C'est ce modèle du système de santé, et les divers aspects de la politique qui permet de le mettre en place, qu'on devra présenter. Ce faisant, on répondra directement à la question de savoir quel est le contenu de la politique publique en matière de santé.

* Economiste, IRD, Abidjan.

(1) C'est par exemple la constitution de l'Organisation mondiale de la santé qui énonce que « ... jour de la santé la meilleure possible est l'un des droits fondamentaux de tout être humain. . . », la santé étant définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » (World Health Organization, 1948)

(2) En 1989, le professeur Gentilini faisait adopter par des universitaires et des chercheurs francophones une « Déclaration de Bamako » qui précise que « la prise en charge des maladies (maladies carencielles, maladies transmissibles, maladies non transmissibles, maladies de société . . .) doit être assurée par les budgets nationaux et les aides internationales » (Gentilini *et al* , 1993, annexe 2 au chapitre 6).

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Organiser la santé

191



L'inspiration commune des politiques publiques de santé

Les politiques publiques de santé sont fortement inspirées par une doctrine élaborée par l'Organisation mondiale de la santé, dont l'assemblée générale est composée des ministres de la Santé des Etats membres et respecte la règle « un Etat, une voix », mais qui s'est au fil des décennies bâti la réputation d'identifier les meilleures solutions techniques aux problèmes de santé publique.

La notoriété acquise grâce à quelques incontestables succès dans la mobilisation des énergies autour d'objectifs limités (par exemple l'éradication de la variole) est utilisée par la suite pour prendre position sur des sujets incomparablement plus complexes, mais d'un intérêt vital pour les professionnels. Ces positions ont porté, depuis trente ans, essentiellement sur quatre thèmes : les soins de santé primaires, les programmes verticaux, la constitution d'un système de santé pyramidal et le recouvrement des coûts.

L'Organisation mondiale de la santé a défini, en 1978, une stratégie de la santé pour tous par les soins de santé primaires (World Health Organization, 1978) : cette stratégie est certes présentée comme un effort généreux et convaincu des Etats en faveur de leurs pauvres, mais elle s'est souvent réduite à faire distribuer quelques soins élémentaires par des agents de santé de village formés à la hâte à quelques rares gestes. Les autres dimensions de la stratégie des soins de santé primaires, à savoir l'éducation sanitaire, mais aussi « la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des grandes endémies, la fourniture de médicaments essentiels » (Kleczkowski *et al*, 1985) étaient beaucoup plus difficiles à réaliser.

Bien entendu, cette stratégie très insuffisante, tout juste bonne à alimenter des discours sur la mobilisation des « communautés », convenait parfaitement aux ONG et aux coopérations bilatérales. Cependant, il faut certainement pardonner à l'Organisation mondiale de la santé d'avoir entretenu quelques illusions sur ce sujet, puisque la Banque mondiale elle-même était visiblement séduite, en 1975, par ces modèles.

Pour l'Organisation mondiale de la santé, comme d'ailleurs pour les bailleurs de fonds bilatéraux ou multilatéraux, il fallait par ailleurs impérativement réussir quelques coups d'éclat dans des domaines clairement techniques, en choisissant bien le problème à résoudre et en mobilisant les moyens nécessaires. Tel est précisément l'objectif que peuvent viser les programmes « verticaux » qui s'organisent en marge des activités ordinaires des services de santé, disposent de leur propre financement, de leur propre matériel, de leurs propres moyens d'intéresser le personnel à leurs activités. Ainsi se sont développés des programmes spécifiques de vaccination (programme élargi de vaccinations, créé par l'OMS et l'UNICEF en 1974), de lutte contre les maladies diarrhéiques (lancé par l'OMS en 1978), de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (lancé par l'OMS en 1977), de lutte contre le sida (lancé en 1986), le programme de médicaments essentiels (lancé en 1977), sans compter les programmes encouragés par les bailleurs publics ou privés bilatéraux (lutte contre la tuberculose, contre la dracunculose, contre le paludisme, programmes de santé maternelle et infantile, etc.) ou par l'OMS (promotion et développement de la médecine traditionnelle, par exemple, à partir de 1978) ou par le concert des bailleurs (programme de lutte contre l'onchocercose). Parmi ces réalisations, les programmes élargis de vaccination, abondamment financés dans les années quatre-vingt, présentaient toutes les caractéristiques permettant d'obtenir des résultats rapides ; ils ont permis une large redistribution en termes de matériel (réfrigérateurs,

matériel de transport, etc.), de personnels (indemnités), de déplacements (frais de mission), et offert la possibilité aux chefs d'Etat ou aux ministres de la Santé de se faire photographier vaccinant un enfant.

Une troisième ligne de pensée inspirera la politique de santé des pays en développement, et notamment des pays d'Afrique au sud du Sahara, la prétendue nécessité de constituer un système de santé pyramidal, dont un échelon essentiel serait le district, circonscription sanitaire d'une taille moyenne bien définie et dotée d'un personnel et d'un équipement standardisés. Cette conception a eu d'autant plus de force que, malgré une réserve importante sur laquelle on reviendra, elle a été rapidement adoptée par la Banque mondiale.

Dans la pratique, cette conception pyramidale, à base très large, du système de santé sera complétée par l'interprétation sélective donnée aux soins de santé primaires (Rifkin et Walt, 1986 ; Warren, 1988 ; Walsh, 1988) : ces formations sanitaires périphériques sont chargées de distribuer un « paquet minimum d'activités ». C'est cette vision du système de santé qui sera mise en œuvre dans les années quatre-vingt-dix par les programmes de la Banque mondiale avec l'assistance technique de l'UNICEF (Sen et Koivusalo, 1998).

Le quatrième point commun aux politiques de santé s'est imposé avant même que les nécessités de l'ajustement ne se fassent pressantes. L'Organisation mondiale de la santé a ouvert la voie dès 1978 en prônant la participation financière des populations au financement des services de santé, et en la présentant comme la conséquence naturelle de leur participation à la gestion de ces services. L'argumentation part du fait que la crise des finances publiques ne permet pas d'espérer, pour la santé, des dotations plus importantes, bien au contraire. Mais alors il suffirait de « réduire la responsabilité du gouvernement dans le financement des services qui procurent peu de bénéfice à la société dans son ensemble (mais réservent tout leur bénéfice à leurs utilisateurs directs) » pour obtenir que « des ressources gouvernementales (ou publiques) plus importantes soient rendues disponibles pour fournir les services qui procurent des bénéfices à la société tout entière » (World Bank, 1987, p. 1), d'autant plus que « les individus sont généralement disposés à payer pour les services, essentiellement curatifs, qui ont un bénéfice évident pour eux-mêmes ou pour leur famille » (World Bank, 1987, p. 2), alors que d'autres services (les vaccinations, l'éducation sanitaire, par exemple) ne bénéficient qu'à la société tout entière. Selon la Banque mondiale, « ce sont des décisions prises essentiellement dans l'arène politique qui détermineront si les fonds libérés seront utilisés pour les pauvres ou pour des services qui procurent des bénéfices publics, plutôt que pour la construction d'hôpitaux urbains ou pour l'achat d'équipements superflus et coûteux » (World Bank, 1987, p. 8). Cette politique des prix peut enfin être présentée comme un moyen de favoriser, progressivement, une transformation complète des structures des systèmes de santé, une redistribution des ressources et des rôles entre le secteur public et le secteur privé, transformation qu'il serait peut-être impossible de provoquer par une décision politique.

● **Le contenu des programmes financés par la Banque mondiale**

En 1980, la Banque mondiale finance son premier projet dans le domaine de la santé, en Indonésie. La part du secteur « Santé, population et nutrition » dans le total des prêts de la Banque, qui était de 1,5 % pour la période fiscale 1986 devrait atteindre 8,7 % pour 1995-1997 ; entre 1987 et 1995, le montant annuel des prêts est supérieur à 500 millions de dollars. Depuis l'origine de ces prêts, l'Afrique a bénéficié de 48

projets dans ce secteur sur un total général de 124 (Stout *et al.*, 1997, pp. 34-37). Il est évidemment difficile de ne pas rapprocher cette décision « sectorielle » de son contexte macro-économique et institutionnel, qui est celui de l'ajustement structurel. Comme il n'est pas possible de donner une présentation détaillée de ces programmes, nous tenterons de résumer, pour les quelques pays d'Afrique de l'Ouest sur lesquels nous avons pu nous documenter, les actions essentielles qui ont été financées par la Banque mondiale au cours des années récentes.

Mali : étendre le réseau

Dans ce pays, comme les districts sanitaires existaient déjà, dépourvus cependant de toute responsabilité de décision et de gestion car gérés depuis Bamako de la façon la plus bureaucratique, le programme de la Banque mondiale a prévu de financer un accroissement considérable du nombre de formations sanitaires de premier niveau, au-delà du réseau existant de 240 centres de santé d'arrondissement tenus par des infirmiers. Aucune justification n'a été donnée de la priorité accordée à cette extension du réseau. En plaçant son intervention à l'extrême périphérie du système de santé, la Banque mondiale peut prétendre contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire. Mais quelle est la qualité de la couverture offerte à la périphérie lorsque les hôpitaux de référence ne fonctionnent pas correctement ? Un tel choix permet donc d'employer des montants importants d'aide extérieure en esquivant les problèmes délicats de la nature, du niveau et de la qualité de la pratique médicale dans les hôpitaux de district et provinciaux. Cette option évite aussi de prendre parti sur le chômage de centaines de jeunes médecins non recrutés, ou sur les réformes qui permettraient de diminuer le coût des soins jusqu'au niveau qui les rendrait accessibles pour la population (Brunet-Jailly, 1991). En outre, les experts de la Banque mondiale pourront prétendre que leur programme atteindra ses objectifs sans augmenter les charges de l'Etat, parce que le personnel des nouvelles formations sera payé par « les communautés ». Ce programme vise donc à installer 120 postes de santé tenus par des infirmiers au niveau des villages (Banque mondiale, 1991b, § 3.07), chacun étant capable de desservir 10 000 personnes, de fournir 4 000 à 5 000 consultations dans l'année, et de collecter en moyenne 500 francs CFA par consultation (Banque mondiale, 1991b, § 3.09).

Côte d'Ivoire : renforcer le ministère de la Santé

La Côte d'Ivoire définit aujourd'hui une pyramide sanitaire, mais la sienne ne compte pas moins de neuf niveaux (République de Côte d'Ivoire, 1991). Chaque niveau est défini, quant à son personnel, de la façon la plus stricte. Dans tous les établissements sanitaires, on procédera à une réorganisation interne fondée sur les techniques « Organisation et méthodes », et l'ensemble du processus est une application littérale de la technique de planification-programmation-budgétisation. On sait depuis des décennies que cette façon de définir les structures sanitaires se heurte à deux objections essentielles et fondamentales : d'abord, la rigidité des structures définies interdit de prendre en compte les spécificités de chaque cas pratique, par exemple en matière de pathologie à traiter, d'utilisation effective des services par la population, de facilités d'accès aux formations, etc., et conduit donc à plaquer un système uniforme sur des réalités diverses ; en second lieu, elle remplace la démarche intellectuelle d'adaptation incessante des moyens aux objectifs, démarche qui doit être celle des responsables de la santé publique, par des normes bureaucratiques qu'on se contentera d'appliquer dans la plus totale irresponsabilité.

Cet exercice de planification permet toutefois de justifier la construction, pendant la période 1991-2000, de 154 postes de santé rurale, 228 maternités, 50 dispensaires urbains, 69 maternités urbaines, 4 hôpitaux de seconde catégorie, etc. De la sorte, le secteur de la santé de Côte d'Ivoire peut absorber, à lui seul, une somme de 46 milliards francs CFA pour des constructions neuves et leur équipement, et un montant additionnel de 43 milliards pour la rénovation de formations existantes ! (République de Côte d'Ivoire, 1991, pp. 38-39).

Sénégal : mettre en place des « districts »

Les documents officiels nous apprennent que, au Sénégal, le secteur privé « coexiste harmonieusement avec le système public, et est particulièrement actif dans la région de Dakar » (République du Sénégal, 1993, p. 7). L'harmonie tient-elle au fait que, depuis longtemps, entre le secteur public et le secteur privé, les honoraires vont de 1 à 35 pour la consultation d'un adulte par un médecin généraliste, et de 1 à 25 pour un accouchement normal (Mashayekhi, 1981, pp. 48, 83) ? Or l'essentiel du « Projet de développement des ressources humaines » que finance la Banque mondiale au Sénégal semble être la création de districts.

A l'évidence, la création de districts sanitaires n'est pas une solution à ces problèmes : on ne peut pas en attendre une réduction des écarts de prix entre le secteur public et le secteur privé, on ne peut pas en attendre une réduction de la concentration des professionnels de santé à Dakar où les attire la pratique privée, on ne peut pas en attendre une meilleure adaptation de l'enseignement médical et des hôpitaux universitaires aux besoins de la population. Le Sénégal s'est doté d'un système de santé inéquitable, qui met à la disposition de la majorité de la population un système de santé public en déconfiture, mais fournit des soins de qualité aux riches.

Et par ailleurs, cette politique qui consiste à compléter la pyramide sanitaire publique selon les « normes de l'OMS » en créant un niveau supplémentaire et à doter chaque formation selon les normes nationales conduit à des conclusions absurdes. On parvient à chiffrer un déficit en personnel à 845 agents pour les centres de santé, plus 387 pour les hôpitaux régionaux, plus 426 pour les nouvelles infrastructures à réaliser d'ici 1995, soit plus de 1 600 agents, ou 30 % de l'effectif total du ministère (République du Sénégal, 1993). Or chacun sait qu'au Sénégal l'Etat n'augmentera pas de 30 % l'effectif du ministère de la Santé.

Burkina Faso : ajouter un niveau à la pyramide sanitaire

On dispose pour ce pays d'un diagnostic particulièrement clair de la situation des services de santé. En résumé : « les formations sanitaires sont utilisées à moins de 30 % de leurs capacités » et essentiellement parce que la « qualité des services est considérée comme médiocre [...] avant tout à cause de l'impossibilité de trouver des médicaments d'un coût abordable et de l'attitude des agents de santé, jugée souvent arrogante » (Banque mondiale, 1994). On pourrait donc imaginer que le financement de la Banque mondiale servirait à modifier, d'une part, les conditions de l'approvisionnement pharmaceutique et, d'autre part, les éléments (de rémunération, d'organisation du travail, de responsabilité dans le travail, etc.) qui déterminent l'attitude du personnel.

Concernant les personnels, le raisonnement de la Banque mondiale est le suivant : « l'insuffisance de la supervision du personnel des CSPS (centre de santé et de promotion sociale : nom de la formation sanitaire de base tenue par un infir-

mier) par les autorités provinciales et de district crée un sentiment d'isolement et démotive le personnel de santé » ; donc, il faut lutter contre l'arrogance par « le renforcement des services périphériques grâce à l'organisation en districts sanitaires centrés autour des CMA » (centre de santé amélioré, c'est-à-dire centre médical disposant d'une antenne chirurgicale et employant une vingtaine d'agents dont deux médecins) « qui superviseront et contrôleront les services de soins de santé primaires » (Banque mondiale, 1994).

Le premier projet de santé financé par la Banque mondiale a permis d'établir, entre 1985 et 1990, 142 CSPS dans des zones rurales et urbaines grâce à un effort tel que « presque toutes les activités du projet étaient concentrées sur l'exécution de la composante investissement » (Banque mondiale, 1994, § 2.50). A l'évidence, le nouveau programme se propose de continuer (en construisant 45 CSPS de plus) et d'édifier le niveau supérieur, sans avoir réglé quelque problème que ce soit. On a créé 142 CSPS nouveaux, mais 30 sont fermés faute de personnel : le projet de la Banque ne traite pas de ce problème, puisque le gouvernement a donné l'assurance qu'un plan national serait mis au point. Mais « en l'absence de modifications complémentaires dans les effectifs, l'approvisionnement en médicaments et la gestion financière, il est probable que la construction de formations sanitaires et l'extension de leurs équipements, comme proposé dans le plan de développement national 1991-1995, obtiendront très peu de résultats » estiment certains consultants (McLees, 1994, p. 25). De plus, la pyramide sanitaire envisagée serait justifiée si les malades dont l'état l'exige étaient envoyés vers les niveaux de référence. Or cela ne se produit pas : le personnel des formations de base hésite toujours à reconnaître que tel cas dépasse ses compétences, et donc retient les cas à transférer ; et le personnel des formations de référence renforce systématiquement ce comportement, que ce soit en faisant savoir que tel cas n'aurait pas dû être transféré, ou en faisant savoir que le transfert a été trop tardif. Les rares transferts se produisent dans des conditions extrêmement défavorables, même à l'intérieur de la capitale (par exemple Akoi Ahizi *et al.*, 1999 ; Portal *et al.*, 1999).

● **Défense du secteur public et du secteur privé**

On admet volontiers que la politique de santé ne se limite pas aux investissements qui sont faits pour développer la structure du système et l'adapter à un modèle pré-établi. Elle comporte aussi, bien évidemment, des décisions en matière de formation, de recrutement, d'affectation et de rémunération du personnel, des décisions en matière de politique des prix, etc. Elle se traduit par des résultats facilement observables en termes d'activité (voir les statistiques du nombre des consultations, des consultants, des hospitalisations des journées d'hospitalisation, des enfants vaccinés, etc.).

Les moyens et les activités du secteur public

Il n'est pas facile de prouver, au moins pour ce qui concerne l'Afrique de l'Ouest, que le secteur de la santé a été la grande victime de l'ajustement des finances publiques. Ainsi, par exemple, en Côte d'Ivoire, les années quatre-vingt ont connu non pas une diminution mais un accroissement de la part de la santé dans les dépenses publiques : cette part est passée de moins de 6 % au début de la période à environ 10 % en 1986 et 1987, au moment où la crise était la plus profonde (Répu-

blique française, 1991, p. 20). Au Mali et au Burkina Faso, la dépense publique par tête ne diminue pas entre la première moitié et la seconde moitié des années quatre-vingt, mais au contraire augmente approximativement de 10 % dans l'un et l'autre pays. Dans l'ensemble, pour les seize pays pour lesquels une étude plus détaillée a pu être conduite, et pour cette décennie, il apparaît que les dépenses publiques pour la défense, l'éducation et les infrastructures ont diminué, mais non les dépenses de santé (Gallagher, 1994, p. 87).

En outre, il faut s'interroger sur l'utilisation du financement public dans la santé. Il est essentiellement consacré aux salaires des agents du système public de santé. Or la crise n'a pas empêché les effectifs de ces agents d'augmenter. Ainsi par exemple, au Burkina Faso, « le personnel médical et paramédical est passé de 3 281 personnes en 1985 à 4 338 en 1993 » (Banque mondiale, 1994). Cette augmentation (32 % en huit ans) n'a apparemment pas permis de corriger la mauvaise répartition géographique de ce personnel : 60 % des médecins et des sages-femmes, 38 % des infirmiers de l'Etat et 28 % des sages-femmes auxiliaires vivent dans deux départements, celui du Kadiogo et celui du Houet ; Kadiogo est la province de Ouagadougou, et le Houet celle de Bobo Dioulasso, où se trouvent les deux centres hospitaliers nationaux. Or les taux d'occupation de ces hôpitaux nationaux sont tombés de 96 % et 90 % respectivement en 1986 à 45 et 53 % en 1991 (Banque mondiale, 1994) avant l'ajustement structurel.

Dans le même sens, on peut observer en Côte d'Ivoire que le nombre de médecins du secteur public est passé de 823 en 1989 à 1 106 en 1995 (+ 34 %), le nombre de sages-femmes de 1 201 à 1 632 (+ 36 %) et le nombre d'infirmiers de 4 235 à 4 436 (+ 5 %) (République de Côte d'Ivoire, 1996a, pp. 6-8) sans qu'on puisse dire quoi que ce soit de l'évolution globale des activités du système de santé public (car la statistique sanitaire est dans un état pitoyable). Quant à la répartition des fonds publics, elle a conduit à la multiplication par deux des crédits des établissements publics nationaux du secteur de la santé entre 1985 et 1992, soit une croissance à un taux annuel moyen supérieur à 10 %, ce qui est le triple du taux de croissance du budget de fonctionnement de la santé publique dans son ensemble (Vioussat, 1992, p. 46), alors que cette période est marquée par l'ajustement structurel. Dans le même temps, à Abidjan, le nombre de journées d'hospitalisation diminuait considérablement (de 21 % au CHU de Treichville et de 12 % au CHU de Cocody rien qu'entre 1989 et 1991) et le nombre de consultations externes aussi (Vioussat, 1992, pp. 42-44). L'augmentation des moyens s'est donc produite en même temps que l'activité diminuait, et rien ne permet de conclure que la qualité des soins a été améliorée. Enfin, alors que « le programme budgétaire du PVRH (Programme de valorisation des ressources humaines, nom qu'a pris le premier financement par la Banque mondiale d'activités concernant la santé en Côte d'Ivoire) prévoyait que la part des soins de santé primaires dans les dépenses ordinaires de santé s'élèverait progressivement de 35 % en 1991 à 42 % en 1995, [... elle...] n'atteignait que 25 % en 1994 » (Banque mondiale, 1995, p. 10).

La défense des intérêts privés

La défense des intérêts du secteur privé est aussi un aspect important des politiques publiques de santé. On le voit dans deux domaines significatifs : la réglementation des honoraires médicaux, d'une part, la politique pharmaceutique, d'autre part. Considérons d'abord les honoraires des praticiens installés en clientèle privée : dans deux pays au moins, le Mali et la Côte d'Ivoire, le ministère des Finances intervient pour fixer les honoraires que les praticiens libéraux seront fondés à demander aux patients ; les groupes de pression professionnels sont assez puissants pour obtenir

que le prix d'une consultation de généraliste représente environ le tiers du salaire minimum mensuel garanti : le tarif de la consultation de généraliste est fixé à 10 000 francs CFA en Côte d'Ivoire en 1994, alors que le salaire minimum ne dépasse pas 30 000 francs CFA ; il est fixé au Mali en 1988 à 4 230 francs CFA pour le généraliste et à 5 945 francs CFA pour le spécialiste, à un moment où le salaire minimum est de l'ordre de 13 000. L'intervention des pouvoirs publics ne peut pas être justifiée par le fait qu'un organisme public ou sous tutelle serait impliqué dans le remboursement des honoraires médicaux privés ; il ne s'agit pas non plus d'éviter la concurrence par les prix entre les professionnels, car beaucoup pratiquent de fait soit à des prix très supérieurs soit à des prix inférieurs, sans que quiconque s'en soucie.

Le second domaine est celui de la politique pharmaceutique. Bien que l'Organisation mondiale de la santé ait lancé depuis vingt ans un programme en faveur des médicaments essentiels génériques, et bien que ces médicaments représentent une part considérable du marché dans plusieurs pays développés (environ la moitié en Allemagne ou aux Pays-Bas par exemple), les États d'Afrique de l'Ouest francophone continuent à s'approvisionner essentiellement en spécialités. Ainsi, en Côte d'Ivoire, malgré une aide importante de l'Union européenne, les génériques ne représentent que 5 à 6 % du marché, et le ministre rappelle par circulaire aux prescripteurs du secteur public qu'ils doivent remettre aux malades des ordonnances à servir par les officines privées. Au Burkina Faso, la part des génériques dans les importations a diminué au cours de la dernière décennie. Au Mali, c'est le réseau de distribution des génériques qui a été démantelé. En fait aucun programme de santé financé par la Banque mondiale ne s'attaque véritablement au problème pharmaceutique, alors que les médicaments représentent entre les deux tiers et les quatre cinquièmes du total des dépenses privées pour la santé, et alors qu'elles constituent l'obstacle le plus fréquemment cité au recours aux soins modernes ; mais c'est de la vente de médicaments que proviennent les revenus des pharmaciens, et la vente de spécialités est plus profitable pour eux que la vente de génériques.

● Le recouvrement des coûts

Dans un petit nombre de pays, les politiques d'investissement, de relance de l'activité en particulier par l'approvisionnement en médicaments essentiels et en fournitures, éventuellement par des incitations financières distribuées sous une forme ou sous une autre (*per diem* pour des formations, frais de mission, intéressement au recouvrement des coûts...) ont été coordonnées et mises en œuvre avec une forte assistance technique recrutée par l'UNICEF. C'est en particulier ce qui s'est fait sous le nom d'« Initiative de Bamako ». Sous ce nom, la proposition d'une aide spéciale des bailleurs de fonds avait été faite dans cette ville, en 1987, à l'occasion de l'assemblée régionale de la santé, aux pays qui s'engageraient sur un ensemble de mesures cohérentes permettant de « créer des projets indépendants de vente de médicaments au détail, dont les bénéficiaires contribueront à financer les soins de santé primaires » (Organisation mondiale de la santé, 1988 ; voir aussi Soucat, 1997 ; Knippenberg *et al.*, 1997).

Une évaluation conduite par les promoteurs eux-mêmes des programmes « Initiative de Bamako » dans ces deux pays leur a permis de conclure que ces expériences fournissent « une preuve vraiment irrésistible que l'Initiative de Bamako a été éminemment couronnée de succès dans l'augmentation des taux d'utilisation des centres de santé », « dans l'amélioration frappante de l'efficacité des soins de santé primaires au niveau périphérique pendant les six années qui ont suivi l'introduction de l'Initiative », « dans l'augmentation très significative, et soutenue au cours du temps, des taux de couverture vaccinale et des soins anténatals et cura-

tifs », alors que par ailleurs « le coût du paquet minimum complet de soins est accessible et pourrait être considérablement plus faible que ce qui ressortait d'estimations antérieures », celles de la Banque mondiale en particulier (Vandemoortele, Broun, Knippenberg, 1997). De fait, toute une méthodologie a été définie, et effectivement appliquée, pour suivre mois par mois les activités, et sous plusieurs angles : la population cible, la disponibilité du service, son accessibilité géographique, son utilisation par la population, la couverture adéquate (essentiellement respect des âges ou des délais auxquels chaque prestation est indiquée) et la couverture effective (Levy-Bruhl *et al.*, 1997). Les deux expériences analysées montreraient que « la totalité du paquet minimum de soins peut être fournie pour moins de 2 dollars par habitant et par an » (Soucat *et al.*, 1997, S106). Les auteurs reconnaissent, toutefois, que les taux d'utilisation n'ont pas augmenté dans toutes les formations sanitaires dans lesquelles l'Initiative de Bamako a été appliquée, et que dans certains cas l'utilisation des services a même pu diminuer ; ils relient ces évolutions localement défavorables à la qualité des services, bien que, à leur avis, l'Initiative de Bamako n'ait pu que contribuer à améliorer trois aspects de la qualité (la disponibilité des médicaments, la propreté des locaux et l'attitude du personnel de santé) (Vandemoortele, Broun, Knippenberg, 1997).

Les auteurs concluent aussi en insistant sur le point suivant : « Bien que l'Initiative de Bamako soit souvent considérée comme un exemple de recouvrement des coûts qui a réussi, elle doit être vue essentiellement comme un modèle centré sur la cogestion communautaire, le partage des coûts et la décentralisation du système de santé. » Cette conclusion n'est pas vraie partout : au Mali, l'Initiative de Bamako est une politique nationale financée et mise en place par l'aide extérieure et l'assistance technique (Brunet-Jailly, 1997). Cette Initiative apparaît alors essentiellement comme une politique de relance de l'activité des services, et dans ce domaine les résultats au terme de quelques années sont incontestables. Mais quels sont ses résultats en matière de santé publique ? En particulier, cette politique a-t-elle favorisé l'accès des pauvres aux soins de santé ?

Nous disposons depuis peu d'évaluations qui permettent de répondre à un aspect de la question. Dans le cadre du suivi du sommet sur le développement social de Copenhague, l'UNICEF a organisé un ensemble d'études sur l'incidence des dépenses publiques, notamment des dépenses publiques de santé, dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, dont ceux qui ont enregistré les succès les plus éclatants en matière d'Initiative de Bamako. La méthode consiste, en bref, à calculer la part des dépenses publiques de santé qui revient à chaque groupe (défini par le niveau de vie, dans le cadre des études appelées « profil de pauvreté ») de la population. Naturellement, cette part dépend à la fois de la fréquentation des services par chaque groupe de la population et de la dépense publique par unité de service.

Les résultats les plus récents sont présentés pour le quintile le plus pauvre (c'est-à-dire les 20 % de la population les plus pauvres du point de vue des dépenses par habitant) et le quintile le plus riche (tableau ci-après).

Distribution des avantages liés aux dépenses publiques de santé

	Parts, en fonction du quintile, des éléments suivants :									
	Centres primaires		Centres hospitaliers (consultations externes)		Centres hospitaliers (consultations internes)		Tous services de santé		Subvention totale en % des dépenses publiques	
	Pauvres	Riches	Pauvres	Riches	Pauvres	Riches	Pauvres	Riches	Pauvres	Riches
Afrique du Sud (1994)	18	10	15	17			16	17	28	2
Côte d'Ivoire (1995)	14	22	8	39			11	32	2	1
Ghana (1992)	10	31	13	35	11	32	12	33	4	2
Guinée (1994)	10	36	1	55			4	48		
Kenya (1992)*	22	14	13	26			14	24	6	1
Madagascar (1993)	10	29	14	30			12	30	5	1
Tanzanie (1992/93)	18	21	11	37	20	36	17	29		
Indonésie (1990)	18	16	7	41	5	41	12	29	1	1
Viêt Nam (1993)	20	10	9	39	13	24	12	29	2	1
Colombie (1997)	24	19					18	27		
Costa Rica (1992)	43	7	25	13	30	15	30	13		

* Zones rurales seulement pour le Bangladesh et le Kenya et Nord-Est rural seulement pour le Brésil
Sources : Castro-Leal et coll (1998) ; Demery (1997) et études 20/20

La conclusion principale est évidemment que, dans les pays qui nous intéressent au premier chef, les dépenses publiques de santé ne favorisent pas spécialement les groupes sociaux les plus pauvres : ils n'en reçoivent qu'une part inférieure à la proportion qu'ils représentent dans la population, alors que c'est l'inverse pour les riches. L'inégalité est la plus marquée dans certains pays, dont la Guinée.

Le Bénin, qui s'est, comme la Guinée, engagé massivement dans l'Initiative de Bamako, et qui comme elle a été massivement aidé par l'UNICEF, n'apparaît pas dans ce tableau, mais sa situation est décrite dans une étude toute récente. Dans les années 1994-1995, les ménages pauvres (au sens des études de la Banque mondiale sur les profils de pauvreté), qui représentent 34 % de la population totale, n'ont reçu que 23 % des dépenses publiques ; les ménages classés comme vulnérables, qui représentent 24 % de la population totale, ont reçu à peu près la même proportion des dépenses publiques (26 %) ; et les ménages classés non pauvres, qui représentent 42 % de la population totale, ont reçu un peu plus de la moitié des dépenses publiques (République du Bénin, 1998, p. 109).

Ces résultats sont donc bien décevants, mais il y en a d'autres du même genre, par exemple pour la Côte d'Ivoire, qui a toujours considéré l'Initiative de Bamako avec une certaine condescendance. En combinant les résultats de l'enquête niveau de vie en matière de fréquentation des services de santé avec une

analyse détaillée de la destination des subventions publiques, une étude de la Banque mondiale a établi que « la subvention sanitaire par habitant en milieu rural est de 34 % inférieure à ce qu'elle est en zone urbaine, la subvention allant au quintile le plus pauvre est de 64 % inférieure à celle obtenue par le quintile supérieur » (Demery *et al.*, 1995). Autrement dit le recours aux services de santé est en Côte d'Ivoire, comme dans d'autres pays, l'une des façons d'obtenir une aide de l'Etat, ce qu'admettent les défenseurs de l'intervention de la puissance publique, mais cette aide est actuellement plus importante pour les plus riches que pour les plus pauvres, ce que les partisans de l'intervention étatique n'avaient peut-être pas prévu.

● Des intérêts divergents

L'analyse des politiques publiques de santé, dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, montre à l'évidence que l'Etat ne se préoccupe pas de protéger la santé du grand nombre des citoyens, en privilégiant clairement les activités qui, par rapport à ce but, sont les plus efficaces pour leur coût. Les politiques publiques de santé ont eu pour objectif de rapprocher le système de santé de chaque pays considéré d'un schéma standard, adopté dans ces grandes assemblées de ministres que convoque l'Organisation mondiale de la santé, mais qui représente un modèle beaucoup trop rigide pour être capable de prendre en charge les problèmes de santé publique tels qu'ils se posent.

Le schéma parfaitement rationnel sur lequel l'accord s'est fait dans ces conditions ne fonctionne pas, parce que, en règle générale et en contradiction avec l'image que les professionnels de santé se plaisent à donner d'eux-mêmes, la politique publique de santé vise avant tout à protéger les intérêts matériels des professionnels. Ce schéma ne fonctionne pas, en outre, parce que beaucoup de bailleurs bilatéraux ne font obstinément que répondre à la demande des ministères de la Santé des pays considérés, sans se préoccuper de la justification de ces demandes de peur que l'on ne leur reproche de s'ingérer dans les affaires d'Etats souverains.

Assurément, ce qu'écrivent Anthony Zwi et Anne Mills à propos des études coût-efficacité appliquées au choix des priorités de santé publique – « l'acceptabilité de la démarche qui consiste à rendre les priorités tellement explicites reste une question ouverte » (Zwi et Mills, 1995) – vaut aussi pour les priorités implicites que révèle l'analyse des politiques publiques effectivement menées dans le domaine de la santé. On admet donc bien que les processus politiques de consultation, d'appréciation des intérêts divergents en présence, et de décision doivent jouer leur rôle dans la définition des solutions à retenir, si on veut qu'elles soient effectivement mises en œuvre.

Sans représentation au niveau local, la masse de la population ne voit pas ses intérêts défendus au niveau national.

Références bibliographiques

Akoi Ahizi (F.), Portal (J.-L.), Anet (K.), Ortiz (P.), Tano-Bian (A.), 1999, « Evaluation des parturientes à Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé dans les capitales ouest-africaines*, Abidjan, CEDA, pp. 65-77.

Banque mondiale, 1991, *Rapport d'évaluation, République du Sénégal. Projet de développement des ressources humaines*, Division « Opérations, population et ressources humaines », Département du Sahel, Région Afrique, Rapport n° 9180-SE, 12 mars, 180 p.

Banque mondiale, 1994, *Rapport d'évaluation, Burkina Faso. Projet de développement santé et nutrition*, Rapport n° 12416-BUR, Division de la population et des ressources humaines, Département du Sahel, Région Afrique, 20 juin, 41 p. + annexes.

Banque mondiale, 1995, *Rapport de fin d'exécution Côte d'Ivoire. Programme de valorisation des ressources humaines*, Rapport n° 14841, 29 juin 1995, 21 p. + tableaux, statistiques et annexes.

Brunet-Jailly (J.), 1991, *Health Financing in the Poor Countries, Cost Recovery or Cost Reduction?*, World Bank, WPS, n° 692, 41 p.

Brunet-Jailly (J.), 1997, « Innover pour développer », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, pp. 399-424.

Gallagher (M.), 1994, « Government Spending in Africa, a Retrospective of the 1980s », *Journal of African Economies*, 3, 1, pp. 63-91.

Gentilini (M.) et al., 1993, *Médecine tropicale*, Paris, Flammarion, 1993, 928 p.

Klaczkowski (B.M.), Elling (R.H.), Smith (D.L.), 1985, « Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires », étude basée sur les discussions techniques tenues pendant la 34^e assemblée mondiale de la santé (1981), *Cahiers de santé publique*, Genève, OMS, n° 80.

Levy-Bruhl (D.), Soucat (A.), Osseni (R.), Ndiaye (J.-M.), Dieng (B.), de Béthune (X.), Diallo (A.T.), Conde (M.), Cisse (M.), Moussa (Y.), Drame (K.), Knippenberg (R.), 1997, « The Bamako Initiative in Benin and Guinea, Improving the Effectiveness of Primary Health Care », *International Journal of Health Planning and Management*, S49-S80, 12, suppl. 1 (juin).

Mashayekhi (A.), 1981, *A Study of the Financing of the Health Sector in Senegal*, Banque mondiale, Département de la population, de la santé et de la nutrition, octobre, 92 p.

McLees (S.), 1994, *A Survey of Costs, Revenues, and Staffing at PHC Health Facilities in Three Provinces of Burkina Faso*, HFS Project, Technical Note 30, Abt Associates Inc, août, 27 p.

Portal (J.-L.), Wellfens-Ekra (C.), Toure-Coulibaly (K.), Bohoussou (K.M.), 1999, « La qualité de la prise en charge obstétricale dans le secteur sanitaire public d'Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé dans les capitales ouest-africaines*, Abidjan, CEDA, pp. 81-100.

République de Côte d'Ivoire, 1991, *Programme de valorisation des ressources humaines, planification-programmation-budgétisation dans le secteur de la santé*, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, octobre, 65 p. + annexes.

République du Sénégal, 1993, *Communication du ministre Assane Diop*, Ministère de la Santé et de l'Action sociale, Conseil interministériel sur la santé et l'action sociale, septembre, 72 p. + annexes.

Rifkin (S.B.), Walt (G.), 1986, « Why Health Improves, Defining the Issues Concerning "Comprehensive Primary Health Care" and "Selective Primary Health Care" », *Social Science and Medicine*, 23, 6, pp. 559-566.

Sen (K.), Koivusalo (M.), 1998, « Health Care Reforms and Developing Countries, a Critical Overview », *International Journal of Health Planning and Management*, 13, pp. 199-215.

Soucat (A.), Bangoura (O.), Knippenberg (R.), 1997, « L'Initiative de Bamako au Bénin et en Guinée », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, pp. 193-208.

Stout (S.), Evans (A.), Nassim (J.), Raney (L.), 1997, *Evaluating Health Projects, Lessons from the Literature*, World Bank Discussion Paper, n° 356, The World Bank, 118 p.

Vandemoortele (J.), Broun (D.), Knippenberg (R.), 1997, « Epilogue », *International Journal of Health Planning and Management*, S165-S168, 12, suppl. 1 (juin).

Viossat (L.-C.), 1992, *Rapport sur l'évaluation des dépenses de santé en Côte d'Ivoire : les établissements publics nationaux du secteur de la santé et de la protection sociale*, Inspection générale des Affaires sociales, Paris, octobre, 70 p. + annexes.

Walsh (J.A.), 1988, « Selectivity within Primary Health Care », *Social Science and Medicine*, 26, 9, pp. 899-902.

Warren (K.S.), 1988, « The Evolution of Selective Primary Health Care », *Social Science and Medicine*, 26, 9, pp. 891-898.

World Bank, 1987, *Financing Health Services in Developing Countries : An Agenda for Reform*, A World Bank Policy Study, 93 p.

World Health Organization, 1948, *Constitution of the World Health Organization*, Genève.

World Health Organization, 1978, *Alma-Ata, Primary Health Care*, Genève.

Zwi (A.B.), Mills (A.), 1995, « Health Policy in Less Developed Countries, Past Trends and Future Directions », *Journal of International Development*, 7, 3, pp. 299-328.

Les structures confessionnelles privées dans la réorganisation d'un système de santé : le cas du Cameroun

Alain Le Vigouroux*
et **Raphaël Okalla****

Depuis les années soixante, l'évolution des systèmes de santé en Afrique subsaharienne se traduit par des changements considérables. La période 1970-1980 correspond au développement d'une seule logique guidée par les lendemains d'Alma-Ata, à savoir l'assurance par l'Etat d'une large gamme de services accessibles géographiquement, financièrement et donc perçus comme gratuits par les bénéficiaires. Cependant, les années quatre-vingt montrent les limites de cette politique, à savoir le manque de moyens, et principalement un développement des services publics de santé qui ne peut correspondre aux besoins de la population. Paradoxalement, le développement de l'accessibilité et de la disponibilité prôné par les Etats contraste avec un service public de plus en plus délaissé par la population ; on note que, dans cette remise en question, la présence de plus en plus forte de la Banque mondiale dans le secteur de la santé sous-tendue par un discours néolibéral a contribué à ce constat (Fournier et Haddad, 1997).

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Les structures
confessionnelles

204



La nouvelle approche camerounaise

Le Cameroun, appuyé par les partenaires extérieurs de la santé, construit une nouvelle approche à partir d'expériences locales en référence au slogan de la santé pour tous en Afrique. Dès 1989, une politique nationale de réorientation et de dynamisation des soins de santé primaires (SSP) privilégie la santé maternelle et infantile. La réorientation des soins de santé primaires (REOSSP) est ainsi publiée officiellement en 1993. Dans ce contexte, les Etats africains définissent des politiques concertées. Pour mémoire, citons la conférence de Lusaka (1985) prônant le renforcement des systèmes de santé par le développement stratégique des soins de santé primaires (SSP), la conférence d'Harare (1987) proposant le district de santé en appui aux politiques de décentralisation des systèmes de santé ainsi que l'Initiative de Bamako

* Service de coopération et d'action culturelle, Yaoundé.

** Ministère de la Santé publique, Yaoundé.

(1987) guidée par le souci d'une disponibilité des médicaments en réponse aux préoccupations des usagers (Dumoulin et Kaddar, 1993). La « déclaration » sur la santé élaborée lors du sommet des chefs d'Etat de l'Organisation de l'unité africaine (1987) propose quant à elle l'allocation d'un budget décentralisé pour les activités de district avec entre autres un encouragement des initiatives locales en vue de mobiliser des ressources complémentaires.

Ainsi ces différentes étapes ont permis l'élaboration de l'actuelle réforme de la politique de santé dont le but est de rendre les soins de santé primaires accessibles à toute la population camerounaise en initiant une stratégie de décentralisation au niveau du district de santé. Dans ce contexte, le centre de santé reste l'interface entre la communauté et les services de santé permettant au patient un premier contact avec le système de soins par l'infirmier au centre ou encore au cours de ses visites dans les villages. Le centre rayonne sur une aire de santé (1), et doit à ce titre contribuer à renforcer le pouvoir de la communauté en l'impliquant, selon les textes officiels, dans le financement et la gestion du système de santé au niveau local.

Ces aires constituent le district de santé, unité du système intégrant sa propre gestion des ressources et structures. Le paquet minimum d'activités de santé est dispensé à la population et varie selon la vocation de la formation sanitaire. Le centre de santé doit ainsi offrir des prestations curatives et promotionnelles définies dont l'éducation pour la santé, les vaccinations, les consultations prénatales et préscolaires, les accouchements, le suivi des malades chroniques ; par ailleurs, le centre doit disposer de médicaments permettant de traiter les affections courantes.

Les districts sont regroupés en provinces selon les délimitations administratives existantes. Chaque province dispose d'une formation sanitaire drainant les patients référés par les hôpitaux de districts. La province est gérée par une « délégation provinciale de la santé » (DPSP) ayant pour vocation de traduire en programmes la politique de santé définie. Toutes les directions du ministère de la Santé sont représentées ici par les services provinciaux correspondants. La DPSP coordonne, contrôle et appuie techniquement les actions des districts de santé. Le district, la province et le niveau central constituent ainsi les éléments de la pyramide de santé.

L'accessibilité aux soins et services ainsi que la gestion de la qualité restent, en Afrique subsaharienne, une préoccupation des usagers qui se traduit par une sous-utilisation des formations publiques de santé attribuable à une qualité déficiente. Les formations de santé confessionnelles sont préférées au secteur public en raison d'une meilleure qualité de service bien que leurs tarifs soient parfois plus élevés (Mwabu, 1986 ; Vogel, 1988). A cela s'ajoute la nature des relations entre les professionnels de santé et la population. Le Cameroun n'échappe pas à ce constat (2).

● **Le Programme national de développement sanitaire**

Au Cameroun, le Programme national de développement sanitaire prévoit de 1999 à 2008 une meilleure accessibilité financière ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins et services de santé (3), reposant sur une politique des ressources humaines

(1) L'aire de santé est une zone géographique regroupant plusieurs villages comprenant officiellement de 5 à 10 000 personnes

(2) Les conclusions de plusieurs expériences menées en Afrique subsaharienne et en particulier au Cameroun proposent une « revitalisation » du secteur public ainsi qu'une amélioration de la qualité des services afin de stimuler leur utilisation (UNICEF, 1990).

(3) Selon P. Fournier (1997), la qualité reste un sujet peu abordé en Afrique, ceci étant probablement lié au fait que cette notion est récente et que toute critique pourrait apparaître comme une forme de dénigrement ; sur le sujet de la qualité des soins et services, le lecteur se référera aux travaux d'A. Donabedian (1992).

et sur une meilleure collaboration avec le secteur privé. Cette notion récente observée également dans d'autres pays correspond à une nouvelle approche du système de santé mettant en relation les institutions représentées par les structures de soins et de formation, les professionnels de la santé et les bénéficiaires de ces prestations (Balique, 1997). Dans ce pays, il existe une offre locale des soins délivrés par bon nombre d'établissements autonomes appartenant entre autres au secteur privé lucratif et non lucratif (confessionnel). Au Cameroun, le service catholique de la santé, institution privée confessionnelle, dispose d'un mode de fonctionnement sur le plan national qui lui est propre. Les activités concernant par exemple la formation du personnel, les commandes de médicaments auprès des grossistes, ou encore les prises de décisions avec le ministère de la Santé se déroulent sous le contrôle d'un bureau national qui lui même dépend de la conférence épiscopale. Le territoire est divisé en diocèses autonomes coordonnés sur le plan national par le service catholique de la santé. Ainsi le système de soins, représenté par un véritable réseau de formations sanitaires opérationnelles, reste étroitement lié à l'organisation de l'Eglise catholique au Cameroun. L'existence d'une véritable mosaïque d'établissements aux modes de gestion et d'interventions différents soulève la question des relations entre les structures publiques et confessionnelles, et donc celle du rôle de l'Etat dans la régulation d'une politique locale de la santé publique. L'exemple de deux districts de santé situés dans la province de l'Extrême-Nord du pays illustrera cette situation.

● **L'exemple de deux districts de l'Extrême-Nord**

Les districts de santé de Tokombéré et de Mokolo sont situés dans une région marquée par une forte implantation du secteur confessionnel, la province de l'Extrême-Nord, région agricole pauvre et difficile d'accès. Des structures confessionnelles liées à trois Eglises différentes côtoient les structures publiques. Le district de santé de Tokombéré, d'une superficie de 500 km² (densité moyenne de 180 habitants au km²), est peuplé de 90 000 habitants. L'équipe de santé du district, dirigée par un médecin chef de service de santé, est en charge de la supervision des sept aires de santé du district, trois d'entre elles sont desservies par des formations sanitaires publiques et deux par des centres de santé du service catholique de la santé. Toutefois, deux aires restent sans structure de santé. Chaque centre dispense des activités curatives et promotionnelles de la santé. Le secteur confessionnel y est représenté par le centre de promotion de la santé (CPS), structure émanant de l'hôpital catholique de Tokombéré qui fait fonction d'hôpital de référence du district (4). La ville de Tokombéré est elle-même divisée en deux aires de santé, l'une étant desservie par la structure publique, l'autre dépendant directement de l'hôpital privé confessionnel et qui fait alors aussi office dans ce cas précis de centre de santé. En fait, seuls les centres de santé catholiques sont en mesure de conduire des activités en stratégie avancée. Dans chaque aire, les activités de « promotion de la santé » sont menées par les membres bénévoles de la communauté et supervisées par le personnel de l'hôpital catholique. Son fonctionnement repose en partie sur un recouvrement des coûts pratiqué depuis longtemps. Ainsi, à partir de ses propres structures, le service catho-

(4) D'une capacité d'accueil de 140 lits, l'hôpital de Tokombéré comprend un service de consultations externe, plusieurs services d'hospitalisations, notamment en médecine, pédiatrie, chirurgie et phthisiologie. Le tout est complété par un service de maternité et de radiodiagnostic. Ses personnels sont sélectionnés par le service catholique de la santé, notamment au sortir des écoles de formation catholique ; trois médecins généralistes assurent la permanence des soins, ils sont assistés par une quinzaine d'infirmiers. Peu de structures dans l'ensemble de la province offrent autant de prestations.

lique de la santé dispose d'un véritable maillage de plus en plus important : en 1998, plus d'un quart des activités sont conduites hors de la zone géographique de desserte reconnue par les autorités publiques. L'augmentation de ces activités ne fait que traduire une réalité plus complexe. D'une manière générale, les centres de santé confessionnels offrent des prestations bien au-delà de leur secteur géographique respectif et desservent ainsi les aires démunies de structures sanitaires. Précisons que pour l'implantation catholique de Tokombéré, les activités dans le domaine de la santé sont couplées avec des activités agricoles et éducatives (collège privé).

En ce qui concerne le secteur public, l'absence de moyens ne permet pas de dispenser le paquet minimum de prestations attendues par la population et laisse donc une liberté de manœuvre aux structures confessionnelles en place. C'est ainsi que le centre de santé intégré (CSI) de Tokombéré érigé à une époque où les ressources de l'Etat le permettaient n'a effectué aucun accouchement pendant les six premiers mois de l'année. Entretien à grands frais, cette formation sanitaire publique située à moins d'un kilomètre de l'hôpital privé de Tokombéré reste très peu active.

Par l'importance de son volume d'activités curatives quotidiennes, l'hôpital catholique reste à ce jour la structure de première référence des centres de santé du district. Son bassin géographique de recrutement dépasse largement les limites de l'arrondissement, certains usagers venant de l'hôpital provincial public de Maroua (la « capitale » de la province) ainsi que des pays limitrophes (Tchad et Nigeria). Les documents officiels le considèrent comme l'hôpital de référence du district de santé, même si le service diocésain de la santé et le médecin chef de l'hôpital estiment que l'Etat n'a pas encore satisfait à toutes les conditions demandées. En effet, devant son impact dans une région reculée et difficile d'accès, les autorités publiques souhaitent une reconnaissance de cette structure privée en tant que structure de référence du district. Cependant, il semblerait que celle-ci pose les conditions suivantes : la nécessité de disposer d'une demande officielle formulée par le ministre de la Santé publique, l'affectation d'un médecin du service public à l'hôpital privé de Tokombéré, la conversion de l'hôpital public en centre de santé, l'élaboration d'une politique de redynamisation des centres périphériques ainsi que l'engagement des autorités à n'autoriser aucune ONG concurrente à s'installer dans le district.

Plus important que Tokombéré, le district de santé limitrophe de Mokolo, comprend 210 000 habitants. Ce district est découpé en neuf aires de santé dont cinq aires « privatisées » gérées par trois centres catholiques et deux formations protestantes, la structure de référence étant ici constituée par l'hôpital public de Mokolo. L'équipe de ce district supervise aussi deux autres districts démunis pour l'heure d'équipes cadres de gestion.

● Structures confessionnelles et aires de santé

Les aires de santé desservies par les structures confessionnelles dépassent les normes fixées par le ministère de la Santé publique : d'une population théorique de 7 000 à 10 000 habitants préconisée pour une bonne gestion des aires de santé, on passe en pratique à une population de 20 000, voire 40 000 habitants dans certaines aires, ce qui traduit l'attrait de la population pour la qualité des prestations des structures confessionnelles, mais aussi peut-être une erreur de découpage géographique.

Enfin, la spécificité de certaines prestations proposées dans ces centres privés mérite d'être soulignée. Certains d'entre eux rayonnent avant tout par l'exercice d'une spécialité qui leur est propre et peuvent à ce titre hériter d'un marketing

défiant toute concurrence : par exemple, la fréquentation du centre de Mokong est-elle renforcée par des prestations ophtalmologiques drainant des patients depuis Maroua, ou d'un Etat limitrophe comme le Tchad ou d'autres places de la sous-région ; le centre de santé de Soulédé privilégie quant à lui le développement et le renforcement d'une approche de stratégie avancée, dans la perspective de rendre ainsi les soins accessibles pour tous par le développement d'un fonds de solidarité et d'une tarification « à la carte » prenant en compte avant tout le statut économique et social des consommateurs. La qualité des services des structures « privées » attire souvent des malades en provenance des centres de santé et hôpitaux publics.

D'autres centres privés, ne disposant pas de personnel qualifié, sont cependant dans l'incapacité de fournir la totalité des prestations spécifiques du paquet minimum de santé. Par exemple, dans certains de ces centres, il n'est toujours pas possible d'effectuer des accouchements. Il en résulte alors sur le terrain la redéfinition d'un nouveau système de référence défini par l'utilisateur lui-même selon des critères d'accessibilité financière et de qualité des soins et des services caractérisant le centre privé le plus proche.

Ainsi à l'image de ce district de santé, l'hétérogénéité de telles prestations ou encore l'incapacité pour certaines formations sanitaires de fournir des soins et services définis soulèvent le problème de l'application concrète de la politique nationale de santé sur le terrain et le consensus qui doit nécessairement s'en dégager avec les partenaires en présence afin de satisfaire sur le plan de la qualité la population concernée. S'il existe un cadre conceptuel du district sanitaire défini par une nouvelle politique sanitaire au Cameroun, son application s'en trouve donc limitée pour des raisons historiques, spécifiques et de perception du secteur public par l'utilisateur. La vocation ancienne des confessions religieuses à dispenser les prestations auprès d'une population pauvre et isolée perdure. Les confessions religieuses sont implantées avec leurs modes de fonctionnement particuliers qui leur ont permis de procurer des prestations de qualité à une population que l'Etat seul ne pouvait satisfaire entièrement. La mise en œuvre de la politique de santé marquée par un découpage récent du territoire en districts de santé, respectant le « dynamisme confessionnel » de certaines régions, nécessite donc une collaboration étroite entre les institutions privées en place et un secteur public qui cherche à se définir par la promotion de sa politique de santé.



De nouveaux enjeux

Aujourd'hui, la maîtrise des ressources disponibles nécessite de la part du secteur public une innovation de stratégies guidées par de nouveaux enjeux. Ainsi le secteur privé confessionnel doit être considéré comme un partenaire potentiel avec lequel il faudra savoir composer. Les délégations provinciales de la santé auront ce rôle à jouer, à moins qu'elles ne se limitent à une exécution purement administrative de leurs activités anéantissant de fait les efforts de décentralisation prônés par leur tutelle. Sur le plan local, les enjeux sont de taille. A l'exemple des districts de Tokombéré et de Mokolo desservis par plusieurs institutions confessionnelles se pose le problème du rôle de l'Etat et de son implication au travers de partenariats qui sont à construire aussi bien avec le secteur privé qu'avec les usagers. Ainsi lorsqu'un hôpital privé est supposé devenir officiellement la formation sanitaire de référence du district, l'Etat devra envisager une attribution des ressources publiques dont le mode de régulation fera appel à une procédure d'utilisation flexible. En pareil cas, une nécessité de transparence concernant le fonctionnement des structures et l'utilisation des ressources fera sans aucun doute appel au contrôle de l'Etat, de la population et de leurs élus locaux dont les outils resteront à construire. Des changements évidents de comportements

sont à espérer tant du secteur privé que des autorités publiques. Les structures confessionnelles en place devront donc s'orienter vers une harmonisation des services et des soins en prenant comme référence la politique de santé nouvellement définie. Seules ces attitudes conscientes pourront faciliter l'émergence d'un système de santé cohérent tenant compte du pluralisme et de la diversité à l'ordre du jour dans les transformations des systèmes de santé en Afrique subsaharienne.

Références bibliographiques

Balique (H.), 1997, « La diversification des services de santé, problèmes et promesses », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Innover dans les systèmes de santé*, Paris, Karthala.

Cassels (A.), 1997, « A Guide to Sector-wide Approaches for Health Development, Concepts, Issues and Working Arrangements », WHO/ARA/97.12.

Dujardin (B.), Clarysse (G.), Mentens (H.), De Schampheleire (I.), Kuller (R.), 1993, « How Accurate in Maternal Height Measurement in Africa ? », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 41, pp. 139-145.

Dumoulin (J.), Kaddar (M.), 1993, « Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'Afrique subsaharienne : rationalité économique et autres questions subséquentes », *Sciences sociales et santé*, 9, pp. 81-119.

Donabedian (A.), 1980, *The Definition of Quality and Approaches to its Assesment*, Ann Harbor, Health Administration Press, vol. 1.

Donabedian (A.), 1992, « Defining and Meseasuring the Quality of Health Care », in R.P. Wenzel (dir.), *Assessing Quality Health Care. Perspectives for Clinicians*, Baltimore, Williams and Wilkins.

Fournier (P.), Haddad (S.), 1997, « Dimensions de la qualité des services de santé en Afrique au sud du Sahara », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Innover dans les systèmes de santé*, Paris, Karthala.

Iknane Ag (A.), Diakte (H.M.), Maiga (M.), 1997, « Santé communautaire, soins de qualité, participation », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Innover dans les systèmes de santé*, Paris, Karthala.

Litvack (J.I.), Bodart (C.), 1993, « User Fees Plus Quality Equals Improved Access to Health Care : Results of a Field Experiment in Cameroon », *Social Science et Medicine*, 37 (3), pp. 369-383.

Ministère de la Santé publique, 1997, *La mise en œuvre de la réorientation des soins de santé primaires au Cameroun*, République du Cameroun.

Ministère de la Santé publique, Division des études et de la planification, de l'information et de l'informatique, 1999, *Cadre conceptuel d'un district de santé viable au Cameroun*, République du Cameroun-Banque mondiale.

Mwabu (G.M.), 1986, « Health Care Decisions at the Household Level : Results of a Rural Survey in Kenya », *Social Science and Medicine*, 22 (3), pp. 315-319.

UNICEF, 1990, *Revitalisation des SSP/PMI. L'Initiative de Bamako (rapport d'activités présenté au conseil d'administration de l'UNICEF en 1990)*, New York, UNICEF.

Vogel (R.J.), 1988, *Cost Recovery in the Health Care Sector. Selected Country Studies in West Africa (Technical Paper, 82)*, Washington DC, World Bank.

Le secteur pharmaceutique dans les Etats africains francophones

Jeanne Maritoux*,
Carinne Bruneton*
et **Philippe Bouscharain****

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Le secteur
pharmaceutique

210

Dans tous les pays africains de la zone franc, la dévaluation monétaire drastique de janvier 1994 pouvait avoir de très graves conséquences sur l'accès aux médicaments. Le déséquilibre du secteur pharmaceutique était alors notoire : pénuries de médicaments dans les structures publiques, médicaments à un prix inabordable pour une majorité de la population dans les officines privées ; la valeur des importations pour l'approvisionnement dans le secteur public ne représentait en général guère plus de 10 % des importations totales dans chaque pays. Les effets de la dévaluation allaient atteindre à la fois le secteur public et le secteur privé, l'un et l'autre tributaires des importations, avec une répercussion évidente sur l'ensemble du système de santé. Des experts présageaient même le pire (1).

C'était sans doute sous-estimer la capacité de réaction des autorités nationales et l'implication de leurs partenaires qui ont rapidement étudié et adopté des mesures d'urgence. Mais la dévaluation monétaire a servi de révélateur aux déficiences des systèmes pharmaceutiques et montré la nécessité de renforcer la coopération régionale. Si une même stratégie de réforme a bien été adoptée par tous, il n'en reste pas moins que chaque pays présente des particularités. L'évolution des pays vers l'économie de marché a marqué le système pharmaceutique, particulièrement dans les pays qui ont connu un régime socialiste (Bénin, Guinée, Mali et Madagascar) où la privatisation des activités d'importation et de distribution est relativement récente. Le développement de l'économie a favorisé l'expansion du marché des médicaments dans des pays comme le Cameroun, la Côte d'Ivoire ou le Gabon. Ajoutons des différences géographiques et climatiques, plus marquées dans les pays du Sahel où l'enclavement et les distances ajoutent aux difficultés des approvisionnements. Chacune de ces particularités peut avoir un impact positif ou négatif sur la mise en œuvre des réformes, à prendre en compte dans l'analyse de chaque situation.

* Pharmaciens, Réseau Médicaments et Développement, Paris.

** Pharmacien, ministère des Affaires étrangères, Paris.

(1) J.-D. Rainhorn, « Prévenir l'holocauste des enfants d'Afrique » *Le Monde*, 3 février 1994, p. 2.

● Le marché pharmaceutique

Les médicaments occupent une place centrale dans les dépenses de santé des pays. Ils représentent souvent jusqu'à 50 % des dépenses de santé des ménages et entre 20 et 30 % du total des coûts de fonctionnement des établissements sanitaires publics et privés. Leur disponibilité conditionne l'efficacité des autres facteurs de soins et leur qualité, ainsi que la fréquentation des établissements sanitaires (2).

L'offre de médicaments en Afrique est très dépendante de l'extérieur. Près de 90 % des médicaments consommés sont importés. Du fait de l'étroitesse du marché, les pays d'Afrique n'ont pas une position forte sur le marché mondial du médicament ; leur capacité de négociation est très faible, notamment pour obtenir des prix compétitifs et pour les transferts d'activités de production.

Une place mineure dans le marché pharmaceutique mondial

La part de l'Afrique dans le marché pharmaceutique mondial avait amorcé une baisse en passant de 2,8 % (1,2 milliard de dollars) en 1975 à 1,2 % (2 milliards de dollars) en 1990 ; cette baisse a été particulièrement significative après 1985. Au-delà de la forte dynamique du marché mondial au cours des années quatre-vingt-dix, cette chute de la part de l'Afrique, et en particulier des pays francophones d'Afrique, s'explique par la crise économique de ces pays. En 1996, selon IMS Health, sa part de marché s'élevait de nouveau à 1,2 % (3,48 milliards de dollars) sur un marché total de 290 milliards de dollars et les perspectives de croissance entre 1996 et 2000 semblaient meilleures qu'entre 1990 et 1996. Mais selon IMS Health, la part du marché pharmaceutique africain n'atteindra en 2002 que 1,3 % (5,3 milliards de dollars) sur un marché mondial estimé à 405,9 milliards de dollars. Il faut noter que l'Afrique avec 720 millions d'habitants représente 12 % de la population mondiale.

1. - Evolution de la part de l'Afrique dans le marché pharmaceutique mondial (en milliards de dollars)

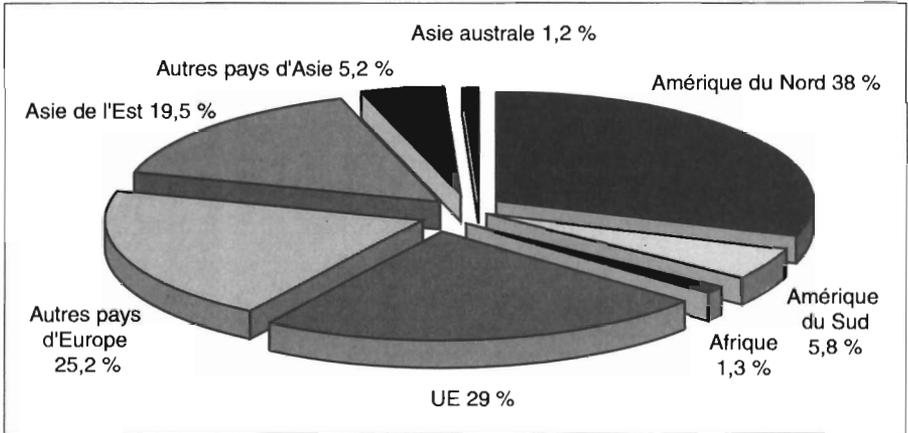
	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997	2002*
Marché pharmaceutique mondial	42,9	79	93	172,7	283	290	293,8	405,9
Marché pharmaceutique africain	1,2	2	2,23	2	2,07	3,48	3,84	5,3
Part du marché africain (%)	2,8	2,6	2,4	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3

* Prévisions

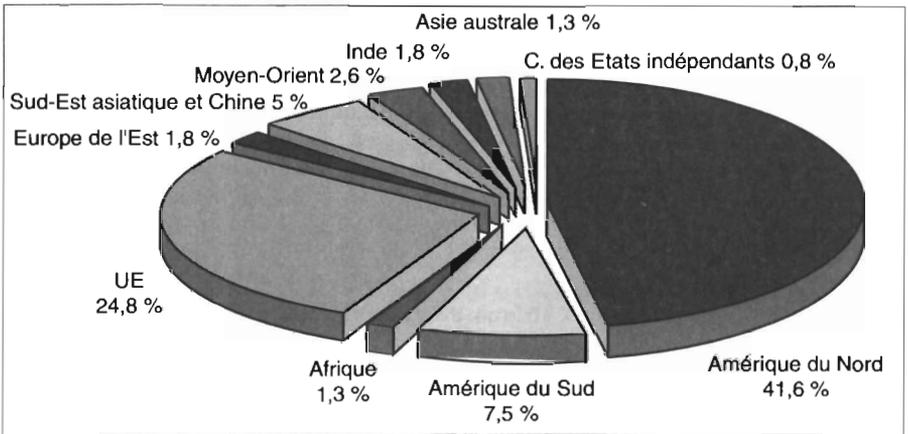
Source IMS Health

(2) Banque mondiale, *Pour une meilleure santé en Afrique Les leçons de l'expérience*, 1994, p. 80.

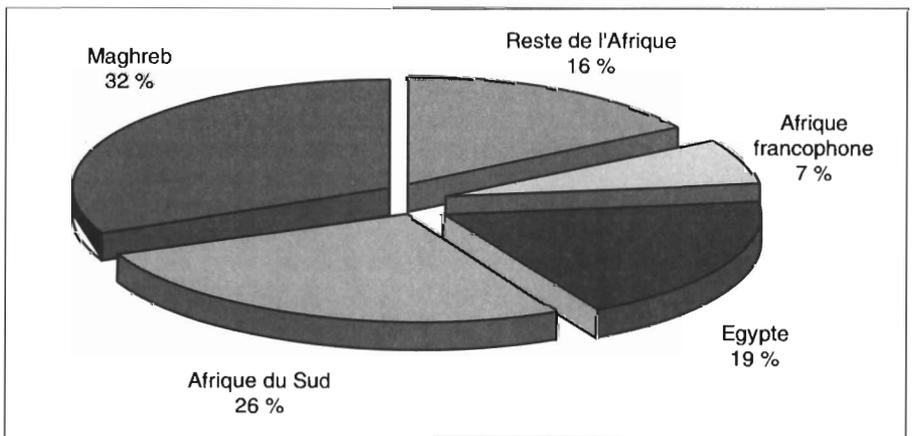
2. - Répartition du marché pharmaceutique mondial en 1997



3. - Estimation de la répartition du marché pharmaceutique mondial en 2002



4. - Répartition du marché africain en 1994



Le marché des pays francophones d'Afrique subsaharienne représente seulement 7 % du marché africain total (cf. graphique 4).

Les marchés du Maghreb, de l'Égypte, du Nigeria et de l'Afrique du Sud dominent très largement l'ensemble du marché pharmaceutique africain. Le marché des pays francophones d'Afrique ne représente pas plus de 7 % du marché africain et 0,2 % du marché mondial. Les importations de médicaments, qui représentent 90 % de la consommation dans ces pays, seraient passées selon diverses estimations, de 400 millions de dollars en 1992, à 340 en 1993 et à moins de 300 millions en 1994. Elles sont estimées à 397 millions de dollars en 1999.

Les marchés nationaux de la plupart de ces pays sont limités à la fois par un chiffre de population peu important, et par un faible niveau de revenu par habitant. Une part importante de la population de ces pays ne consomme pas de médicaments « modernes » de façon régulière.

Depuis les indépendances jusqu'à 1994 en Afrique francophone, le commerce pharmaceutique était presque exclusivement d'orientation Nord-Sud, de l'Europe vers l'Afrique, reproduisant le plus souvent les anciens rapports coloniaux ; 95 % des fournisseurs des pays de l'Afrique francophone étaient en France, et plus largement, en Europe occidentale. La formation médicale, le modèle d'organisation pharmaceutique et les systèmes financiers et commerciaux expliquaient cette situation. Il en résultait des échanges commerciaux entre les pays africains très réduits, évalués à moins de 3 % du marché d'Afrique francophone.

Après la dévaluation du franc CFA en 1994, les centrales d'achat du secteur public et les importateurs du secteur privé des pays de la zone ont opté pour une diversification de leurs sources d'approvisionnement. Ces marchés se sont ouverts progressivement aux génériques, en particulier aux génériques achetés à des producteurs asiatiques (principalement indiens) ou africains (Égypte, Maroc, Afrique du Sud).

Des médicaments provenant en majorité de France

En 1993, les exportations européennes vers l'Afrique représentaient seulement 6 % du total des exportations (3). Les exportations françaises étaient alors évaluées à 76 % de l'ensemble des exportations européennes vers l'Afrique, dont un tiers vers le Maghreb (4).

En 1997, les exportations françaises vers l'Afrique de la zone CFA s'élevaient à 2,279 milliards de FF (6 % sur un total de 38,174 milliards de FF) et vers le Maghreb à 1,947 milliard (5,51 % (5) des exportations françaises). Elles ne représentaient plus que 50 % des exportations européennes vers l'Afrique.

L'évolution des exportations de médicaments à partir de France est un bon indicateur de l'évolution de la consommation nationale dans les pays francophones d'Afrique où l'essentiel du marché privé est approvisionné par des entreprises établies en France, telles Eurapharma (entreprise française) et Pharmafinance (SA à capitaux africains) qui approvisionnent des grossistes dans chaque pays par le biais de deux filiales, respectivement Continental Pharma et Pharmaci Holding.

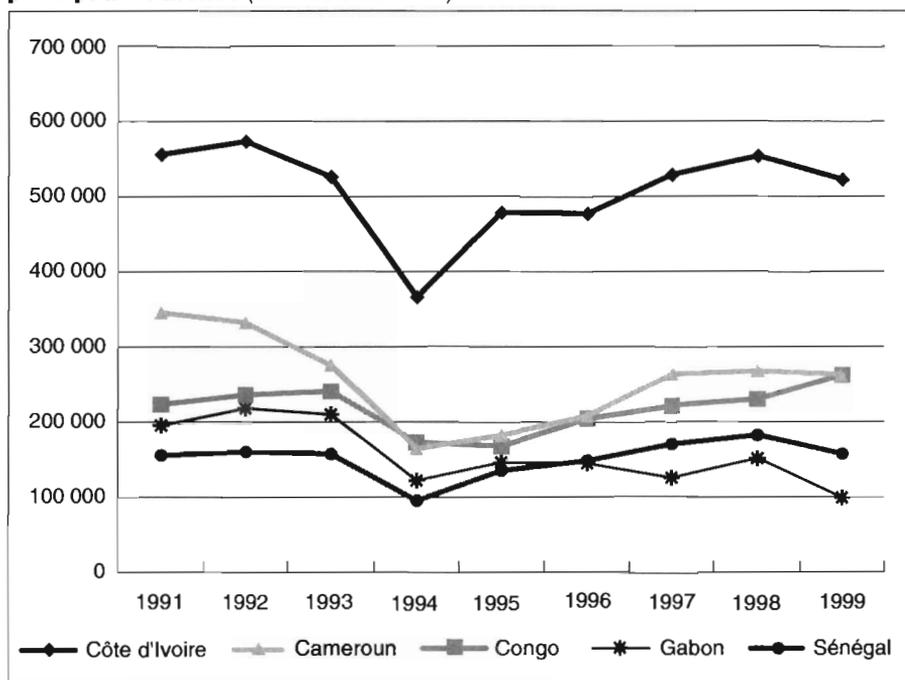
Au lendemain de la dévaluation, les grossistes-répartiteurs africains ayant interrompu leurs commandes dans l'attente de la définition de nouvelles marges par les autorités nationales, le Syndicat national de l'industrie pharmaceu-

(3) M. Balard, « Résultats et commentaires des exportations pharmaceutiques des principaux pays producteurs – année 1993 », Circulaire n° 95-0578, 12 septembre 1995, SNIP

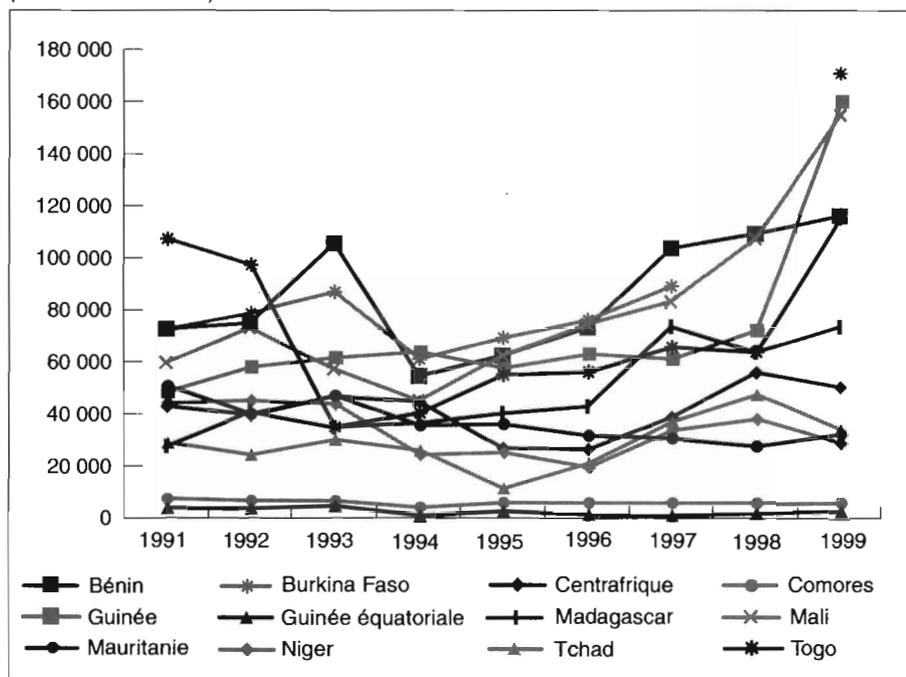
(4) Sources : SNIP

(5) Sources : SNIP

5. - Evolution des exportations françaises de produits pharmaceutiques, principaux marchés (en milliers de francs)



6. - Evolution des exportations françaises de produits pharmaceutiques (en milliers de francs)



tique (SNIP) en France constatait en juin 1994, sur l'ensemble des quatorze pays de la zone franc, une diminution de 46 % par rapport à la valeur des exportations françaises de l'année précédente : - 65 % au Bénin, - 56 % au Niger, - 52 % au Cameroun, - 47 % au Sénégal et - 41 % au Mali. Cependant, au second semestre, en cumul sur les douze mois de 1994, la valeur des exportations françaises n'était plus inférieure que de 33 % par rapport aux exportations de l'année précédente. En 1998 on observait que les parts de marché retrouvaient à peu près le niveau d'avant la dévaluation pour tous les pays excepté le Cameroun, la République centrafricaine, la Guinée équatoriale et la Mauritanie.

Le marché des génériques : évolution et répartition

Les génériques représentent actuellement la majorité de l'approvisionnement dans les structures publiques et privées à but non lucratif (6). Le secteur privé s'est ouvert progressivement au marché des génériques à la suite des diverses mesures prises par les autorités locales : autorisations de mises sur le marché (AMM) simplifiées (7) pour les génériques, mesures relatives au prix et au déconditionnement des génériques, et au droit de substitution accordé aux pharmaciens. Ainsi, dans le secteur privé on relève une forte croissance des importations en génériques entre 1994 où ils représentent 1 % (693 millions de francs CFA) et 1997 où ils représentent 5 % (7 658 millions de francs CFA).

L'augmentation de la valeur monétaire des importations en génériques correspond à une augmentation du nombre d'unités de traitement plus importante que celle des importations de spécialités. Aux chiffres indiqués dans le tableau 2 il faut sans doute ajouter ceux des importations des médicaments de l'aide internationale qui n'ont pas été enregistrés.

Une production pharmaceutique marginale

La production pharmaceutique en Afrique compte pour moins de 1 % de la production mondiale. Elle est atomisée en de nombreuses petites unités, très peu intégrées sur le plan industriel et fortement dépendantes de l'extérieur pour la technologie, et presque entièrement pour l'importation de substances actives et d'articles de conditionnement.

Dans les pays de l'UEMOA (8), sur les treize entreprises de production de médicaments identifiées, cinq sont à capitaux privés nationaux, une à capitaux privés étrangers, trois sont des filiales de multinationales, deux sont à capitaux mixtes public et privé et deux sont des entreprises publiques. Ces entreprises fabriquent des spécialités sous licence et/ou des génériques sous DCI (9) ou sous nom de marque. La plupart des entreprises ne produisent que pour le marché national (10) et une préférence locale de 10 à 15 % par rapport aux produits d'importation leur est accordée dans le cadre des appels d'offre des centrales publiques d'achat.

(6) On entend par secteur privé à but non lucratif les structures (importation, distribution, soins) organisées et gérées par des associations laïques ou confessionnelles reconnues par les autorités sanitaires.

(7) OMS, Ministère français des Affaires étrangères, *Référentiel pour l'harmonisation des procédures d'enregistrement des médicaments essentiels génériques dans les pays de la zone franc et pays associés*, Ouagadougou 17-19 février 1999, WHO/EDM/DAP/99.2, 1999, 25 p

(8) UEMOA : Union économique et monétaire de l'Ouest africain, recouvrant Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Sénégal et Togo.

(9) DCI : dénomination commune internationale.

(10) Sauf au Sénégal où plusieurs entreprises exportent dans la sous-région.

7. - Evolution des importations de médicaments et autres consommables dans l'ensemble des pays de la zone franc entre 1994 et 1997

(en millions de francs CFA)

	1994	1997	1994 à 1997
1. Secteur privé à but lucratif			
Médicaments en spécialités	61 420 (96 %)	131 137 (92 %)	+ 114 %
<i>Médicaments génériques</i>	693 (1 %)	7 658 (5 %)	+ 1005 %
Matériel médico-chirurgical	1 877 (3 %)	3 126 (2 %)	+ 67 %
Total	63 990 (100 %)	141 921 (100 %)	+ 122 %
2. Secteur privé à but non lucratif			
Médicaments en spécialités	0	0	
<i>Médicaments génériques</i>	803 (94 %)	3 110 (96 %)	+ 287 %
Matériel médico-chirurgical	52 (6 %)	141 (4 %)	+ 171 %
Total	855 (100 %)	3 251 (100 %)	+ 280 %
3. Secteur public			
Médicaments en spécialités	13 166 (59 %)	9 908 (24 %)	- 25 %
<i>Médicaments génériques</i>	7 912 (36 %)	26 961 (65 %)	+ 241 %
Matériel médico-chirurgical	1 074 (5 %)	4 349 (11 %)	+ 305 %
Total	22 152 (100 %)	41 218 (100 %)	+ 86 %
4. Global			
Médicaments en spécialités	74 586 (86 %)	141 045 (76 %)	+ 89 %
<i>Médicaments génériques</i>	9 408 (11 %)	37 729 (20 %)	+ 301 %
Matériel médico-chirurgical	3 003 (3 %)	7 616 (4 %)	+ 154 %
Total	86 997 (100 %)	186 390 (100 %)	+ 114 %

Source : OMS, Coopération française, Commission européenne, *Troisième rencontre des ministres de la Santé des pays africains de la zone franc et des pays associés sur la politique du médicament*, Libreville, 23-26 mars 1998, WHO/EDM/DAP/99.3, mars 1999, p. 6.

La taille restreinte du marché de la plupart de ces pays leur donne peu de pouvoir de négociation des achats de matières premières sur le marché mondial. D'autre part, la plupart de ces unités locales de production ont une activité de fabrication bien inférieure à leur capacité.

Jusqu'à maintenant le manque d'information sur le marché et la consommation pharmaceutique dans les pays francophones d'Afrique était notoire : par exemple, la part de l'approvisionnement pharmaceutique dans le budget public, la consommation pharmaceutique par habitant, etc. Cependant, depuis quelques années des efforts sont réalisés dans ce domaine. Si la plupart des données ne sont pas publiées, elles font l'objet d'attentions des autorités afin d'évaluer leur politique pharmaceutique.



L'organisation du secteur pharmaceutique

De l'accession à l'indépendance jusqu'à la fin des années soixante-dix, la fourniture de médicaments s'appuyait sur le principe de la gratuité adopté par tous les pays francophones d'Afrique. Le secteur privé, principalement occupé par des pharmaciens

8. - Production pharmaceutique dans l'UEMOA* (1997-1998)

	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Mali	Niger	Sénégal	Togo	Total
Population (1998, en millions)	6,1	11	16	11,5	10	9,3	4,6	70
Unités de production	2	2	3	1	1	3	1	13
Part de la production dans les marchés nationaux	NC**	NC	8 %	19 %	35 %	NC	-	
Chiffre d'affaires total (milliards de FCFA)	2,26	8,1	4,33	2,72	0,9	7,5	Absence de production	

* UEMOA étude sur la mise en œuvre de la politique de promotion des médicaments essentiels génériques, l'évaluation des capacités des unités de fabrication des médicaments et le contrôle de la qualité des médicaments, août 1999.

** Non communiqué

français installés dans les grandes villes depuis le temps colonial, ne se développaient que lentement, faute de pharmaciens nationaux en nombre suffisant. La législation et la réglementation pharmaceutiques françaises avaient été reconnues sans grande modification par les nouveaux Etats, qui avaient conservé l'organisation générale de la pharmacie française.

Vers la définition de politiques nationales

L'OMS, en tant qu'autorité directrice et coordinatrice dans le domaine sanitaire, a lancé dans la décennie soixante-dix de nouvelles orientations pour la promotion de la santé, « les soins de santé primaires », qui incluent le concept des médicaments essentiels, définis comme satisfaisant « aux besoins de la majorité de la population en matière de soins de santé ; ils doivent donc être disponibles à tout moment en quantité suffisante et sous la forme pharmaceutique appropriée ».

A partir de cette période, un certain nombre d'Etats ont commencé à définir une politique pharmaceutique nationale répondant, en principe, à la situation sanitaire du pays et aux priorités fixées par le gouvernement. Les objectifs généraux de cette politique, soutenue par l'OMS, visaient la disponibilité pour tous de médicaments essentiels efficaces, de qualité contrôlée et à un coût abordable, ainsi que la promotion de leur usage rationnel par les prescripteurs et les consommateurs. Malheureusement, dans de nombreux cas, on en est resté au stade de déclarations d'intention ou, lorsque des mesures ont été adoptées, elles n'ont pas été suivies des effets attendus.

La politique pharmaceutique n'est qu'un élément d'une politique de santé plus large, prenant en compte les aspects médicaux, sociaux, économiques et politiques de la santé. Il est admis que l'amélioration des niveaux de santé et d'éducation doit constituer un objectif prioritaire des programmes de développement. Tout porte à penser que cette amélioration joue un rôle majeur dans la réalisation des autres objectifs des politiques de développement, l'accroissement du PIB et la lutte contre la pauvreté, par exemple.

A la suite des deux chocs pétroliers et de la récession des années quatre-vingt, les Etats africains ont connu une crise financière majeure. Dans le sec-

teur public, la baisse des budgets attribués aux médicaments, aggravée par des pratiques d'achat inadéquates et par une mauvaise gestion, a provoqué des ruptures dans les fournitures pharmaceutiques, entraînant une diminution de la fréquentation des établissements sanitaires publics.

C'est dans ce contexte que le secteur privé s'est développé assez rapidement dans les villes d'abord, puis en zone rurale, par la multiplication des officines créées par les pharmaciens nationaux récemment formés. La part du marché pharmaceutique privé, en termes financiers, atteignait alors plus de 80 % dans l'ensemble de la région.

Dès la fin des années quatre-vingt et le début des années quatre-vingt-dix, l'essor du secteur pharmaceutique privé a trouvé ses limites. L'augmentation du nombre des pharmacies urbaines et la baisse du pouvoir d'achat des populations ont entraîné une diminution du chiffre d'affaires des officines. De plus, il n'existait alors aucune politique de génériques pour inciter les importateurs, les officinaux, les prescripteurs et les patients à choisir l'usage des médicaments moins coûteux.

Pendant la même période, le contexte général a changé et les systèmes de santé ont considérablement évolué, avec la multiplication d'expériences visant à améliorer l'accès des populations aux soins de santé primaires : équipes de santé villageoises, développement sanitaire des districts, mise en œuvre de programmes verticaux et « Initiative de Bamako ». Ce changement s'est traduit par un accroissement de la démographie des professionnels de santé (médecins et infirmiers principalement), le renoncement au principe de la gratuité des soins et, avec la démocratisation des Etats, la décentralisation pour un développement harmonieux des régions.

Pour réduire l'impact des contraintes budgétaires consécutives aux mesures d'ajustement structurel, il était nécessaire de trouver des solutions qui permettent l'accessibilité financière aux systèmes de santé. A cet effet, la plupart des Etats ont défini un programme social avec l'intervention de la Banque mondiale, comportant des mécanismes pour la couverture de risques majeurs dépassant les capacités contributives des populations et pour la prise en charge des indigents. Ainsi s'organise un système de santé qui devrait aboutir à la complémentarité des secteurs public, communautaire et privé.

Parallèlement à la mise en place d'un système de gestion communautaire des médicaments dans les centres de santé, le secteur public a développé, avec l'aide internationale, une politique du médicament essentiel : élaboration de listes nationales de médicaments, création de centrales publiques d'achat et ouverture au marché pharmaceutique international par appel d'offres.

Le calcul du prix de vente au consommateur

Dans les centres publics et communautaires du niveau « soins de santé primaires », la délivrance du médicament fait partie intégrante de la prestation de services. La plupart des pays ont mis en place une politique de recouvrement des coûts, permettant aux centres de soins de moins dépendre des financements publics. Dans certains centres, la vente des médicaments ne finance que leur réapprovisionnement. Dans d'autres, elle assure une partie du fonctionnement de ces centres, se rapprochant ainsi du concept de l'Initiative de Bamako : dans ce cadre, le recouvrement des coûts donne lieu à une facturation forfaitaire à l'épisode de maladie ou à l'acte, qui inclut le médicament. Reprochant un manque de clarté à ce système, certains ont préféré le paiement séparé des médicaments, permettant une comparaison avec les prix du secteur privé et facilitant, pour l'avenir, une harmonisation des prix entre les deux secteurs dans le cadre d'une politique nationale pharmaceutique. Il apparaît, et malgré les difficultés à faire des comparaisons objectives, que la viabilité économique des

centres, qui dépend d'un niveau de financement suffisant, n'est pas garantie dans le système de paiement de l'acte, ni dans le système du forfait.

Dans le secteur privé, les prix sont fixés, dans la plupart des pays, par la définition de marges applicables aux grossistes et aux pharmaciens. Les taxes à l'importation ont été en général supprimées pour les médicaments, mais subsistent encore souvent pour les matières premières et les articles de conditionnement destinés à l'industrie pharmaceutique.

L'impact de la dévaluation du franc CFA

La dévaluation du franc CFA, en janvier 1994, n'a fait qu'aggraver une situation difficile, en entraînant un ajustement à la hausse des prix des produits importés. Le niveau des importations de médicaments, en majorité en provenance de France, a baissé de 30 %, celui du chiffre d'affaires des grossistes importateurs, de 25 %. Mais la hausse des prix au consommateur a été contenue entre 40 et 70 %, par un blocage des prix décidé au niveau de chaque pays, par une intervention de l'aide internationale et par des négociations avec les fournisseurs.

Dès le lendemain de la dévaluation, la communauté internationale s'est mobilisée afin de soutenir les secteurs sociaux des pays de la zone franc. La coordination des bailleurs de fonds (Banque mondiale, Union européenne, France) s'est mise en place dès le mois de février et le dialogue impliquant les autorités locales, le secteur privé, l'industrie pharmaceutique et les bailleurs a permis d'atténuer l'impact de la dévaluation sur les populations.

Depuis lors, un processus de concertation permanent (en 1994 à Abidjan, en 1995 à Bruxelles, en 1998 à Libreville) porte essentiellement sur le financement à long terme de la santé et des frais pharmaceutiques, le renforcement des capacités des États à réguler et à contrôler le secteur pharmaceutique, le rôle du secteur privé et, en association avec l'industrie pharmaceutique, la recherche de la complémentarité des unités de production locales.

Depuis la dévaluation, la France, avec la Commission européenne, a soutenu cet effort de concertation et de coordination des politiques pharmaceutiques décidé par les ministres de la Santé des pays de la zone franc et des pays associés. Il peut être le prélude à une intégration progressive des réglementations et des marchés qui permettra un meilleur contrôle de la qualité des médicaments, une politique homogène d'enregistrement et d'inspection, la possibilité de créer un marché sous-régional plus propice à la baisse des coûts d'approvisionnement et à l'émergence d'industries locales. Cette intégration et cette coopération régionale s'appuieraient sur les espaces économiques de l'UEMOA et de la CEMAC (12), avant que ne puisse s'organiser une structure de type Agence régionale du médicament.

La formation des pharmaciens

Sur le plan de la formation, l'Université africaine a subi les mêmes difficultés et a traversé des phases de changement rapide, agitées de fortes turbulences. D'un enseignement supérieur de type élitiste et à faible effectif, l'Université africaine est passée à un état de crise du fait de la diminution des ressources des États et de la réorientation des parts budgétaires en faveur de l'enseignement de base.

(12) CEMAC · Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale, recouvrant Cameroun, République centrafricaine, Congo, Gabon, Guinée équatoriale, Tchad et Comores

De plus, le débouché habituel de l'Université, qui était la fonction publique, s'est à peu près tari sans que cette nouvelle donne ait modifié en profondeur les filières de formation. Les facultés ou les écoles africaines de pharmacie, mises en grande difficulté, ont été délaissées pour les facultés d'autres continents. Dans certains pays, des bourses ont été accordées pour des formations dans des « pays de l'Est ». Une formation dans une faculté française, belge ou autre a été possible à ceux dont les familles disposaient de moyens suffisants. Il en est résulté une grande hétérogénéité dans la formation des pharmaciens qui ont souvent peu connaissance des problèmes de santé de leur pays et sont peu familiers des notions de médicaments essentiels et génériques. Ils ne peuvent guère remplir leur rôle d'agents de promotion de la santé dans leur pays.

Une organisation administrative et professionnelle à renforcer

Le secteur pharmaceutique, malgré sa faiblesse en ressources humaines, reste sous le contrôle des pharmaciens. Au sommet, auprès du ministre de la Santé, une direction de la Pharmacie veille à l'application des dispositions législatives et réglementaires mais ne dispose généralement pas d'un corps d'inspection ni d'un laboratoire de contrôle opérationnels. Une commission nationale du médicament, sans moyens suffisants, statue sur les autorisations de mise sur le marché. Le gouvernement décide de la tarification dans les secteurs public et privé.

Une « Agence du médicament » a été mise en place à Madagascar en 1998 avec un appui de la Coopération française. Elle a un statut d'établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et financièrement autonome ; elle est chargée de l'enregistrement des médicaments, de l'inspection de toutes les structures pharmaceutiques, du contrôle de qualité des médicaments et de la pharmacovigilance. Les pharmaciens de plusieurs pays francophones d'Afrique considèrent la création d'une telle agence comme un objectif à atteindre pour un meilleur fonctionnement du secteur pharmaceutique dans leur pays respectif.

La distribution pharmaceutique en gros est assurée dans le secteur privé par des sociétés de grossistes répartiteurs, placées sous la responsabilité de pharmaciens, et dont les actionnaires sont les pharmaciens nationaux. Ces sociétés sont pour la plupart en liaison avec des distributeurs européens. Pour la dispensation, les pharmaciens ont en droit le monopole de la pharmacie et seuls peuvent être propriétaires d'une pharmacie. Mais étant donné le manque d'accessibilité géographique et/ou financière aux médicaments, on a assisté à une prolifération de dépôts pharmaceutiques non autorisés et au développement des marchés parallèles illicites.

La profession est organisée légalement dans le cadre d'un Ordre dont les activités doivent être complémentaires de celles de l'administration ; ses intérêts sont représentés par des syndicats. Ces organismes disposent généralement de peu de moyens et sont peu actifs.

Dans le secteur public, des centrales nationales d'achat approvisionnées par appels d'offres internationaux sont chargées, sous le contrôle de pharmaciens, de la distribution aux établissements sanitaires publics des médicaments essentiels fixés par une liste nationale en fonction des niveaux de soins.

L'image du pharmacien dans les pays africains est fortement dégradée du fait de l'accessibilité limitée des médicaments, de la concurrence du secteur informel et des pratiques traditionnelles ; elle est dégradée aussi par la démotivation des professionnels eux-mêmes qui dérogent aux règles d'exercice de la profession et n'exercent pas leur responsabilité personnelle.

Cette situation entraîne une perte de confiance générale de la population dans le système de santé, et seule une volonté politique et administrative permettra aux pharmaciens, regroupés dans l'Ordre, de retrouver toute leur place au service de la santé publique.

● **La satisfaction des besoins des consommateurs**

L'accessibilité géographique et financière aux médicaments

Dans la plupart des pays francophones d'Afrique, moins du tiers de la population avait un accès régulier aux médicaments essentiels en 1986-1987, selon les données publiées en 1990 par l'Organisation mondiale de la santé (13). Dix ans plus tard, de nouvelles données semblent montrer une évolution de la situation assez favorable (14). Au-delà des chiffres globaux, difficiles à interpréter, il faut tenter de cerner l'accessibilité aux médicaments sous ses deux angles, c'est-à-dire la proximité des points de vente et la capacité financière des populations.

Une couverture pharmaceutique encore inégale

Au cours des dernières décennies, la demande en médicaments a sensiblement augmenté, dans les villes comme dans les villages, du fait de l'évolution démographique bien sûr, mais aussi de l'élargissement de l'offre de soins et sans doute de la scolarisation. En même temps, les structures de distribution se sont multipliées, dans des proportions variables selon les pays.

Dans les pays qui ont toujours mené une politique libérale, la cadence des créations d'officines a été déterminée principalement par le nombre de nouveaux pharmaciens diplômés. Par exemple, le nombre d'officines est passé, entre 1988 et 1994, de 188 à 308 au Cameroun, de 144 à 240 au Sénégal ; après la dévaluation monétaire leur nombre a continué d'augmenter, par exemple au Bénin de 86 en 1994 à 120 en 1998, au Burkina Faso de 62 en 1994 à 97 pharmacies en 1998.

Dans les pays où le monopole des médicaments appartenait à l'Etat, comme ce fut le cas au Bénin, au Mali, en Guinée et au Niger, le processus de libéralisation a transformé les structures publiques en structures privées. Le nombre des officines privées a rapidement progressé : au Mali par exemple, leur nombre est passé de 4 à 152 entre 1988 et 1994 ; au Niger de 1 à 16 pendant la même période.

Mais la couverture pharmaceutique est inégalement répartie à l'intérieur de chaque pays. Les officines sont situées en majorité dans les grandes villes et surtout dans les capitales où leur densité atteint presque celle de pays européens (15).

(13) Moins de 30 % : Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, République centrafricaine, Sénégal, Tchad. De 30 à 60 % : Burkina Faso, Niger, Togo, Zaïre. De 60 à 90 % : Gabon, Djibouti, Comores

(14) Selon l'OMS, en 1997 l'accès aux médicaments essentiels est régulier à moins de 50 % de la population au Burkina Faso, République centrafricaine, Congo, Gabon, Togo, ex-Zaïre ; de 50 à 80 % Bénin, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Guinée, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Tchad. Cependant, le mode d'évaluation de ces chiffres n'a pas été indiqué

(15) Au Sénégal par exemple, en 1994, le nombre moyen d'habitants par pharmacie était évalué à moins de 10 000 à Dakar, mais à plus de 100 000 dans la région de Kolda ; au Niger, 30 000 habitants par pharmacie à Niamey, mais une seule pharmacie pour toute la région de Maradi qui compte plus d'un million et demi d'habitants. Par comparaison, il y avait une pharmacie pour 10 500 habitants aux Pays-Bas en 1992, une pharmacie pour 2 550 habitants en France.

Dans les localités sans pharmacien, l'autorisation est donnée à des commerçants d'ouvrir « un dépôt de médicaments » sous la responsabilité d'un pharmacien qui les approvisionne, selon un système instauré depuis le temps colonial. Le nombre et l'activité de ces « dépôts » restent en général peu contrôlés.

Dans le secteur public, les pénuries de médicaments liées à la précarité du budget alloué et à la faillite des structures publiques d'approvisionnement avaient fait disparaître peu à peu la gratuité des traitements prônée depuis les indépendances. A partir de 1987, l'Initiative de Bamako lancée par l'UNICEF dans le but de relancer les soins de santé primaires (SSP) a introduit le principe du financement communautaire, basé sur la vente de médicaments essentiels dans les unités de soins publiques. Appliquée d'abord au Bénin, puis en Guinée, cette stratégie a gagné les structures de SSP dans la plupart des pays d'Afrique francophone, sous des formes diverses et jusqu'aux hôpitaux, avec l'appui technique et financier de la coopération internationale.

Des médicaments trop coûteux

La multiplication des points de vente, secteur privé et secteur public confondus, a sans doute rendu les médicaments plus accessibles sur le plan géographique. Mais leur accessibilité sur le plan financier est moins facile à cerner, et son évolution est certainement beaucoup moins favorable.

Un système de couverture sociale ne touchant guère plus de 5 % de la population dans tous ces pays, tous les frais pharmaceutiques sont à la charge des familles. Quelques études ont tenté d'évaluer le poids financier du médicament dans le budget des ménages. Selon des enquêtes réalisées en 1993 dans sept pays, le coût moyen d'une ordonnance témoin représentait une valeur comprise entre 8 % et 70 % du salaire minimum officiel, selon les pays et selon les régions d'un même pays dans le secteur privé (16).

Selon des enquêtes menées en 1998 dans six pays (17), le prix médian (en francs CFA) d'une ordonnance présentée dans les pharmacies privées variait entre 4 000 au Mali et 9 000 au Gabon ; dans les structures publiques, le prix médian (en francs CFA) d'une ordonnance s'échelonnait entre 295 en Guinée et 5 400 au Gabon, rapport de 1 à 18 explicable par des différences dans les politiques d'approvisionnement et dans les modes de prescription. Quand l'achat des médicaments prescrits était partiel ou retardé, la première raison était le manque d'argent. Dans le secteur public, la présence de ruptures de stock ou l'indisponibilité due à une prescription non conforme (médicaments prescrits sous nom de spécialité) étaient une cause d'achat partiel. Ces résultats paraissent assez représentatifs de la situation : des médicaments à un prix peu accessible dans les officines privées et des pénuries dans les structures publiques.

Un usage encore limité des médicaments génériques

L'introduction de médicaments génériques en vue de réduire les coûts fait partie de la stratégie définie lors des réunions successives des ministres de la Santé des pays de la zone franc et pays associés depuis 1994. Mais sa mise en application reste encore modeste dans le secteur privé malgré les diverses mesures administratives et financières prises à cet effet dans plus de la moitié de ces pays, et malgré les actions

(16) Centre international de l'enfance et Réseau Médicaments et Développement, *Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique*, Ministère français de la Coopération-OMS, Paris, 1999, 342 p

(17) D Fontaine, *Prescription et dispensation des médicaments essentiels et génériques - enquête dans six pays d'Afrique*, Ministère de la Coopération-OMS, novembre 1998, 40 p, non publié.

de promotion en cours. Elle se heurte souvent à des difficultés dans l'enregistrement des génériques.

Les habitudes locales ne vont pas dans le sens des génériques, car liées au mode de consommation en France du fait de la similitude dans les sources d'approvisionnement et de promotion des médicaments. De nombreux prescripteurs sont encore réticents et mal informés, même parmi les assistants techniques français (18).

Dans le secteur public, des centrales d'achat existent aujourd'hui presque partout, avec un statut d'entreprise parapublique pour la plupart. Elles sont soumises à des règles rigoureuses de fonctionnement et dispensent uniquement des génériques (sauf exceptions) aux centres de soins publics, et privés à but non lucratif. Certaines sont aussi habilitées à servir les officines et autres établissements privés, au Bénin ou au Mali notamment. Les génériques sont généralement vendus conditionnés sous blisters, alors que les établissements publics achètent des génériques en vrac, moins onéreux mais moins sûrs du fait de leur reconditionnement pour la vente, souvent très sommaire.

En 1998, les génériques auraient représenté 7 % des ventes des grossistes au Cameroun, 8 % en Côte d'Ivoire, et jusqu'à 30 % au Mali.

Un marché pharmaceutique illicite qui prospère

Les difficultés d'accès aux médicaments, principalement financières, sont exploitées dans tous ces pays par de multiples trafiquants, profitant du laxisme des autorités, de la perméabilité des frontières et de diverses complicités. Ce marché s'étale au grand jour en milieu urbain comme dans les zones rurales. Son extension a été accélérée par la diminution générale du pouvoir d'achat, notamment dans les pays de la zone franc après la dévaluation de 1994. Le marché s'est structuré avec des « grossistes » et leurs détaillants, mais son ampleur reste mal connue.

Au Bénin par exemple, où des médicaments importés en fraude sont venus compenser dès les années soixante-dix les pénuries des structures d'Etat qui détenaient alors le monopole, le marché illicite représenterait aujourd'hui 40 % du marché pharmaceutique total, selon la direction de la Pharmacie. Plus de la moitié de son approvisionnement provient du marché intérieur : achats locaux illicites, détournements dans les établissements publics et privés, ainsi que des médicaments récupérés en France dans le cadre de l'aide humanitaire. Les importations proviennent en majorité du Nigeria voisin qui apparaît comme la plaque tournante du commerce illicite international ; il en vient aussi du Gabon, de Côte d'Ivoire et du Togo.

La gamme des médicaments proposés, plus ou moins large selon les pays, va des produits les plus usuels aux plus dangereux. Les clients appartiennent à toutes les classes de la société : les uns viennent chercher là quelques comprimés d'un analgésique ou d'un antibiotique ; d'autres veulent obtenir au moindre coût les médicaments d'une prescription médicale. Les risques collectifs sont dus surtout aux ventes à l'unité qui contribuent au développement des résistances aux antibiotiques et aux antiparasitaires. Les risques individuels sont certains : ils peuvent se traduire par l'aggravation de maladies mal traitées ou par des accidents liés à la mauvaise qualité de certains médicaments, aux « prescriptions » de vendeurs souvent illettrés et à une automédication aveugle. Mais lorsque des accidents graves sont constatés, ils sont rarement publiés et peu connus des usagers, alors que leur médiatisation serait le meilleur élément de dissuasion.

L'impact des activités pharmaceutiques illicites sur la santé des populations, sur les politiques pharmaceutiques, et même sur l'économie du pays, com-

(18) Observatoire permanent de la Coopération française, *Rapport 1998*, p. 192.

mence à être pris en considération, après des années de tolérance de la part des autorités nationales et des organismes professionnels. Combattre le marché illicite s'inscrit désormais dans des programmes qui ont été définis, notamment au Bénin, en Côte d'Ivoire, en Guinée et au Niger. Au-delà de l'approche répressive et policière qui a déjà montré ses limites, la stratégie de lutte vise principalement l'information et la sensibilisation des professionnels de santé et des consommateurs ; il s'agit aussi d'impliquer et de coordonner tous les acteurs intervenant dans le circuit du médicament.

Les véritables besoins de santé

La demande en médicaments ne coïncide pas toujours avec les véritables besoins de santé, en Afrique comme ailleurs. Mais lorsque les ressources sont insuffisantes, il est d'autant plus regrettable de les voir gaspillées pour l'achat de produits inutiles et surtout de produits à risques.

Des médicaments essentiels, seulement dans le secteur public

Une liste de médicaments essentiels, correspondant aux besoins nationaux prioritaires, a été définie et officialisée dans presque tous les pays. Mais l'usage de cette liste est resté cantonné dans le système public de santé et, bien souvent, dans les seuls programmes de soins de santé primaires appuyés par la coopération internationale. En dehors de ces programmes, les professionnels de santé ne connaissent guère l'existence et le contenu de cette liste. Il est vrai que le concept de médicaments essentiels n'a jamais fait l'objet de la promotion qui aurait pu le vulgariser et le « vendre ». Il n'a même pas été intégré jusqu'à ces dernières années dans l'enseignement dispensé par les facultés de médecine, de pharmacie et autres écoles paramédicales.

La gamme des médicaments essentiels est cependant limitée par des contraintes financières et techniques. Les antirétroviraux pour le traitement du sida, première cause de mortalité en Afrique aujourd'hui (19), n'en font pas partie : leur coût est inaccessible aux budgets de santé et la difficulté du contrôle et du suivi des traitements en limite la faisabilité. Il en est de même pour certains antibiotiques et antiparasitaires coûteux, devenus nécessaires quand se développent des résistances aux anti-infectieux usuels.

En milieu hospitalier, la nomenclature des médicaments, en principe déterminée par une commission *ad hoc*, dépasse largement la liste officielle des médicaments essentiels. Il s'agit surtout de médicaments coûteux qui n'existent pas en génériques et sont achetés dans le secteur privé, en majeure partie à la charge des malades.

Pour le secteur privé, les médicaments autorisés à la mise sur le marché sont sélectionnés suivant des critères parfois bien définis, mais souvent peu applicables et peu appliqués. Leur nombre a diminué au cours de la dernière décennie dans la plupart des pays, passant de quelque 3 000 spécialités sur le marché à moins de 1 500 en Guinée ou au Cameroun par exemple.

Les médicaments les plus consommés sont d'abord des antipaludiques, des antibiotiques et des analgésiques. Mais, parmi les cinquante spécialités qui font les plus fortes ventes, on trouve un nombre très significatif de médicaments considé-

(19) OMS. *Rapport sur la santé dans le monde Pour un réel changement*, Genève, 1999, p. 120.

rés comme « non essentiels », du fait de leur peu d'efficacité démontrée, d'un rapport bénéfice/risques insuffisant, ou encore d'un niveau de prix très supérieur à celui d'autres produits tout aussi efficaces (20).

Vers un usage rationnel des médicaments

Les programmes de médicaments essentiels sous-tendent la notion d'usage rationnel en assurant la formation et le suivi des prescripteurs, qui sont souvent des paramédicaux au niveau des soins de santé primaires. Des guides pour l'utilisation des médicaments essentiels ont été élaborés et sont diffusés dans plusieurs pays, notamment au Burkina Faso, en Guinée et au Mali ; un centre d'information médicale, indépendant de l'industrie pharmaceutique, existe au Burkina Faso. Mais dans l'ensemble, les conditions propices à un usage rationnel, c'est-à-dire conforme à des données scientifiques actualisées, sont loin d'être réunies.

L'automédication représente une part importante dans la demande de consommateurs qui veulent ainsi économiser le prix d'une consultation médicale ou éviter l'attente dans des structures publiques de soins éloignées, souvent mal équipées et peu accueillantes. Une enquête menée dans les officines de sept pays africains a montré que les conseils sont en général donnés dans les officines par des vendeurs sans qualification (21). Des médicaments légalement soumis à une prescription médicale sont vendus librement par les officines, dans une proportion évaluée dans une enquête à 87 % de la demande en automédication (22).

L'information des prescripteurs est laissée en majorité aux soins de l'industrie pharmaceutique qui diffuse quelques revues et surtout organise des réseaux de visiteurs auprès des médecins et des paramédicaux. La promotion des médicaments est rarement réglementée et contrôlée, ce qui permet la diffusion d'informations fallacieuses, dénoncées à maintes reprises (23). La formation post-universitaire des professionnels de santé reste encore au stade de projet.

L'éducation pour la santé est partout à l'ordre du jour, mais il s'agit d'une action de longue haleine auprès de populations peu lettrées. Elle vise d'abord la promotion des génériques et la lutte contre le marché illicite, avec pour corollaire un meilleur usage des médicaments.

Une qualité souvent remise en cause

Le danger des médicaments en Afrique a fait la une des médias vers 1997, suite à une affaire de faux vaccins découverts au Tchad. Selon certains, plus de la moitié du marché pharmaceutique des pays africains était constituée de « faux médicaments », de contrefaçons et de produits frelatés. Or ces affirmations ne reposaient sur aucune étude fiable et représentative ; cette proportion de produits de mauvaise qualité, supposée circuler dans chaque pays, n'a jamais été atteinte dans les diverses études

(19) OMS, *Rapport sur la santé dans le monde Pour un réel changement*, Genève, 1999, p. 120.

(20) Ces constatations reposent sur l'analyse des ventes chez des grossistes, lors d'enquêtes menées au Cameroun, à Madagascar, au Niger et au Sénégal en 1993. Selon des chiffres de vente issus de IMS, en 1998, 19 médicaments sur les 50 les plus vendus (38 %) ne répondaient pas aux critères des médicaments essentiels définis par l'OMS.

(21) Enquêtes dans 117 pharmacies et 11 dépôts de médicaments au Bénin, Cameroun, Guinée, Madagascar, Mali, Niger et Sénégal *Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique*, Ministère de la Coopération, 1996

(22) S. Traoré, *Automédication en Côte d'Ivoire*. Thèse pour le doctorat en pharmacie, Abidjan, 1999.

(23) P. Chirac *et al.*, « La publicité pharmaceutique en Afrique francophone », *OMS Médicaments essentiels le point*, 1994, 17, pp 20-21

ponctuelles réalisées, notamment dans une étude réalisée par ReMeD en 1997 à la demande de l'OMS (24).

Cependant, l'analyse des échantillons prélevés dans chaque étude a toujours montré la présence de produits non conformes aux normes en vigueur. Mais les risques sanitaires des défauts constatés se situent à des niveaux différents : certaines anomalies de fabrication ont peu d'incidence sur l'effet thérapeutique ; par contre le risque est certain dans les cas, moins fréquents, où le principe actif est absent, déficitaire ou substitué.

Pour assurer le contrôle des produits entrant ou circulant sur le marché, chaque Etat voudrait avoir son laboratoire national. Deux laboratoires, celui du Niger et celui du Cameroun, sont considérés par l'OMS comme des laboratoires régionaux, capables d'analyser les échantillons envoyés d'autres pays de la région. Des laboratoires de contrôle existent également ou sont en projet dans plusieurs pays.

Dans les unités de production locales, le système d'assurance de la qualité atteint sans doute un niveau convenable dans les établissements liés à des firmes pharmaceutiques internationales. Hormis ces établissements, le système reste embryonnaire, faute d'une réglementation spécifique suffisante et d'un contrôle extérieur efficace.

Les suspicions sur la qualité des génériques sont souvent un argument à l'encontre de leur prescription et de leur acceptation par le patient. Cependant, les règles imposées aux centrales d'achat de médicaments lors des appels d'offres internationaux devraient les amener à sélectionner les fournisseurs les plus sûrs, parmi ceux qui sont les moins chers.

Soupçons aussi sur la qualité des produits vendus sur les marchés illicites lorsqu'ils sont issus de trafics frontaliers. Dans la partie de l'étude de ReMeD réalisée au Cameroun sur des échantillons prélevés dans des points de vente illicites, l'analyse a révélé 47 produits non conformes sur 244 échantillons (19 %), dont, parmi les antibiotiques, 11 substitutions de principes actifs et des déficits notables en principe actif.

La pharmacopée traditionnelle, complément de l'arsenal thérapeutique

L'usage des plantes médicinales africaines reste surtout lié à des pratiques traditionnelles. Elles entrent dans les remèdes plus ou moins secrets des tradipraticiens qui sont souvent les premiers ou les seuls consultés, voire consultés après l'échec d'un traitement. La plupart des familles mettent à profit les recettes ancestrales pour se soigner avec des plantes, associées ou non aux médicaments modernes.

Des enquêtes ethnobotaniques ont étudié les plantes utilisées par les tradipraticiens ; des recherches au niveau universitaire ont porté sur l'identification, la préparation, l'efficacité et la toxicité d'un certain nombre de ces plantes. Il existe une pharmacopée africaine, éditée depuis 1985 sous l'égide de l'OUA, mais elle semble peu reconnue et peu mise en pratique.

Quelques petites unités pour la production de médicaments à base de plantes locales ont été mises en place, souvent à l'initiative de pharmaciens universitaires, notamment au Cameroun, au Congo (ex-Zaire), au Bénin, au Mali, au Sénégal, etc., mais avec des succès mitigés. C'est seulement au Mali que des « médicaments traditionnels améliorés » ont une existence officielle par leur inscription dans le formulaire thérapeutique national.

Quelques recherches sont menées sur l'action de plantes ou d'extraits

(24) OMS, *La qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain*, Genève, 1995, 68 p.

de plantes locales dans le traitement de maladies dominantes comme le paludisme, d'autres parasitoses, ou encore le sida. Mais c'est surtout pour traiter des affections courantes (toux, diarrhée, constipation, etc.) que les plantes sont utilisées et pourraient remplacer avantageusement de coûteuses spécialités importées. Le développement industriel de ces médicaments se heurte à l'absence de cadre réglementaire spécifique, au « prestige » des spécialités importées et surtout au manque d'études économiques sérieuses qui pourraient inciter les décideurs à mobiliser les ressources nécessaires.

● **Pas de transformations radicales à court terme**

Le panorama pharmaceutique a notablement évolué dans les pays francophones d'Afrique au cours des dernières années. Une orientation vers une politique du médicament plus cohérente paraît se dessiner dans chaque pays. La coordination de la dynamique engendrée par la dévaluation monétaire est en voie de trouver un relais à travers les organismes régionaux, UEMOA et CEMAC.

L'ensemble des pays de la zone franc et des pays associés (Burundi, Guinée, Madagascar et Mauritanie) représente une population de plus de 120 millions d'habitants. En dépit de leur niveau de revenu particulièrement bas, ces pays forment un marché pharmaceutique régional non négligeable. En organisant ce marché régional, ils pourraient acquérir un certain pouvoir de négociation sur le marché mondial par des achats groupés. Les unités locales de production de génériques pourraient également s'y développer ; pour cela, il faudrait que soient améliorées les conditions de ce marché régional, par un cadre réglementaire et économique adapté, par une qualité des produits mieux assurée et par une complémentarité des gammes de fabrication.

L'adoption et la mise en œuvre des multiples mesures préconisées lors des rencontres des ministres de la Santé ne peuvent guère se traduire par une transformation radicale à court terme. Les structures d'administration et de contrôle ont besoin de temps et de moyens pour être renforcées. La complémentarité entre le secteur public et le secteur privé, restés longtemps sans connexion, apparaît difficile à réaliser. La réforme programmée exige un véritable changement des habitudes et des mentalités de tous les acteurs, administrateurs, prescripteurs, distributeurs et consommateurs.

Malgré une stratégie pharmaceutique commune, chaque pays conserve ses particularités sur le plan économique, géographique et socio-culturel. Les mêmes « recettes » ne sont donc pas partout applicables. Si les initiatives et les décisions sont du ressort de chaque pays, il est certain qu'un appui extérieur, financier et technique, reste nécessaire pour coordonner et mener à bien les actions engagées. Il est encore trop tôt pour juger des résultats, qui ne pourront s'exprimer valablement que pays par pays et en termes de santé publique.

Références bibliographiques

Banque mondiale, 1994, *Pour une meilleure santé en Afrique : les leçons de l'expérience*, 283 p.

Chetley (A.), 1999, *Médicaments à problèmes*, Health Action International et Réseau Médicaments et Développement, Paris, 404 p.

Blaise (P.), Dujardin (B.), de Béthune (X.), Vandenberg (D.), 1998, « Centrales d'achat de médicaments essentiels : une priorité pour les systèmes de santé des pays en développement », *Cahier santé*, 8, 187, pp. 217-226.

Brunet-Jailly (J.), 1999, *Santé en capitales*, Abidjan, Paris, Editions Karthala, 380 p.

Bruneton (C.), Naboulet (P.), van der Heide (B.), Rey (J.-L.), 1997, « Les échanges de médicaments entre pays européens et pays en développement », *Med. Trop.*, 57, pp. 375-379.

Bruneton (C.), Favre (I.), Fontaine(D.), Maritoux (J.), Rey (J.-L.), 1999, « Concours pour la promotion des médicaments essentiels génériques en Afrique », *Cahier santé*, 9, pp. 47-52.

Centre international de l'enfance et Réseau Médicaments et Développement, 1999, *Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique*, Ministère français de la Coopération et OMS, Paris, 342 p.

Fontaine (D.), 1998, *Prescription et dispensation des médicaments essentiels et génériques : enquête dans six pays d'Afrique*, Ministère français de la Coopération et OMS, novembre, 40 p., non publié.

Klimek (C.Y.), Peters (G.), 1995, *Une politique du médicament pour l'Afrique : contraintes et choix*, Paris, Editions Karthala, 198 p.

Lobo (F.), Velasquez (G.), 1998, *Medecines and the New Economic Environment*, OMS, Université Carlos III de Madrid, Civitas, 249 p.

OMS, 1990, *La situation pharmaceutique dans le monde*, 135 p.

OMS, 1994, *Indicateurs pour le suivi des politiques pharmaceutiques nationales*, WHO/DAP/94.12, Genève, 226 p.

OMS, 1994, *Prescription des antibiotiques dans trois pays d'Afrique de l'Ouest : Mauritanie, Niger et Sénégal*, WHO/DAP/93.4, Genève, 95 p.

OMS, 1995, *La qualité des médicaments sur le marché pharmaceutique africain : étude analytique dans trois pays : Cameroun, Madagascar, Tchad*, WHO/DAP/95.3, Genève, 85 p.

OMS, 1997, *Comparative Analysis of National Drug Policies : Second Workshop*, 10-13 juin

OMS, 1997, *Rôles des secteurs public et privé dans le domaine pharmaceutique : incidence sur l'équité en matière d'accès et sur l'usage rationnel des médicaments*, WHO/DAP/97.12, Genève, 107 p.

OMS, 1998, *Health Reform and Drug Financing*, WHO/DAP/98.3, Genève, 44 p.

1996, WHO/DAP/97.6, Genève, 114 p.

OMS, 1998, *Mondialisation et accès aux médicaments : perspectives sur l'accord ADPIC de l'OMC*, série « Economie de la santé et médicaments », n° 7, WHO/DAP/98.9, Genève, 110 p.

OMS, 1999, « 11^{ème} liste modèle de l'OMS révisée en décembre 1999 », *WHO Drug Information*, vol. 13, n° 4, Genève, pp. 245-258.

OMS, Office régional, 1998, *Afro Essentiels Drugs : Price Indicator*, Genève, 100 p.

OMS, Coopération française, Commission européenne, 1999, *Troisième rencontre des ministres de la Santé des pays africains de la zone franc et des pays associés sur*

la politique du médicament, Libreville, 23-26 mars 1998, WHO/EDM/DAP/99.3, Genève, 61 p.

OMS, Ministère français des Affaires étrangères, 1999, *Référentiel pour l'harmonisation des procédures d'enregistrement des médicaments essentiels génériques dans les pays de la zone franc et pays associés, Ouagadougou, 17-19 février 1999, WHO/EDM/DAP/99.2, Genève, 25 p.*

Réseau Médicaments et Développement, 2000, *Compte rendu de la table ronde : comment renforcer la qualité des médicaments en Afrique ?*, Paris, 14 octobre 1999.

UEMOA, 1999, *Etude sur : (1) la mise en œuvre de la politique de promotion des médicaments essentiels génériques, (2) l'évaluation des capacités des unités de fabrication des médicaments et (3) le contrôle de la qualité des médicaments essentiels*, 114 p.

Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement

Alain Letourmy*

**Afrique
contemporaine**

Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Les mutuelles
de santé

230

Les partenaires du développement attendent beaucoup des mutuelles pour améliorer le fonctionnement du secteur de la santé en Afrique. Leurs espérances se fondent sur les traits génériques de ces organismes et sur les fonctions qu'ils peuvent remplir (Balique, 1997), mais la formule est à l'évidence « importée ». Si la réussite historique des mutuelles en Europe légitime le transfert du modèle vers les pays en développement, une série de questions se posent quant aux chances d'implantation durable de ces groupements en Afrique. Bien que le développement mutualiste soit assez récent, on pressent que le rapport des mutuelles avec l'Etat va conditionner l'apport de ces organismes au secteur de la santé. Pour éclairer ce point, il est nécessaire de décrire brièvement la genèse des mutuelles de santé en Afrique et, en particulier, la nouvelle donne constituée par l'investissement plus massif de l'aide extérieure en matière d'appui à ces organismes.

● **La genèse des mutuelles en Afrique**

Rappelons d'abord que les mutuelles de santé sont des groupements volontaires de personnes organisant, au moyen des seules cotisations de leurs membres, une protection maladie au bénéfice de ceux-ci. La définition générique peut souffrir quelques exceptions au niveau du volontariat, mais il faut surtout retenir que ce sont des entreprises à caractère privé, à but non lucratif, qui agissent comme promoteurs et comme gestionnaires de régimes d'assurance-maladie ou de formations de santé, en fonctionnant sur une base de participation des cotisants aux décisions. La notion d'auto-organisation traduit cette forme de démocratie qui s'exprime traditionnellement par le principe « un homme, une voix » et qui est censée s'appliquer à des activités complexes en termes techniques (assurance-maladie, montage de structures de soins).

Sans chercher ici à décrire l'état des mutuelles en Afrique on peut distinguer deux phases dans leur genèse (1). La première correspond en gros à la décennie 1985-1995 et a été marquée essentiellement par des créations d'initiative privée, limitées dans leur objectif, mais lancées dans des conditions assez favorables. Dans la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, on observe une deuxième vague de créations de groupements, plus ambitieuse et découlant de l'engouement que les partenaires du développement manifestent pour les mutuelles de santé.

La première vague de création des mutuelles

On prendra trois exemples de la première vague de création des mutuelles de santé, un au Mali et deux au Sénégal (Letourmy, 1993 et 1996 ; Brouillet *et al.*, 1996). Ils sont assez démonstratifs et illustrent une mobilisation de la population qu'on peut qualifier d'extensive.

Au Mali, en 1985, le Syndicat des enseignants (SNEC) crée une « mutuelle », qui est en fait une association du point de vue statutaire, la MUTEC (Mutuelle des personnels de l'éducation et de la culture). Il s'agit de répondre à deux types de besoins de ces fonctionnaires : l'approvisionnement alimentaire et la perte de revenu des retraités. La MUTEC organise, d'une part, une coopérative, qui permet à ses membres volontaires de se procurer du riz et quelques autres denrées de base ; d'autre part, un régime de retraite qui complète le régime obligatoire des fonctionnaires (Caisse de retraite du Mali), dont les prestations sont aléatoires. La MUTEC rassemble environ 5 000 cotisants. Le premier président de la MUTEC est Alfa Oumar Konaré qui impulse, en obtenant notamment l'appui de la Mutuelle générale de l'Education nationale, une action dans le domaine de la santé. Pour pallier les carences de la protection maladie des fonctionnaires et, fondamentalement, l'absence de formations de soins de premier niveau digne de ce nom, la MUTEC monte un centre de santé à Bamako. L'opération se fait avec une aide technique et financière de la Coopération française et de la MGEN. Les mutualistes cotisent séparément pour obtenir un accès au centre à des tarifs privilégiés. Celui-ci est en effet ouvert à tous et propose, à des prix raisonnables, des consultations médicales et de gynécobstétrique, des lits de maternité et un dépôt de médicaments. Le centre ouvre en 1990 et constitue une référence pour le Mali, où débute, sur Bamako, le mouvement des centres de santé communautaires. La MUTEC n'est pas le seul exemple de formule auto-organisée à finalité sociale lancée au Mali à cette époque. Mais elle représente probablement la formule qui s'est le plus inspirée du modèle européen et son rôle sera important pour la suite, puisque son président deviendra président de la République du Mali.

Les deux autres exemples concernent le Sénégal. En 1985, l'état-major des armées a décidé de créer une mutuelle à adhésion obligatoire qui complète la couverture maladie assurée par l'Etat. Cette mutuelle regroupe les personnels militaires et civils des forces armées ainsi que les sapeurs pompiers. Elle n'a pas de statut juridique spécifique et constitue en pratique une entité définie exclusivement au sein des forces armées. Son président et son vice-président sont désignés par le ministère de la Défense et le reste du bureau est nommé par l'état-major. Les responsables assurent néanmoins la gestion quotidienne de façon mutualiste, c'est-à-dire avec une certaine indépendance. La cotisation croît avec le grade. Les prestations

(1) Les bases empiriques de cet article se situent dans un travail effectué pour la Coopération française dont on trouvera la synthèse dans le rapport *Etude pour une stratégie d'appui aux mutuelles de santé* (Letourmy, 1998). On y trouvera les références d'études portant sur des pays ou des expériences de mutuelles qui n'ont pas toutes été reprises ici.

comprennent des remboursements de frais de santé et des rentes d'invalidité-décès, des prêts au moment de la retraite ou à caractère social. En matière de santé, la mutuelle prend en charge 50 % du médicament, le ticket modérateur du fonctionnaire et 80 % des soins de convalescence à l'hôpital militaire. La mutuelle couvre les affiliés et leur famille et rembourse les soins après passage dans un service de la médecine militaire. La mutuelle des forces armées regroupe 14 000 cotisants et couvre environ 70 000 personnes.

Le second exemple sénégalais a trait au village de Fandène, tout près de Thiès où est créée en 1994 une des premières mutuelles de santé en milieu rural. Cette création doit beaucoup à l'initiative d'un chirurgien exerçant à la clinique St-Jean-de-Dieu, formation privée à but non lucratif, basée à Thiès et gérée par une congrégation catholique. Ce médecin, qui est une des figures politiques locales, est originaire de Fandène dont les habitants font partie de la communauté chrétienne de la région de Thiès. La mutuelle se constitue en vue de faciliter l'accès à St-Jean des habitants de Fandène. Moyennant une cotisation assez modeste, les mutualistes sont pris en charge en tiers payant pour leurs hospitalisations médicales. La clinique concède par ailleurs un tarif préférentiel à la mutuelle. Le mouvement prend forme à Fandène et se diffuse aux villages voisins, notamment sur une base professionnelle. La mutuelle de Fandène regroupe environ 2 000 personnes.

Ces exemples illustrent une modalité particulière d'émergence des mutuelles, qui reproduit assez nettement le processus qu'a connu l'Europe au XIX^e siècle. Une initiative privée (syndicat, médecin, chef d'état-major) est à l'origine de chaque entité qui se construit au sein d'un groupe social doté *a priori* de cohésion. Les besoins exprimés sont ceux du groupe, d'où une adaptation de la formule mutualiste à une variété de solutions (coopérative, régime de retraite, régime d'assurance-maladie au premier franc ou complémentaire, création d'une offre de soins). Les prestataires de soins utilisés font partie du secteur privé. L'Etat n'intervient pas. L'aide extérieure n'est pas systématique et, si elle facilite la création, elle n'est pas motrice et est consécutive à une demande des intéressés. En même temps on voit que la mutuelle est surtout (sinon exclusivement) utile à ses adhérents. La formule est intéressante, mais n'affiche pas encore une large ambition.

La deuxième vague de création de mutuelles

La deuxième vague de création de mutuelles traduit une volonté de promotion à plus grande échelle de ces organismes, qui est largement exogène. Elle est illustrée par le lancement de véritables programmes nationaux de développement des mutuelles de santé. Ceux-ci sont affichés comme tels au Mali, où une sorte d'agence de développement autonome est créée avec l'appui technique et financier de la Coopération française et de la Mutualité française. Au Sénégal la démarche va dans le même sens avec l'appui de plusieurs partenaires à un très officiel Programme d'appui aux mutuelles de santé (PAMS), piloté par une cellule technique dépendant du ministère de la Santé. En 1997, le BIT lance une vaste étude de recensement des mutuelles en Afrique de l'Ouest et du Centre, après avoir financé la formation de formateurs des futurs responsables mutualistes et produit des guides pour aider au montage technique des groupements (Atim *et al.*, 1998 ; WSM *et al.*, 1996). En 1998, la plateforme d'Abidjan officialise sa stratégie d'appui aux mutuelles (2) à laquelle contribuent d'autres partenaires du développement (USAID, GTZ, Coopération et fédération de mutuelles chrétiennes de Belgique). Une série d'opérations de terrain sont lancées dans le cadre du programme STEP (3) : en Guinée, au Bénin, au Burkina

(2) Voir la plaquette éditée par le BIT en 1998

(3) STEP : Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté.

Faso, au Sénégal et en Afrique lusophone. On constate que cette deuxième phase implique fortement les acteurs de l'aide extérieure et les pouvoirs publics des divers pays, en apparaissant comme une solution possible à la crise que traverse le secteur de la santé en Afrique.

La prise de conscience de cette crise est antérieure à l'engouement exprimé à l'égard des mutuelles (CIE, 1992). Elle a inspiré une révision assez radicale des conceptions de l'organisation et du fonctionnement du secteur, dont l'Initiative de Bamako (IB) a constitué la première formulation à caractère systémique. Les grands principes de l'IB sont connus : décentralisation, promotion du médicament essentiel sous forme générique, mise en place du recouvrement des coûts et association des populations à la gestion des formations de santé. Tous les partenaires du développement ont incité les gouvernements à définir la politique sectorielle en s'inspirant de ces principes et on trouve cette inspiration dans la plupart des pays. L'IB introduit un changement profond au niveau de l'organisation du secteur public en promouvant implicitement l'autonomie des formations de soins et au niveau de son financement en introduisant la tarification. Sa mise en application n'a pas donné entièrement satisfaction, même si elle a contribué à une amélioration de la distribution des soins primaires (Knippenberg *et al.*, 1997). La gestion communautaire des formations publiques n'est que partiellement convaincante, notamment en raison de la position ambiguë de ceux qui l'exercent : sont-ils du côté des formations de santé ou du côté des usagers ? L'économie des centres s'est focalisée sur le médicament, qui assure généralement leur équilibre financier hors amortissements, mais ne dégage pas les ressources nécessaires pour améliorer durablement la qualité des soins. Le paiement par l'utilisateur a les limites du financement individuel et celui-ci ne peut se substituer complètement au financement public.

D'une façon plus générale, le recouvrement des coûts ne fait pas disparaître le besoin de financement socialisé du secteur. Or, sur ce point, les formules inspirées par la Sécurité sociale qui ont été essayées dans les pays africains ont été des échecs. Les dispositifs d'assurance-maladie obligatoire instaurés ici et là ont déçu, sans doute parce qu'ils n'ont pas été gérés de façon rigoureuse, mais surtout parce qu'ils se sont révélés incapables de couvrir une fraction suffisante de la population (Letourmy, 1997a et 1997b). Les économies africaines sont restées dominées par les activités du monde rural et du secteur informel, qui sont inadaptées à la protection maladie conçue pour les catégories salariées.

C'est en fonction de ces éléments diagnostiques relatifs à la crise des systèmes de santé que sont apparues les vertus thérapeutiques des mutuelles et qu'il a été jugé urgent de les développer à grande échelle. Elles doivent pouvoir toucher toute la population et, sachant que la situation de maladie entretient la misère, participer à la lutte contre la pauvreté. Elles doivent donner un cadre à la participation des communautés à la santé. Elles peuvent constituer un levier d'amélioration du secteur public de soins, si elles utilisent effectivement les formations publiques comme prestataires. Cette orientation suscite l'affectation de moyens par les partenaires du développement, afin de financer les projets d'appui jugés pertinents. Elle implique aussi que les mutuelles aient une place reconnue dans la politique sectorielle. De ce fait les gouvernements deviennent parties prenantes dans le processus de développement mutualiste.

● **Les conditions de réussite du développement des mutuelles**

Les arguments théoriques avancés en faveur de la promotion des mutuelles de santé sont évidemment très généraux. Ils peuvent laisser sceptiques ceux qui considèrent

que la démarche n'est pas endogène, ce qui augmente sa probabilité d'échec. L'observation des projets en cours suggère d'analyser les conditions de réussite du développement des mutuelles à plusieurs niveaux. En partant des difficultés rencontrées pour convaincre les personnes de cotiser, on peut s'interroger sur la pertinence culturelle du concept, avant d'examiner la faisabilité technique du montage des groupements et d'introduire enfin les facteurs socio-politiques qui doivent faciliter leur promotion.

La philosophie mutualiste et les pratiques sociales africaines

La plupart des promoteurs africains de mutuelles, c'est-à-dire les acteurs qui ont cherché concrètement à convaincre leurs concitoyens de cotiser, ont mis en avant la nouveauté du concept pour les groupes sociaux ciblés. Les difficultés rencontrées pour faire adhérer les personnes appartenant apparemment à une même communauté font s'interroger sur la possibilité qu'à la philosophie mutualiste de faire écho aux pratiques africaines.

Il faut en effet avoir en mémoire que les mutuelles ne sont pas seulement une formule de financement de la santé, mais représentent une organisation spécifique des rapports entre les personnes et une conception particulière de la gestion des ressources individuelles. Ainsi les notions de solidarité et de prévoyance sont indissociables de la mutualité, au-delà même de son application à la santé. Or le faible attrait des mutuelles dans certains groupes sociaux fait penser que, dans bon nombre de pays africains, les pratiques sociales ne s'accordent pas spontanément avec ces deux notions. Ce constat peut surprendre : les communautés africaines ne sont-elles pas connues pour leurs dispositions à l'entraide et à la solidarité ? Par ailleurs, le savoir-faire manifesté par les Africains pour l'organisation de dispositifs collectifs d'épargne, notamment les tontines, fait imaginer que la prévoyance mutualiste ne devrait pas poser de réelles difficultés.

Sur le plan des principes, il faut sans doute analyser de plus près les conditions dans lesquelles, en Afrique, la solidarité s'exerce entre les personnes et comment celles-ci se décident à geler des avoirs pour en tirer un profit différé. Sur le premier point il semble que le secours mutuel que se portent les personnes relève d'une solidarité *ex post* et limitée à un réseau, qui n'englobe pas nécessairement l'ensemble des unités d'un même groupe social, si celui-ci est défini par des critères territoriaux ou économiques. Ainsi il n'y a pas automatiquement de solidarité de village, de quartier, ou de métier, au sens de la reconnaissance d'un intérêt commun à partager d'avance les risques auxquels chacun est exposé. Sur le second point, la mise en commun de fonds individuels se fait le plus souvent en univers certain et dans un contexte de confiance qui donne à chacun l'assurance de récupérer sa mise. La « société des amis » qui va constituer une tontine ne s'engage pas dans une démarche de prévoyance (Henry *et al.*, 1991), destinée à limiter les conséquences d'une situation de maladie dont il vaut mieux croire qu'elle est peu probable. Elle met en place un circuit qui va permettre la satisfaction plus complète d'un besoin dont le prix est le renoncement momentané. Les motivations de l'épargne ne sont pas forcément étrangères à la nécessité de faire face à un événement exceptionnel. Mais la maladie n'est peut-être pas celui qui vient en premier. Tel chef de famille jugera plus important de pouvoir couvrir les frais de deuil, de naissance, de mariage que de pouvoir payer pour se soigner.

Le développement des mutuelles ne doit pas pour autant être vu comme conditionné par des dispositions culturelles figées. S'il faut se méfier des idées générales relatives aux facteurs de société favorables (ici la solidarité africaine), il est

important de repérer les processus d'apprentissage assez rapides qui accompagnent l'introduction de l'innovation sociale. En l'occurrence, on doit relever que les mutuelles s'implantent d'autant plus facilement qu'elles sont portées par des leaders d'opinion qui ont fait leurs preuves et que leur apport concret est immédiatement visible. Le degré d'acceptation de la prévoyance reflète, au sein d'un groupe, le nombre d'occasions où la confiance a été trompée et aussi, dans le domaine de la santé, une capacité d'évaluation assez juste de ce qui est utile et de ce qui ne l'est pas.

Les conditions techniques de la réussite des mutuelles

Deux conditions au moins doivent être réunies pour qu'une mutuelle puisse se développer de façon durable. D'abord, elle doit rassembler un nombre suffisant d'adhérents payant régulièrement leur cotisation. Ensuite, elle doit être associée à un ensemble de prestataires de soins répondant aux besoins des mutualistes. La première condition suppose que la capacité contributive du groupe constituant la mutuelle est suffisante, ce qui pose immédiatement la question de l'identification de la population mutualisable dans les pays africains, réputés à faibles ressources. La seconde condition renvoie à la disponibilité d'une offre de soins de bonne qualité.

Les ressources que les populations des pays africains peuvent mobiliser pour se soigner sont-elles compatibles avec l'objectif de développement à grande échelle des mutuelles de santé ? Ou encore le progrès supposé de l'adhésion mutualiste sera-t-il réservé à une fraction limitée de la population de chaque pays ? Ces questions appellent des réponses nuancées, pour tenir compte des observations consécutives à la mise en place du recouvrement des coûts, des expériences de mutualisation réalisées en milieu rural et, de façon générale, des conditions économiques de la consommation médicale en Afrique.

La mise en place du recouvrement des coûts a suscité des doutes quant à la possibilité des populations de payer les centres de santé et le médicament. La tarification a été adaptée à la capacité contributive des usagers et le résultat ne correspond pas aux prévisions pessimistes qui avaient été faites. En particulier le succès des centres de santé communautaires indique que la pauvreté des populations doit être relativisée. En d'autres termes, ce n'est pas sous-estimer la barrière économique à l'accès aux soins que reconnaître qu'une majorité de personnes parviennent à réunir les fonds nécessaires au paiement direct des formations de santé. Par ailleurs, en laissant de côté les mutuelles lancées chez les fonctionnaires, on observe que plusieurs expériences réalisées en milieu rural (Fandène au Sénégal, les mutuelles du sud-Borgou au Bénin (Garba, Vitto, 1998 ; Galland, 1998), la mutuelle des cotonniers de Nongon (Koné *et al.*, 1998) au Mali) attestent la possibilité d'un effort financier de populations aux ressources modestes, en vue de couvrir le risque maladie. En l'occurrence les cotisations ne sont pas très élevées (10 à 12 000 francs CFA par an pour une famille de moins de dix personnes) et la collecte est adaptée au rythme des rentrées monétaires des paysans, qui dépendent de la vente des récoltes. Mais ce ne sont pas uniquement les familles les plus aisées qui cotisent et, dans ces expériences, l'ensemble des besoins de recours aux soins ne sont pas couverts. En particulier la prise en charge du médicament est exclue. Ces observations recourent un ensemble de données sur la consommation de soins. On sait d'abord que les malades sont capables de mobiliser des ressources monétaires au sein de leurs réseaux sociaux ou auprès d'usuriers, en vue de payer l'hôpital ou les tradipraticiens. Certes, dans bon nombre de cas, ils s'endettent et doivent « réaliser » une partie de leur capital, mais leur capacité contributive n'est pas nulle. Dans le même ordre d'idées, on constate que les tentatives d'identification des indigents faites dans diverses régions pour

apprécier la légitimité de l'exemption du paiement des soins aboutissent à de faibles effectifs. L'indigence temporaire est très fréquente, mais l'indigence absolue est rare. Enfin on ne peut oublier le fait que ce sont les ménages qui assurent dans la plupart des pays la plus grande part du financement de la santé, loin devant l'Etat et l'aide extérieure. C'est un constat global, mais il oriente la réflexion sur l'amélioration à apporter en matière de financement, en vue d'augmenter l'accès aux soins. Il s'agit bien de canaliser des ressources qui sont de toute façon dépensées, de faire en sorte que le besoin de moyens de paiement soit satisfait au moment du recours aux soins. Cette fonction de régulation est précisément celle que des formules mutualistes peuvent assurer et, finalement, la faible capacité contributive des populations n'apparaît pas comme un obstacle absolu à leur développement. Il faut surtout remarquer que le niveau de ressources des familles contraint la consommation de soins en liaison avec d'autres variables. Les malades sont d'autant moins prêts à payer que leur attente à l'égard des soins qu'ils peuvent recevoir est faible, que les conditions physiques d'accès aux formations sont mauvaises, que les comportements des soignants sont dissuasifs. Autrement dit, si les chances de succès du mouvement mutualiste sont réduites du fait de la faiblesse des ressources des populations, cet effet est largement dépendant de la qualité des soins auxquels elles pourront accéder en cotisant.

L'offre de soins constitue probablement le facteur technique le plus important du développement des mutuelles. On observe que les organismes qui ont réussi se sont associés avec des formations de qualité et c'est bien là le problème qui est posé par la promotion à grande échelle des mutuelles, car ces formations sont rares dans la plupart des pays. La première phase de création de mutuelles a reposé sur des initiatives privées et a fait privilégier les besoins de soins des personnes susceptibles de cotiser. De ce fait, la qualité des prestations a été au principe du montage des projets. C'est ce qui a amené la MUTEK à créer son propre centre. Dans le cas de Fandène, la clinique St-Jean-de-Dieu était au centre du projet et l'ensemble des mutuelles qui se sont ensuite développées autour de Thiès n'ont fait qu'élargir le cercle des partenaires de l'établissement. Les militaires sénégalais ont été largement inspirés par l'existence du secteur privé dakarois, et notamment de l'hôpital principal. Dans le même ordre d'idées, le projet lancé au sud-Borgou s'est organisé autour de deux hôpitaux privés à but non lucratif gérés par une œuvre catholique ; la mutuelle des cotonniers de Nongon a été impulsée par le médecin du centre de santé qui avait été monté dans le cadre du programme d'installation de médecins privés en zone rurale, appuyé par la Coopération française. La notoriété acquise par ce praticien explique largement l'acceptation de la communauté villageoise.

A contrario, l'association des formations du secteur public aux mutuelles ne va pas de soi. D'une part, la population n'a généralement pas une très bonne appréciation de ces établissements, qui souffrent de nombreux dysfonctionnements. Ils ne sont pas toujours bien équipés, ni bien pourvus en médicaments. Certains services d'hôpitaux nationaux sont désertés par leurs responsables médicaux qui préfèrent exercer en ville. L'accueil est inégal et les personnels, mal payés, pratiquent souvent une surtarification par divers moyens : vente illicite de médicaments, demande de suppléments versés de la main à la main, etc. Dans ces conditions la propension de la population à cotiser est considérablement réduite. D'autre part, les personnels de santé voient d'un mauvais œil l'arrivée d'un tiers payant qui fait disparaître la surtarification et qui a des exigences de qualité pour ses adhérents. Parfois l'administration de district ou de région prend d'ailleurs le parti de ses fonctionnaires, soit parce qu'elle veut éviter les conflits, soit parce que les médecins exerçant les responsabilités à ces niveaux sont eux-mêmes parties prenantes du racket dont les malades sont victimes.

Les projets dans lesquels les mutuelles ont été amenées à travailler avec des formations publiques ont ainsi connu quelques difficultés. L'idée selon

laquelle la création de mutuelles va permettre d'améliorer la qualité des soins dans le secteur public ne se traduit donc pas de façon évidente dans la réalité. La situation peut évoluer en fonction du volontarisme des mutualistes, observé par exemple au sud-Borgou où, dans quelques centres, les personnels ont été obligés de se soumettre. Tout dépend surtout de l'appui apporté par l'administration de la santé, jusqu'au plus haut niveau, c'est-à-dire celui du ministère. Mais l'autorité des ministres et des hauts fonctionnaires ne s'exerce pas toujours selon des principes évidents. Elle s'inscrit dans des réseaux de relations qui atténuent le plus souvent son expression et son efficacité. Dans ce contexte, le développement mutualiste, qui suivait au départ une voie indépendante de l'Etat, risque de se réaliser au rythme d'amélioration de la qualité des soins dans le secteur public.

Les mutuelles et l'Etat

Le développement des mutuelles à grande échelle suppose une articulation particulière de ces organismes avec l'Etat. Manifestement il ne se met pas spontanément en place. Il est facile d'imputer les difficultés aux responsables politiques et aux administrations. Mais on peut aussi s'interroger sur la conception de l'Etat et de la société civile qui sous-tend cette appréciation.

Parmi les arguments avancés en faveur des mutuelles, leur caractère privé, c'est-à-dire leur indépendance vis-à-vis de l'Etat, est considéré comme particulièrement prometteur. On comprend dans ces conditions que le succès des mutuelles auprès des bailleurs de fonds n'est pas étranger à la modalité de retrait des pouvoirs publics qu'elles représentent. Toutefois, même pour les défenseurs des thèses les plus libérales, la place de l'Etat se justifie dans le domaine de la santé. En raison des externalités, des risques d'exclusion et des imperfections des marchés, l'Etat doit garder un rôle de régulateur et de filet de sécurité. Par ailleurs, dans les pays africains, le retrait de l'Etat n'est pas simple à organiser, alors même que la preuve a été faite de ses lacunes, en tant que financeur et que prestataire de soins. Les mutuelles offrent une voie intéressante dans la mesure où elles représentent de nouveaux acteurs mobilisables pour exercer des tâches fonctionnelles et aussi pour servir d'appui à la démocratie. Le développement mutualiste se situe donc dans un cadre de réorganisation institutionnelle du secteur de la santé, marqué par une montée en puissance de la société civile et par l'exercice de nouveaux rôles par l'Etat.

En pratique, les promoteurs extérieurs des mutuelles attendent de l'Etat une législation spécifique, l'exercice d'une tutelle bienveillante et un appui au développement, notamment par une action sur le secteur public de soins. Ces fonctions définissent un partenariat idéal entre les pouvoirs publics et la société civile, dont on ne trouve pas vraiment l'expression dans la réalité. On observe d'abord que l'attitude des pouvoirs publics à l'égard des mutuelles de santé varie de la passivité à l'intérêt, voire au désir de « récupération ». Dans des pays comme la Côte d'Ivoire, la Guinée et le Burkina Faso, seuls quelques responsables manifestent une attention soutenue au développement mutualiste. Selon leur position ils vont favoriser telle ou telle expérience, mais il faudrait une sensibilisation plus générale des ministères pour que les mutuelles s'inscrivent au sein des actions prioritaires des plans nationaux de développement du secteur. Au Bénin, les pouvoirs publics commencent à manifester de l'intérêt pour les mutuelles. Au Mali, le rôle de l'Etat comme promoteur du mouvement a été remarquable dès le début des années quatre-vingt-dix et le ministère de la Santé continue d'afficher comme une priorité la mise en place des mutuelles de la santé. Mais, dans ce pays, tous les responsables publics ne situent pas la source de la mutualité au sein de la société civile et le ministère se révèle parfois assez interventionniste. Au Sénégal le ministère ne s'est intéressé que plus récemment aux

mutuelles, mais il s'est alors impliqué de façon importante et, comme le cabinet pilote le développement mutualiste, celui-ci est devenu un véritable enjeu politique.

Le registre principal de l'action publique à l'égard des mutuelles est celui de la loi et de l'exercice de la tutelle. En Guinée le ministère du Travail a publié un décret en 1995 fixant les conditions de création et de fonctionnement des mutuelles, sur le modèle du Code de la mutualité français. Toutefois les textes d'application complémentaires n'ont jamais été publiés, si bien qu'il n'y a aucun cadre législatif de référence pour les mutuelles. Dans ce pays comme dans les autres, à l'exception du Mali, les groupements mutualistes qui existent fonctionnent sans statut ou avec un statut d'association. Au Mali la loi sur la mutualité a été publiée en 1996 et divers décrets d'application ont suivi. Le volontarisme des pouvoirs publics maliens a sans aucun doute préparé les bases de la mutualisation. La production du cadre juridique a été l'occasion de débattre du concept de mutuelle, de préciser ce qui pouvait en être attendu en matière de financement, d'exposer la différence entre ce type de développement issu de la société civile et d'autres politiques du secteur. Tout ce qui a été dit n'a pas été traduit dans les faits, mais une sensibilisation non négligeable a été réalisée auprès d'acteurs ayant de l'influence dans le pays. Mais le Mali illustre aussi les inconvénients de l'action publique en matière législative dans la mesure où, faute d'efficacité dans l'organisation de la tutelle, le cadre juridique des mutuelles a été transformé en une contrainte bureaucratique qui a gêné pendant plusieurs mois les groupements prêts à fonctionner. L'exemple malien suscite l'idée que le développement mutualiste n'a pas besoin de cadre juridique spécifique et que la production prématurée de celui-ci favorise les tendances interventionnistes de l'Etat. Ce jugement est rapide car, d'une part, il attribue au cadre juridique ce qui vient de l'absence d'efficacité de l'administration, d'autre part, il fait oublier que l'interventionnisme étatique peut se manifester sans que les mutuelles aient un cadre juridique spécifique. L'exemple sénégalais paraît en effet représenter ce cas de figure où l'existence d'une loi sur les mutuelles aurait peut-être permis de canaliser l'action de l'Etat, de limiter son intervention sur le terrain et de définir ses obligations tutélaires ; où son absence ne garantit pas la spontanéité du mouvement.

Un autre registre de l'action publique est constitué par les actions d'appui au développement des mutuelles. Dans le domaine de la politique sectorielle, plusieurs actions d'appui seraient particulièrement utiles : actions auprès des professionnels en vue de les sensibiliser au mutualisme, de les préparer au conventionnement et de les inciter à adopter des comportements vertueux en faveur d'une meilleure qualité des soins. Dans aucun des pays observés ce type d'action n'a été repéré. De façon ponctuelle, les pouvoirs publics peuvent aussi adapter la réglementation existante pour permettre à la prise en charge mutualiste de se faire légalement. Par exemple la mise en place du recouvrement des coûts a institué le paiement individuel direct dans les centres de santé. Certaines mutuelles souhaitent mettre en place le tiers payant et un règlement global des factures. Une administration de la santé tatillonne peut ainsi entraver le développement mutualiste au niveau local ; en revanche l'administration centrale peut produire les arrêtés autorisant certaines dérogations. Par exemple en Guinée l'administration s'est d'abord retranchée derrière une position de stricte application des textes et a gêné certains projets avant d'autoriser, à titre dérogatoire, certaines expérimentations (organismes de statut privé passant convention avec le secteur public, distribution de médicaments génériques pour les mutualistes).

Les relations que l'Etat entretient avec les mutuelles reflètent l'attitude des pouvoirs publics et le champ d'intervention défini par le cadre législatif. Là où l'attitude est passive et où aucune intervention publique n'est officiellement prévue, l'administration ignore totalement les mutuelles ou bien s'attache à vérifier que leur action est conforme à la réglementation du secteur. Dans ce cas on peut aller dans le

sens de la répression ou plutôt jouer de l'inertie des procédures. Dès que l'intérêt de l'Etat se manifeste, les pouvoirs publics recourent à divers modes de participation au développement mutualiste. Au Mali les pouvoirs publics ont fait plusieurs tentatives d'ingérence dans le développement des mutuelles, mais ils n'ont jamais été très directifs et en tout cas ne sont pas allés jusqu'à l'injonction pour imposer leur point de vue. On peut parler de relations de coopération entre l'Etat et les mutuelles dans ce pays. Au Sénégal le développement mutualiste n'a pas échappé au jeu politique et les relations entre l'Etat et les mutuelles ne se sont pas établies sur des bases saines du point de vue du principe de l'indépendance mutualiste. Dans ce pays les relations entre les pouvoirs publics et les mutuelles ont manifestement pâti de l'engagement de l'Etat sur le terrain et de sa volonté de se faire le promoteur du mouvement.

Ces observations et les jugements qui en sont tirés méritent qu'on s'interroge sur la normativité qui découle de l'importation du modèle mutualiste en Afrique. Il semble en effet que la réussite des mutuelles est dépendante de l'instauration d'un rapport particulier entre l'Etat et la société civile, le premier laissant une large autonomie à la seconde dès lors qu'il peut contrôler que son action est conforme à l'intérêt général. Mais cette proposition ne vaut que dans la mesure où ces termes ont la signification qu'on leur donne dans le contexte des pays occidentaux où l'Etat de droit se situe au-dessus d'un ensemble de citoyens qui reconnaissent sa primauté, sachant qu'il œuvre au bien public. Que ce modèle ait été à la base des institutions politiques mises en place en Afrique est une chose ; qu'il fonctionne effectivement en est une autre. On observe par exemple que la plupart des Etats n'ont qu'une maîtrise relative de l'administration, pour des raisons multiples qu'on n'abordera pas ici. Il est donc difficile de leur demander un appui global important qui se fonde sur l'autorité administrative. Par ailleurs les réseaux dont sont issues les élites politiques ne sont pas très différents de ceux dont peuvent sortir les promoteurs de mutuelles. On entrevoit ainsi la possibilité d'alliances ou d'antagonismes qui ne renverront ni à l'intérêt général, ni à la recherche de l'appui optimal à la mutualité. Ces éléments devraient inciter à laisser le développement des mutuelles suivre des voies très pragmatiques et susciter une appréciation plus réaliste des relations qu'elles peuvent entretenir avec l'Etat, en dépit du modèle qui a assuré leur succès en Europe.

● **Pour une décentralisation bien comprise**

Le poids de l'aide extérieure dans la promotion des expériences mutualistes est important. Il l'est financièrement, techniquement et idéologiquement. Les mutuelles de santé représentent sans doute un exemple intéressant pour l'analyse des changements en matière de coopération dans la mesure où l'appui qui les concerne doit prendre nécessairement des formes décentralisées et ménager une place aux Etats. La plupart des partenaires du développement susceptibles de fournir les ressources au niveau du terrain sont aussi le support de l'action publique au niveau de l'Etat central. Ils ont ainsi à gérer une tension entre ces deux niveaux, qui devrait les amener à mieux comprendre la construction effective des institutions politiques dans les pays africains. A trop vouloir protéger les mutuelles de l'Etat, ils risquent de ne pas comprendre la lenteur de leur développement, à trop vouloir associer l'Etat, ils risquent de le dévoyer.

Références bibliographiques

Atim (C. B.), Diop (F.P.), Ette (J.), Evrard (D.), Massiot (N.), 1998, *La contribution des mutuelles au financement, à la présentation et à l'accès aux soins de santé en Afrique centrale et de l'Ouest : résumé de la synthèse et des études de cas*, Technical Report, n° 19, Bethesda, MD/Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates INC, mai.

Balique (H.), 1997, « Les organismes mutualistes : principes », *L'enfant en milieu tropical*, n° 228.

Brouillet (P.), Wade (M.), Kambé (M.), Ndao (M.), 1997, « Emergence des mutuelles de santé en Afrique. Enseignements et perspectives tirés d'une enquête sur les mutuelles de santé au Sénégal », *L'enfant en milieu tropical*, n° 228.

Centre international de l'enfance (CIE), 1992, *Argent et santé*, Actes du séminaire international 24-27 septembre 1991.

Galland (B.), « Promotion de mutuelles de santé dans le sud-Borgou et le nord-Zou au Bénin », communication à l'atelier organisé par le BIT : *Quelle stratégie d'appui pour les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre ?*, Abidjan, juin 1998, actes à paraître.

Garba (M.), Vitto (C.), « Présentation des mutuelles de santé dans le sud-Borgou et le nord-Zou au Bénin », communication au séminaire-atelier du CIDEF : *Les mutuelles de santé en Afrique : concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives*, Paris, 27-29 mai 1998, actes à paraître.

Henry (A.), Tchente (G.H.), Guillerme-Dieumegard (P.), 1991, *Tontines et banques au Cameroun. les principes de la Société des amis*, Paris, Karthala.

Knippenberg (R.), Alinohou (E.), Soucat (A.), Ndiaye (J.-M.), Lamarque (J.-P.), El Abassi (A.), 1997, « Huit ans d'expérience de l'Initiative de Bamako », *L'enfant en milieu tropical*, n° 229/230.

Koné (Y.), Ouattara (O.), Balique (H.), « Un projet de création d'une mutuelle en zone rurale au Mali : la mutuelle des cotonniers de Nongon », communication au séminaire-atelier du CIDEF : *Les mutuelles de santé en Afrique : concept importé ou réalité émergente ? Expériences et perspectives*, Paris, 27-29 mai 1998, actes à paraître.

Letourmy (A.), 1993, *Etude pour le développement de la mutualité au Mali*, rapport à la Coopération française.

Letourmy (A.), 1996, *Etude sur la protection-maladie obligatoire au Sénégal*, rapport au ministère de la Santé.

Letourmy (A.), 1997a, « Vingt ans d'assurance-maladie au Sénégal », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Innovier dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

Letourmy (A.), 1997b, *Etude pour le développement d'un régime d'assurance-maladie obligatoire au Mali*, rapport au groupe ad hoc chargé de la réforme du système de santé.

Letourmy (A.), 1998, *Etude pour une stratégie d'appui aux mutuelles de santé*, rapport au ministère des Affaires étrangères.

WSM (Solidarité mondiale), ANMC (Mutualités chrétiennes), BIT (programme ACOPAM), 1996, *Mutuelles de santé en Afrique. guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*, BIT.

Les organisations non gouvernementales et les pouvoirs publics face à la santé : l'exemple du Kenya

Carolyn W. Njue*

Depuis l'indépendance, les infrastructures de santé du Kenya se sont développées à un rythme soutenu, actuellement on compte environ 3 200 structures de soins, dont 1 100 publiques et 100 hôpitaux. Ces structures couvrent essentiellement les zones urbaines, les communautés rurales, surtout celles situées dans des zones arides difficiles d'accès, demeurent sous-équipées. Dans ces régions, l'Etat a souvent laissé aux organisations non gouvernementales (ONG), confessionnelles et/ou privées, le soin de s'occuper de la lutte contre les maladies et de la prévention.

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Organiser la santé

241

● Les relations entre l'Etat et les ONG

Le ministère de la Santé a mis en place un impressionnant système pyramidal, du dispensaire aux centres hospitaliers universitaires nationaux les plus sophistiqués, grâce au soutien souvent important, notamment de la Banque mondiale, de l'OMS, de l'USAID, des gouvernements danois et japonais, principaux bailleurs de fonds pour le secteur de la santé du Kenya. Le gouvernement s'est efforcé de renforcer les compétences institutionnelles et techniques tant au niveau national que régional ; il a bâti une organisation en réseau pour appuyer la mise en place, la gestion et la coordination des projets, pour offrir une information sur la santé appropriée, ainsi que des services de conseil pour répondre aux besoins de santé des Kenyans.

Mais le service public se trouve actuellement dans un état de crise dû à l'échec des gouvernants à mobiliser et à renforcer les moyens destinés à la santé et au développement. Tous les secteurs du développement sont touchés, et la santé n'est pas épargnée. Par exemple, un certain nombre de structures de soins ont été construites mais n'ont jamais ouvert, ou ont été fermées après avoir brièvement fonctionné ; nombre d'entre elles souffrent d'un manque d'équipement, d'un manque de médicaments et de l'absence de personnels qualifiés. Cette situation a contribué au mauvais fonctionnement du système de référence : les patients affluent

* Anthropologue, EHES/IRD, Marseille Texte traduit et adapté par M.-E. Gruénais.

dans les hôpitaux alors qu'ils auraient pu être traités dans des centres périphériques. En fait, il n'existe aucune organisation de référence entre les différents prestataires de soins en raison de l'absence d'une politique claire et d'une tarification cohérente. Certains bailleurs de fonds ont eu tendance à se retirer, dénonçant le manque d'engagement des autorités kenyanes, leur incapacité à suivre la réalisation des projets, leur inefficacité, et la corruption grandissante à Afya House, siège du ministère de la Santé. La décentralisation de l'administration de la santé, qui devrait permettre de mieux répondre aux besoins locaux, a été érigée en condition de reprise de l'aide.

Pourtant quelques ONG ont continué d'appuyer le gouvernement kenyan et ont défini avec lui leurs modalités de participation et d'implication dans la santé. Ce partenariat a rencontré quelque succès dans la tentative de réduire le fossé entre le système de santé formel et les projets communautaires, tout particulièrement en milieu rural. Ensemble, ils ont mis en place notamment des programmes intégrés en santé de la reproduction et des approches multisectorielles. Ici, le rôle du ministère de la Santé a été envisagé en priorité comme devant permettre de réduire la « vulnérabilité » vis-à-vis de certaines pathologies, par exemple en fournissant les traitements appropriés aux maladies sexuellement transmissibles (MST). Le secteur privé, de son côté, était chargé de fournir des services de qualité. Le choix des communautés bénéficiaires de ces actions était fait en concertation avec le gouvernement.

L'implication des ONG dans le développement est important ; cela va des ONG qui militent pour les droits humains, jusqu'à celles qui s'impliquent dans l'administration des systèmes de santé ou dans l'assistance humanitaire. Les associations locales, en intégrant l'environnement et la santé dans leurs activités, ont accru leur audience auprès des communautés. Les fonds leur sont attribués directement par des bailleurs étrangers, ou transitent par des institutions nationales ; certaines fondent leurs activités sur un soutien à des organisations à base communautaire. Les initiatives des organisations à base communautaire se sont développées dans le prolongement de programmes existants, par exemple des programmes de planning familial, en ciblant les populations les plus défavorisées, ou encore par la création de centres qui leur sont propres. La plupart de ces organisations à base communautaire sont subventionnées ; peu sont parvenues à s'autofinancer à partir d'activités génératrices de revenus ou par l'utilisation d'un système de crédit. Une grande proportion de ces organisations a été créée à l'initiative des femmes et, selon Lilian Nduta de l'association Maendeleo ya Wanawake (1) (la plus importante ONG féminine du Kenya), « ces associations ont pris pour cible les femmes parce qu'elles pensent que des femmes en bonne santé faciliteront la création d'une société en bonne santé ». Parmi les ONG et les organisations à base communautaire, certaines sont étroitement liées à l'Etat ; en fait, au Kenya, aucune ONG n'est réellement indépendante des pouvoirs publics, leurs activités étant très surveillées et contrôlées.

Les relations entre l'Etat et les ONG ne sont pas toujours faciles, souvent la méfiance prédomine, lorsqu'on n'en arrive pas à des confrontations directes. En fait, le gouvernement a échoué tant dans l'élaboration que dans l'application de politiques sectorielles de santé, et il ne s'est pas préoccupé d'amender ou de faire voter des lois quand cela était nécessaire. Il voulait également contrôler toujours davantage les ONG, mais celles-ci n'avaient aucune confiance dans une administration corrompue et par trop bureaucratique et inefficace.

Mais la corruption et le gaspillage existent aussi dans les ONG. Parfois, les intérêts particuliers prévalent, et des individus peu scrupuleux ont su gérer les ONG à leur profit pour gagner rapidement de l'argent. Beaucoup d'argent a été injecté dans des projets, certains d'entre eux ont été abandonnés ou enterrés du fait d'une mauvaise gestion ou de détournements par des personnalités influentes. Les

(1) « Les femmes dans le développement », en langue swahili.

baillieurs de fonds, de plus en plus mécontents d'une administration peu crédible et de l'absence de directives claires à propos des opérateurs, ont considérablement réduit leurs financements. Au début de l'année 1999, il y a eu un débat houleux entre leaders politiques (toujours soupçonnés de corruption) à propos de « l'authenticité » des ONG au Kenya, qui apparaissaient surtout comme des lieux de détournements permettant d'assurer des niveaux de vie extravagants au détriment des populations qu'elles étaient censées servir. Plusieurs ont été dissoutes tandis que d'autres font encore aujourd'hui l'objet d'enquêtes.

● Les enjeux de la santé de la reproduction

L'Etat et les ONG ont reconnu que la santé des femmes devait faire l'objet d'une attention particulière et ont accru leurs financements dans ce domaine. La plupart des ONG ont adopté différentes stratégies organisées de telle sorte qu'elles bénéficient d'un large soutien communautaire, étant donné les limites des interventions des pouvoirs publics. Les ONG délivrent ainsi des services de santé de base, privilégiant les groupes les plus vulnérables au niveau national et local. Elles ont ainsi accumulé une large expérience au cours de la dernière décennie ; leurs programmes ont connu un certain succès grâce à une bonne conception initiale, à des réalisations et des évaluations correctes, et à l'identification des questions cruciales à résoudre pour renforcer l'efficacité d'interventions ultérieures. Ces projets mettaient l'accent sur la prévention du VIH/sida et le traitement des autres MST, sur la promotion de changements de comportement par l'information, mais aussi sur l'organisation d'ateliers de consolidation, de plaidoyer médiatique et de marketing social sur des thèmes comme la grossesse, les MST, les violences sexuelles.

Intéressons-nous à la collaboration entre pouvoirs publics et ONG se rapportant aux activités des femmes dans la communauté. Pour encourager l'engagement des femmes, le gouvernement a pris des mesures pour que la santé des femmes fasse partie intégrante de programmes nationaux de santé publique. Il s'agissait alors de développer les soins de la mère et de l'enfant, en allant au-delà des préoccupations centrées uniquement sur l'enfant ; des activités de lutte contre les MST et le sida ont été introduites dans les programmes de planning familial, dans les services de santé de la mère et de l'enfant, et dans les programmes communautaires. L'Etat a établi des recommandations pour encourager le contrôle des naissances, la fourniture de contraceptifs et la maîtrise des MST et des infections associées au sida. Ces recommandations figurent dans des textes officiels comme les Directives pour une politique nationale en santé reproductive, destinées aux prestataires de soins, les politiques nationales sur les besoins en santé des femmes, la Politique nationale de population, le Plaidoyer national pour la population et les stratégies d'information, communication, éducation pour la santé, et la Politique nationale de lutte contre le sida au Kenya (2). Tous ces textes reconnaissent l'importance d'intégrer les préoccupations relatives à la santé de la reproduction aux questions de développement en général, ainsi que l'enjeu représenté par une sensibilisation aux questions de genre. Ils sont aussi un appel à prendre en compte des problèmes liés aux abus sexuels, aux droits reproductifs, et aux pratiques socio-culturelles qui sous-tendent les inégalités de genre et exposent les individus au risque de contracter différentes maladies.

(2) *National Reproductive Health Policy Guidelines, National Population Policy, National Population Advocacy and IEC Strategy, National Policy on AIDS in Kenya*



Les activités de lutte contre le sida

Le VIH/sida fait l'objet d'une grande vigilance de la part de tous les acteurs, publics et privés. Avant les années quatre-vingt-dix, les autorités ont minimisé le problème. Aujourd'hui, il est courant d'entendre des leaders politiques appeler publiquement à une amélioration de la prévention, même s'ils sont encore un peu hésitants lorsqu'ils évoquent les comportements sexuels. Le gouvernement a défini et mis en place tout un dispositif de contrôle au niveau national, du district et de la communauté en s'appuyant sur un système continu de soins qui inclut les structures médicales, les centres d'aide aux patients, les centres de transfusion sanguine, les centres de dépistage et de conseil, les programmes de santé communautaire, et les groupes d'auto-support. Le ministère de la Santé a créé de nombreux services pour lutter contre l'épidémie. Par exemple, le Comité national du sida a été créé en 1985 pour conseiller le gouvernement sur tout ce qui touche à l'infection par le VIH. Le Programme national de lutte contre le sida, quant à lui, a été créé en avril 1987 pour organiser la prévention et la surveillance épidémiologique dans le pays.

En 1992, le Programme national de lutte contre le sida, un des services de la direction de la Prévention et de la Promotion de la santé, s'est vu adjoindre la surveillance des MST et est devenu le Programme national de lutte contre le sida et les MST (3) ; il s'occupe donc désormais des MST, de la recherche, de la surveillance épidémiologique, de l'IEC, et dispose de services administratifs, financiers et cliniques qui lui sont propres. Le projet MST s'est notamment donné pour objectifs le renforcement institutionnel au niveau national et au niveau du district ; il s'attache aussi à mettre en place, surveiller et évaluer les interventions, à développer la prévention et réduire ainsi les risques de développement des MST, à améliorer la prise en charge médicale et le soutien psychologique, et enfin à envisager des stratégies pour réduire l'impact socio-économique de l'infection par le VIH. Pour y parvenir, l'Etat avait besoin de mobiliser des ressources et il s'est efforcé d'obtenir un soutien très important d'agences de coopération bilatérales ou multilatérales comme l'OMS, l'International Development Association, l'Overseas Development Agency. Depuis 1995, le ministère de la Santé a décentralisé les activités de lutte contre le sida au profit des districts. Les districts ont pu mettre en place des programmes de prévention grâce aux comités sida de coordination intersectoriels du district réunissant à la fois des représentants de l'administration de la santé, des ONG, et des organisations à base communautaire. Les activités du district comprennent des programmes d'IEC, la formation des accoucheuses traditionnelles, des tradipraticiens et des personnels de santé des dispensaires. Le programme de lutte contre le sida et les MST du district s'est intéressé récemment aux réponses communautaires, et en particulier aux soins à domicile. Cependant, les comités intersectoriels de lutte contre le sida de district fonctionnant effectivement sont très peu nombreux, et quand ils existent, n'ont guère les moyens pour la mise en place de programmes de prévention. De plus, les stratégies gouvernementales sont toujours insuffisamment structurées et se caractérisent par des procédures bureaucratiques longues et complexes du ministère de la Santé qui entravent la bonne circulation des fonds destinés aux initiatives de la province et du district.

Une réalisation importante est à relever : l'organisation du dépistage du VIH des dons de sang dans la plupart des hôpitaux provinciaux et de districts, ainsi que dans les hôpitaux confessionnels et privés. Pour cela, il fallait fournir des réactifs, assurer la maintenance des machines, former les laborantins et éduquer les donateurs de sang. Une estimation de la prévalence de l'infection par le VIH chez les donateurs de sang a montré une augmentation de 1,5 % en 1987 à 6,1 % en 1992.

(3) NASCOP . *National AIDS and STDs Control Programme*

Depuis peu les donneurs de sang font l'objet d'une sélection grâce à des entretiens réalisés avant tout don du sang. En éliminant ainsi des donneurs ayant des comportements à risques, la prévalence parmi les dons de sang a été légèrement réduite, passant de 6,1 % en 1992 à 5,4 % en 1994. Depuis 1990, le Programme national de lutte contre le sida et les MST réalise des enquêtes nationales et une surveillance sentinelle pour contrôler l'extension de l'épidémie, préparer et évaluer les activités des programmes et estimer l'impact de la maladie. Les données sont recueillies dans les consultations prénatales, chez les patients souffrant de MST (4). Avant l'organisation de la surveillance sentinelle en 1994, on disposait de très peu d'informations sur la prévalence du VIH ; désormais il y a plus de 19 sites sentinelles urbains.

Le ministère de la Santé s'est également doté d'un programme unifié pour la tuberculose, les MST et le VIH/sida pour faire le point sur les stratégies communes à adopter pour lutter contre ces pathologies. Parallèlement, il a poursuivi ses efforts pour combler les lacunes des programmes de prévention, par une approche multisectorielle définie dans le Plan national de développement 1994-1996. Des ONG travaillant dans le domaine social ont intégré, dans leurs propres programmes, des activités de prévention et de surveillance du sida, tout spécialement à la demande des communautés. Certaines d'entre elles ont progressivement étendu leurs prestations à la prise en charge et au soutien des personnes atteintes. La collaboration s'est faite dans le cadre d'ateliers communs réunissant fonctionnaires, membres des ONG, personnels de santé sur des sujets comme l'approche syndromique des MST et du sida, les soins à domicile ou l'IEC. Les personnels ainsi formés devaient avoir les compétences techniques et administratives pour mener des activités de lutte contre les MST et le sida, et être capables, par des méthodes d'enquête rapide, de réaliser des analyses de situation dans leur district.

Des ONG, avec l'appui du gouvernement, ont également ouvert des centres de prise en charge, généralement à proximité des établissements hospitaliers, accueillant les personnes atteintes au décours de leur hospitalisation, ou venant des centres de dépistage. Depuis plusieurs années maintenant, nombre de personnes atteintes et leurs parents proches ont pu bénéficier des prestations de ces centres (soins, conseils, assistance psychologique et information). Grâce à ces actions, les populations devraient être amenées à mieux percevoir les problèmes induits par l'épidémie, notamment en reconnaissant sa réalité et la nécessité de l'affronter dans toutes ses implications psycho-sociologiques, et atténuer toute stigmatisation et toute discrimination au sein des communautés. Ces projets avaient également pour but de créer un milieu favorable aux personnes atteintes, en leur permettant de vivre leur maladie sereinement et avec dignité, et en brisant radicalement la distance entre les personnes atteintes et le reste de la population.

● Les défis du « genre »

Les femmes sont au premier rang dans la lutte contre le sida. Par exemple, Women's Fighting Against AIDS in Kenya, une ONG locale très connue s'occupe des femmes vivant avec le VIH/sida. Ces femmes ont décidé de s'unir pour lutter contre la maladie et s'adonnent essentiellement à des activités d'IEC, de prise en charge, de soutien et de conseils, de collecte de fonds pour les bénévoles et pour les deuils, ainsi que de soins à domicile, d'information et de distribution de préservatifs. Elles offrent même un soutien « pastoral », et veulent encourager les personnes infectées à vivre « posi-

(4) Les données sur les MST sont recueillies en priorité car elles renvoient à des populations ayant des comportements à haut risque, alors que les données des consultations prénatales correspondent davantage à la population générale et sont utilisées pour une estimation de la prévalence à l'échelle nationale

tivement ». L'Institut pour la réinsertion volontaire des femmes (5) aide les prostituées à se prémunir contre les MST en les encourageant à négocier des pratiques sexuelles sûres, et aussi à trouver d'autres moyens de subsistance. Cet institut mène également ses activités à partir de nombreux centres de soins de santé primaires où des consultations pour MST sont également proposées à toutes les femmes qui attendent. Les services sociaux de lutte contre le sida à base communautaire (6) s'occupent aussi des enfants, des jeunes, des personnes vivant avec le VIH/sida, des couples, des veuves, des personnels de santé et des employés. Ils s'impliquent dans la réinsertion des orphelins, des mères adolescentes, des jeunes, des enfants des rues victimes d'abus sexuel. Un grand nombre d'ONG féminines plaident également pour la réinsertion des enfants des rues et d'autres groupes vulnérables. Elles cherchent aussi à promouvoir des activités génératrices de revenus telles que la vente de légumes, de produits artisanaux, le ramassage des ordures, la confection, les travaux ménagers, etc., de telle sorte que les bénéficiaires soient économiquement indépendants. Par exemple, le projet d'auto-assistance de la communauté de Kibera (le plus grand bidonville de Nairobi) aide les orphelins, les familles endeuillées et la communauté à améliorer leur qualité de vie. L'idée sous-jacente à son action est que la pauvreté ne résulte pas de l'absence d'accès aux ressources, mais bien d'une situation durable d'injustice socio-économique, amplifiée par l'épidémie de VIH/sida, tout particulièrement dans les bidonvilles. Ce type de projets travaille avec les administrations locales, pour soutenir des associations qui offrent une aide de proximité.

Plus spécifiquement, l'objectif principal des femmes est l'élévation du niveau de vie, tant sur le plan social, qu'économique et sanitaire, et nombre de ces ONG s'investissent dans les problèmes de ce genre, dans l'aide et le partage d'expériences, constituant autant de lieux où circule l'information sur les besoins et les aspirations des femmes.

Les initiatives officielles pour lutter contre la violence faite aux femmes, ou contre ce qui est appelé par euphémisme la violence conjugale, se sont progressivement développées. Auparavant, bien que ce problème fut mentionné, rien n'était fait pour appliquer la loi. L'administration kenyane a ignoré la violence conjugale pendant longtemps, et la police, censée garantir la sécurité sans discrimination, considérait que battre une femme était une affaire privée, même lorsqu'une femme était battue à mort. Les procédures à l'encontre du coupable étaient compliquées et généralement n'aboutissaient jamais. Les associations féminines se sont impliquées toujours plus dans le combat contre ce fléau grandissant de la violence faite aux femmes. Coups et blessures, viols, harcèlements psychologiques et sexuels, la violence, qu'elle soit physique ou psychologique, laisse des séquelles qui nécessitent souvent un traitement médical. Actuellement, il est évident que la violence contre les femmes est rampante, que les cas attestés sont horribles et ont des conséquences graves, et de nombreux enfants sont contraints à la misère ou deviennent orphelins à la suite de violences sans précédent. Ce n'est que depuis peu que des cas comme ceux de Betty Kavata et de Rose Atieno Omondi, cruellement battues par leurs maris, ont été révélés par les médias. Selon l'Association kenyane contre le viol : « La plupart des violences domestiques passent inaperçues parce que la société a institutionnalisé la violence, en se gardant de la dénoncer ; et, dans certains cas, la violence entre les sexes n'est pas liée à la sexualité, mais a pour but d'affirmer l'autorité [masculine] et de reléguer les femmes au rang de citoyens de troisième classe. »

Dans une certaine mesure, les pouvoirs publics se sont impliqués dans la lutte pour la défense des femmes, si l'on considère le cas de Maendeleo ya Wanawake, l'une des plus anciennes organisations féminines kényanes qui est étroitement

(5) VOWRI . Voluntary Women Rehabilitation Institute
(6) AIDS Community Based Outreach Services.

liée au régime. Cette ONG défend l'équité entre les sexes ; elle veut promouvoir l'éducation des jeunes filles (elle a été à l'avant-garde du combat contre les mutilations génitales féminines), et a largement contribué à développer la cause des femmes au Kenya. Elle soutient aussi divers groupes activistes luttant contre la violation des droits, et a créé des mécanismes locaux de suivi, en particulier pour promouvoir l'indépendance économique des femmes kenyanes et les rendre plus conscientes de leurs besoins et de leurs aspirations. Avec d'autres organisations, elle a permis la prise en compte des intérêts spécifiques des femmes dans les programmes grâce à une représentation féminine accrue dans les organes de décision, par exemple dans les postes élevés de l'administration. Les organisations féminines reconnaissent que la participation pleine et active des femmes à la prise de décision relève de la justice sociale, et constitue également un élément essentiel pour le développement durable et la santé.

Une réalisation qui a largement bénéficié du travail et de l'appui de Maendaleo ya Wanawake est le Kangemi Empowerment Centre à Nairobi. Ce centre a ouvert le 7 mars 1997 ; il a pour but de promouvoir les droits individuels et l'information dans les communautés de Kangemi. Ses activités ont trait à la mobilisation de ressources et au développement d'activités génératrices de revenus, à l'éducation civique, à la réinsertion, et à l'information sur la santé de la reproduction (grossesses précoces non désirées, MST, sida, contraception, etc.) ; il s'occupe aussi de l'usage des drogues et des enfants des rues. D'autres associations, telle le Forum des femmes africaines éducatrices, tentent de lutter contre le mariage forcé des jeunes filles massai. Ces associations organisent des séminaires et des ateliers pour informer les femmes sur leurs droits dans le mariage et sur les mutilations génitales féminines. Elles veulent promouvoir l'éducation des petites filles pour qu'elles puissent faire des choix informés, en se rendant notamment dans les écoles pour s'entretenir avec filles et garçons sur la santé de la reproduction et la résolution des conflits. Elles ont souvent une politique d'accueil systématique pour les jeunes filles qui ont dû abandonner leurs études pour se marier contre leur gré. Certaines associations ont une orientation plus religieuse. Par exemple, l'Association des femmes africaines de l'Eglise pentecôtiste qui informe les femmes sur leurs droits, sur les relations dans le couple, sur les violences, ce dans une perspective chrétienne et en travaillant étroitement avec les églises locales.

● **La santé familiale**

Un autre domaine où pouvoirs publics et ONG collaborent depuis longtemps au Kenya est l'éducation nutritionnelle et la santé de l'enfant. En s'adressant aux mères tant en milieu rural qu'en milieu urbain, des organisations comme le Réseau kenyan sur l'alimentation et la nutrition ou les organisations de santé communautaires diocésaines dispensent des informations sur une alimentation adéquate, et proposent des séances d'éducation à la santé, par exemple sur l'utilisation d'une eau potable et sur les latrines. Ils veillent aussi à promouvoir les soins maternels et une maternité sans risque, y compris la vaccination, l'éducation à la santé relative notamment à la prévention de maladies comme le paludisme, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques.

Parallèlement on trouve des associations professionnelles de femmes qui travaillent étroitement avec les programmes gouvernementaux et les communautés. Citons par exemple l'Association médicale des femmes du Kenya, fondée en 1983, qui recrute parmi les femmes médecins et dentistes. Elle a pour but de développer la communication avec les femmes médecins des différentes régions du pays. Elle offre une tribune aux femmes, organise des séminaires annuels en faveur de

l'avancée des connaissances médicales et du développement des compétences des professionnels, et cherche à promouvoir la recherche sur les problèmes de santé maternelle et infantile. Ses membres exercent aussi gratuitement pour les plus défavorisées, par exemple, à l'occasion de descentes sur le terrain dans de nombreux bidonvilles de Nairobi. Diverses ONG et cliniques communautaires développent des programmes en faveur d'une maternité sans risque, de l'allaitement maternel et des pratiques de sevrage adaptées, de la prévention et du traitement des maladies diarrhéiques, organisent des campagnes de vaccination contre les maladies infantiles, assurent la promotion de méthodes contraceptives en appui aux programmes de planning familial, et apportent leur contribution aux luttes anti-tabac et aux programmes de prévention des risques cardiaques.

Elles ont souvent intégré à leurs programmes des activités de lutte contre le sida ayant trait à l'information, au conseil, aux soins à domicile, à la nutrition et aux problèmes posés par l'allaitement par les mères séropositives. Elles prennent aussi en compte des questions liées à l'environnement et au développement économique et social : approvisionnement en eau et problèmes de santé et de nutrition dans les zones désertiques, par exemple. En effet, en dépit d'efforts importants, l'accès à l'eau pour l'usage domestique reste toujours insuffisant. Les ONG et les pouvoirs publics travaillent la main dans la main pour aider les communautés en mettant à disposition des citernes, en construisant des puits et des bornes-fontaines, en éduquant les communautés sur la gestion de l'eau et sur l'importance de purifier l'eau de boisson.

● **Un large domaine d'action**

L'action des ONG et les programmes nationaux couvrent un champ très large. Les ONG ont contribué à une prise de conscience sur des problèmes de santé spécifiques et à un renforcement des compétences pour une diffusion efficace de l'information sur la santé. Elles ont pu développer une approche interactive et participative, au plus près des communautés, avec des stratégies culturellement et socialement adaptées à des interventions très locales. Elles ont pu également permettre de délivrer de meilleures prestations et une meilleure appropriation des programmes par les communautés en faisant en sorte que les personnels de ces programmes soient en majorité issus de ces communautés.

Il faut souhaiter, toutefois, une meilleure intégration entre les activités des ONG et celles qui relèvent des initiatives gouvernementales. En effet, comme nous l'avons souligné, une grande méfiance, voire des confrontations directes, caractérisent toujours ces relations lorsqu'il s'agit d'adopter des stratégies plus radicales dans le domaine de la santé de la reproduction. Par exemple, il n'y a pas de programmes de prévention pour les jeunes, et toute initiative en matière d'IEC ou de prestations spécifiques destinées à cette population est très critiquée, voire combattue. Dans les débats touchant à la sexualité et aux besoins des adolescents, c'est surtout de « morale » dont il s'agit, mais sans réelle prise en compte du comportement effectif des adolescents. Des responsables politiques ou encore certaines organisations religieuses demeurent hostiles à l'introduction de l'éducation sexuelle à l'école, en dépit de la menace que représente le sida pour les jeunes kenyans. De telles attitudes restreignent toute possibilité de dialogue constructif sur les besoins de la communauté, et, par exemple, contribuent à exposer les jeunes à des risques d'infection par des MST ou par le VIH, ou encore à des grossesses indésirées.

Ce n'est que très récemment que le président de la République a reconnu publiquement que les préservatifs pouvaient prévenir la transmission du VIH. Bien que ce soit un pas important pour la lutte contre le sida au Kenya, cette

déclaration intervient quinze ans trop tard. Auparavant, à l'instar de la très influente hiérarchie catholique et de l'importante communauté musulmane, le chef de l'Etat soutenait que le seul moyen efficace d'enrayer l'expansion du sida était le respect de la loi morale. Etant donné la prévalence de l'infection, les responsables de la santé au Kenya ont été sommés d'expliquer pourquoi le gouvernement avait tant tardé à reconnaître la gravité de la situation. La plupart des experts nationaux incriminent le conservatisme religieux et politique qui domine au Kenya, et qui dissuade alors toute initiative allant dans le sens d'un débat public sur la sexualité pour des raisons soi-disant « culturelles ». D'autres critiquent l'inertie liée à la désagrégation générale du service public, et tous les ministères, y compris celui de la Santé, sont plus que jamais minés par la corruption et la mauvaise gestion (7).

Les ONG ne sont pas non plus sans reproches. Elles doivent apprendre à traiter les problèmes sectoriels en respectant la programmation et le dispositif général. Par exemple, certaines d'entre elles ne font que dupliquer des projets déjà existants, par manque de communication et de coordination. Elles comprennent difficilement que le partenariat n'est pas une fin en soi, mais n'est qu'un moyen pour atteindre des objectifs communs pour améliorer l'état de santé et le bien-être de la population. Le système de santé du Kenya est donc à la croisée des chemins. Des changements majeurs des politiques de santé, concernant l'ensemble des acteurs, doivent être entrepris. Il est temps que les pouvoirs publics soutiennent réellement des programmes dont on sait qu'ils ont un coût raisonnable, qu'ils sont efficaces, et contribuent à une prévention très large pour le plus grand bénéfice de la population. Il est temps également de s'attaquer réellement au problème de la corruption, et au défi de la collaboration entre ONG et pouvoirs publics, si l'on veut parvenir à créer un environnement favorable à une meilleure santé.

(7) *East African*, 20 décembre 1999

Profession : médecin

Marie Badaka*

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Profession :
médecin

250

Marie Badaka est un médecin généraliste de 36 ans. Divorcée, mère de quatre enfants, elle travaille dans un dispensaire spécialisé d'une grande ville africaine où elle est affectée depuis la fin de ses études médicales en 1991 ; elle est également à la tête d'un programme ayant trait à la santé sexuelle et reproductive dans son pays. Elle a bien voulu évoquer ses conditions de travail, ses difficultés pour concilier sa vie personnelle et sa vie professionnelle, ses relations avec différentes agences de coopération. Elle nous fait surtout pénétrer, sans jugement de valeur, mais sans concession, dans l'univers de passe-droits et de rétributions attachées à toutes les pratiques du secteur de la santé.

● **Concilier vie professionnelle et vie privée**

Je vis aujourd'hui chez ma mère depuis mon divorce, et je ne compte pas me remarier immédiatement : pour mon travail, le mariage peut être un frein si le partenaire n'est pas suffisamment compréhensif. Quand j'étais mariée, il m'était souvent difficile d'aller en mission à l'étranger ; je devais négocier avec mon mari deux à trois mois avant mon départ. Parfois, je devais monnayer mon voyage : les missions apportent toujours un peu d'argent ; mon mari ne me demandait rien explicitement, mais je comprenais que je devais lui laisser une partie de mes frais de mission, souvent la moitié, pour préserver la tranquillité du ménage. Que faisait-il de cet argent ? Je n'en sais rien.

J'ai dix-sept personnes à ma charge et suis la seule, là où je vis, à disposer d'un revenu régulier. Ma mère est veuve et bénéficie d'une pension de retraite. Mon frère aîné fait des « affaires », et s'il peut gagner parfois beaucoup d'argent, il

* Propos recueillis par Marc-Eric Gruénais. Pour des raisons que l'on comprendra aisément à la lecture des propos qui suivent, le Dr Marie Badaka a souhaité que soient retirées du texte toutes les indications de pays, de spécialité médicale, de lieu de soins qui pourraient faciliter son identification. Ce témoignage n'a rien d'exceptionnel, alors, peu importe le lieu tant les faits rapportés ici sont communs en Afrique.

lui arrive aussi de passer plusieurs mois sans aucune entrée d'argent ; il est marié, père de quatre enfants, son épouse travaille mais reçoit un maigre salaire, aussi il m'arrive fréquemment de l'aider. En fait je nourris régulièrement douze personnes, les cinq autres ne mangent pas dans ma marmite tous les jours. Les factures d'électricité et d'eau sont à ma charge, et bien entendu, comme je suis médecin, s'il y a un malade dans la maison, je dois m'en occuper. J'ai une voiture que je ne parviens pas à faire réparer, faute d'argent. Je dois donc prendre les taxis collectifs pour me rendre à mon travail, mais les délais d'attente sont souvent très longs, j'attends parfois un taxi pendant 30 minutes sous le soleil, et j'arrive toute en nage au service.

J'habite actuellement dans une vieille maison qui est en train de s'écrouler et qui est régulièrement inondée en saison des pluies. Heureusement, ma famille a beaucoup de respect pour moi, chacun sait que je travaille beaucoup, que je ne peux m'occuper de tout dans la maison, et souvent ma mère et mes frères se chargent de vider les bassines et d'essuyer le sol en cas d'inondations. Je dors dans une chambre indécente, mes conditions de travail à domicile sont effroyables. Je suis cependant parvenue à organiser un coin bureau dans ma chambre où j'ai pu installer un ordinateur qui me permet notamment d'accéder à internet. L'ordinateur ? C'est un cadeau, de même que le modem que j'utilise actuellement ; heureusement, car le modem précédent, que j'avais acheté en France, s'est détérioré et je n'aurai pas eu les moyens de m'en procurer un autre. Une fois que j'ai fini de travailler sur ma machine, je dois tout débrancher pour éviter les pannes qui pourraient être dues aux surtensions, aux orages ou à l'humidité. Pour moi, avoir la possibilité de me connecter à internet est très important ; je ne supporte pas d'être coupée du monde extérieur ; pour mon travail, je dois collaborer avec mes homologues à l'étranger et j'aime être informée. De plus j'ai beaucoup d'amis de l'autre côté de l'Atlantique, au Canada et aux Etats-Unis, et il faut que je reste en contact avec eux. Mais en général, chez nous, les collègues s'intéressent peu à ce qui se passe hors du pays.

Il faut dire aussi que parfois, se rendre à des réunions scientifiques à l'étranger relève du parcours du combattant. Je dois aller très prochainement au Canada et aux Etats-Unis pour présenter plusieurs communications dans des conférences. Cette mission est prise en charge par mon pays. Mon supérieur hiérarchique direct est très compréhensif et a donné son accord, mon ministère de tutelle, le ministère de la Santé, également ; là, je n'ai rencontré aucun problème. Mais le décaissement est du ressort du ministère des Finances, or j'ai dû passer une semaine entière, sans me rendre à mon service, pour obtenir l'achat du billet d'avion ainsi que les frais de mission. Je me suis fait aider par un « coursier », que je ne connaissais pas, qui se tenait à l'entrée du ministère. Lorsqu'il se rend compte que quelqu'un est en difficulté, il propose ses services. J'ignore s'il est un agent du ministère, mais il est connu de tout le monde, il a accès à tout lorsqu'il entre dans un bureau ; en fait, c'est un proche du ministre. Il m'a vraiment aidée, et je lui ai donné 50 000 francs (1) parce qu'il était particulièrement gentil ; il se démène pour gagner sa vie, et je ne pense pas qu'il reverse de l'argent à qui que ce soit, l'argent qu'il gagne ainsi, est pour lui, j'en suis sûre ! Il a été surpris des 50 000 francs, car renseignements pris, d'habitude pour ce genre de service il reçoit plutôt 10 000 francs. Mais comme les frais de mission que j'ai touchés étaient conséquents, alors, lui en donner un peu plus que d'habitude était normal ! Je ne sais pas pourquoi la mise en place d'une mission prend autant de temps : les chefs qui prennent les décisions sont inaccessibles, ont sans doute beaucoup de travail, parfois leurs secrétaires particulières ne leur transmettent pas les dossiers. Je pense aussi que certains dossiers sont beaucoup plus importants que d'autres, et un petit dossier, d'un petit médecin comme moi n'est pas une priorité.

(1) La monnaie de référence utilisée ici est le franc CFA, 1 FF = 100 francs CFA



Comment survivent les médecins ?

J'ai achevé mes études de médecine en 1991. Quand je faisais mes études, je bénéficiais d'une bourse. En premier cycle, elle s'élevait à 35 000 francs par mois, en second cycle, à 60 000 francs par mois. Six mois après la fin de mes études, j'ai été affectée au dispensaire où je travaille toujours actuellement. Quand j'ai commencé, en 1992, je gagnais 270 000 francs par mois. Aujourd'hui, en tenant compte de l'ancienneté, je devrais avoir un salaire mensuel de 300 000 ou 350 000 francs. Mais, six mois après le début de mon activité au dispensaire, le gouvernement a décidé d'une première baisse de salaire, et je ne gagnais plus que 150 000 francs. Un an plus tard, en 1994, il y a eu une seconde baisse de salaire, et mes revenus varient depuis entre 84 000 et 115 000 francs. Aujourd'hui, les salaires varient d'un mois sur l'autre sans que l'on n'y comprenne rien. Les banques prennent des agios sans donner d'explication. Le mois dernier, mon salaire était de 115 000 francs, le mois prochain, il s'élèvera peut-être à 110 000 ou 100 000 francs. Mais les salaires ici, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, sont payés mensuellement, même s'il peut y avoir parfois des retards d'une semaine à dix jours.

Mon salaire est très insuffisant. Alors, pour augmenter mes revenus, je consulte en dehors de ma formation sanitaire. Certains des patients du dispensaire désirent souvent me revoir et me demandent si j'ai aussi une activité privée à domicile. Je refuse de consulter chez moi : emmener des patients à la maison, c'est aussi prendre le risque d'y amener des maladies, or, d'une part, j'ai des enfants à protéger, et d'autre part, je tiens aussi à me reposer quand je suis chez moi. Cependant, j'ai pris contact avec des responsables de cliniques privées auxquelles j'adresse des clients, et ils me donnent une contrepartie. Mais je tiens à suivre moi-même les patients que je leur réfère. Par exemple, des patients, qui souffrent d'un accès palustre et qui nécessitent d'être perfusés, veulent souvent que je pose moi-même les perfusions. Ou encore, parfois des patients réclament la prescription d'une perfusion qu'il veulent se faire poser « au quartier » (2) ; ma réponse est alors immédiate : je ne prescris jamais un traitement que je ne peux pas suivre, non pas pour bénéficier moi-même de l'argent du patient, mais parce que je ne voudrais en aucun cas que le patient soit exposé à des complications du fait d'un recours à un infirmier du quartier et en utilisant une ordonnance qui porte ma signature. Je lui propose alors de se rendre dans une des cliniques privées avec lesquelles je suis en relation, et j'assure alors le suivi et l'hospitalisation en clientèle privée. Si j'adresse un patient dans une clinique pour une perfusion, je donne des instructions à l'infirmier, le médecin de la clinique vient confirmer, et ultérieurement je rends visite au patient. Lorsque le patient est indigent, ce qui arrive très souvent, je négocie avec le responsable de la clinique qui lui accorde alors volontiers une réduction : je le persuade en effet que sa générosité est aussi une garantie à l'avenir que le patient, voire son entourage, s'adresseront de nouveau à sa clinique. Ces consultations privées me rapportent un peu d'argent, mais je ne les fais que très ponctuellement car je suis souvent en déplacement. Pour trois jours de traitement dans une clinique, un patient peut avoir à déboursier 25 000 à 30 000 francs, la clinique me reverse alors environ 5 000 francs. Ce n'est pas si mal ! Cela me permet d'acheter du pain à mes enfants pendant une semaine, ou encore d'assurer une partie des frais de transport pour mes enfants qui se rendent à l'école.

La quote-part reversée aux personnels de santé exerçant dans les formations sanitaires publiques constitue aussi un moyen de gagner un peu d'argent. Le

(2) L'offre de soins « informelle » est très importante dans les capitales africaines. Les villes pullulent de cabinets de soins infirmiers « privés », plus ou moins légaux, ou encore d'agents de santé (infirmiers, aides-soignants, etc.), employés de structures de soins, qui exercent à domicile ; il s'agit là de ce que l'on désigne par les recours « du quartier ».

patient doit s'acquitter d'une somme de 600 francs lorsqu'il consulte dans une formation sanitaire ; l'économiste lui remet alors un ticket qu'il donne au médecin lors de la consultation. Une partie de l'argent ainsi versé est remise au médecin qui a consulté, l'autre partie va à la formation sanitaire pour son fonctionnement ; les infirmiers reçoivent aussi une quote-part. Il s'agit là d'une procédure tout à fait officielle. Le montant de cette quote-part a été baissé ; néanmoins, tous les trimestres, je perçois au moins 30 000 francs.

Il faut également préciser que je travaille dans une formation sanitaire spécialisée où les patients se rendent en dernier recours. Les patients qui arrivent dans ma structure ne veulent pas d'une prescription ordinaire ; ils réclament des examens de laboratoire, attendent du médecin une interprétation des résultats et un traitement particulier. Parfois, c'est le patient qui demande lui-même un bilan au cours d'une consultation en vous disant : « Je suis venu pour que l'on me prescrive un examen de sang ». Quand je ne veux pas, parce que l'état du patient ne le justifie pas, mais que le patient insiste, j'écris alors sur son carnet de santé « souhaite un bilan ». Il faut savoir que le carnet peut être vu par un de vos confrères, ou un de vos maîtres. Il faut faire attention, non pas que vos confrères risquent de vous blâmer, mais lorsque l'on tient à sa notoriété il est important de prescrire correctement, et éviter que les confrères s'interrogent sur le bien-fondé de vos prescriptions ; c'est pour cela que j'écris : « souhaite un bilan ». Des examens sont aussi souvent demandés pour des malades chroniques qui nous sont référés ; il s'agit alors de patients déjà sujets à des complications, ou confrontés par exemple à des problèmes de stérilité, qui vous précisent qu'ils ont déjà eu recours à plusieurs médecins sans succès, et veulent des examens.

Ma formation sanitaire ne dispose pas encore d'un laboratoire performant. Je dois orienter mes patients vers des laboratoires en ville, et j'ai alors le choix parmi toute une série de laboratoires. Exerçant dans une structure publique, je devrais adresser mes patients au laboratoire national de référence, mais ce laboratoire prend beaucoup de temps – environ une semaine – avant de délivrer les résultats. Or, parfois il y a urgence, parce que le patient doit voyager, ou parce qu'il veut rapidement les résultats. Il existe cependant des laboratoires privés très performants à mon sens, qui offrent des prestations de qualité, qui sont ouverts 24 heures sur 24, et délivrent les résultats en un ou deux jours. J'ai un choix assez large, et si j'oriente le patient vers tel ou tel laboratoire, ce n'est pas tout à fait par hasard. Généralement, les responsables de laboratoire nous courtisent, et cela rapporte bien. Certains frais de laboratoire sont très élevés, mais je choisis les laboratoires les moins chers pour mes patients. Le laboratoire privé ristourne en général au médecin 30 % du prix de l'examen. Je prends un exemple très simple : le test sérologique de dépistage de la syphilis coûte en moyenne 3 000 francs ; certains laboratoires demandent jusqu'à 6 000 francs. Sur 3 000 francs, le médecin prescripteur reçoit 1 500 francs si le laboratoire veut qu'on lui adresse un nombre important de malades. Or, dans ma pratique quotidienne je prescris, en moyenne, 20 tests de syphilis, parce que c'est nécessaire ; jamais je ne demande de tests uniquement pour de l'argent. Vingt tests de syphilis par jour équivalent à 60 000 francs sur lesquels vous recevrez la moitié ; 30 000 francs en une journée, si vous multipliez par dix jours, cela fait 300 000 francs, etc. Or le test de la syphilis est un des tests le moins cher. Certains tests sont beaucoup plus chers et peuvent coûter jusqu'à 10 000 ou 12 000 francs ; pour ces tests, le prescripteur ne recevra pas la moitié, mais peut-être 4 000 francs. Ainsi, un médecin qui reste dans son bureau de 8 heures 30 à 15 heures 30 peut gagner pas mal d'argent. Et vous comprenez que si le médecin n'a pas une conscience professionnelle suffisante, il y a des risques d'exagération dans les prescriptions d'examen de laboratoire.

Les médicaments aussi peuvent aider les médecins. Ils disposent

d'échantillons médicaux, et ils ont la possibilité de s'approvisionner auprès des circuits informels et de revendre les médicaments. Mais de telles pratiques, à mon avis, salissent un peu le médecin. Nous sommes souvent assaillis par les délégués médicaux (3), mais leurs médicaments coûtent vraiment trop cher : ils proposent des boîtes à 11 000 ou 12 000 francs. Avant, je donnais gratuitement les médicaments dont je disposais, à présent, je les garde pour ma famille ; il arrive en effet qu'un parent souffre d'une maladie qui demande un traitement aux antibiotiques, or ce sont des gens à ma charge, aussi plutôt que d'acheter les médicaments, je garde les échantillons pour ma famille. Mais quand les médicaments sont en voie de péremption, je les donne parfois à des formations privées pour qu'elles les revendent et je demande aux médecins de ces formations de me donner quelque chose en retour.

Beaucoup de formations sanitaires ne bénéficient pas de dotation en médicaments. C'est d'ailleurs un gros problème. Aussi, à l'extérieur des formations sanitaires se trouvent souvent des petits vendeurs qui semblent vendre des carnets, des bonbons et des cigarettes, mais en réalité, ce sont aussi des revendeurs de médicaments auxquels s'adressent nos patients en sortant de la consultation. On a tout fait pour les chasser, mais c'est très difficile. J'ignore la provenance de leurs médicaments ; il s'agit parfois de médicaments périmés ou dont on a changé les étiquettes. Il faudrait absolument que le patient sorte de la formation sanitaire avec ses médicaments, et j'espère que dans les prochains mois nous aurons une pharmacie dans notre formation.

Il y a aussi la signature des certificats médicaux, en particulier les certificats médico-légaux. Souvent à l'issue d'une bagarre, vous voyez venir un blessé qui veut un certificat médico-légal, éventuellement pour pouvoir porter plainte. Personnellement, je n'exagère pas pour la durée de l'interruption de travail ou de l'incapacité. Certains demandent 45 jours ou 60 jours d'arrêt de travail, ce qui entraîne la prison pour la partie adverse, car lorsqu'un médecin demande un long arrêt de travail à la suite de blessures occasionnées par une bagarre, la personne de la partie adverse est arrêtée. La plupart de mes confrères demandent 1 000 francs par jour supplémentaire d'arrêt de travail prescrit ; par exemple, si, en fonction de vos lésions, le blessé ne devrait bénéficier que de cinq jours mais demande 45 jours, il devra payer 40 000 francs. Pour ma part, le nombre de jours d'incapacité que j'inscris est fonction des lésions réelles, quel que soit le montant que propose le patient ; c'est très grave de faire arrêter quelqu'un, et je dis alors aux patients : « quelle que soit la somme que vous me donnez, 50 000 francs, 60 000 francs, 100 000 francs..., la somme sera dépensée en quelques jours ; mais envoyer une personne en prison ! vous n'aurez pas la conscience tranquille pendant longtemps ». Je suis assez objective sur le nombre de jours ; de plus, même les blessés qui demandent des certificats n'ont pas beaucoup d'argent. Souvent, à la suite de la délivrance de certificats médico-légaux, le médecin peut être appelé à témoigner au tribunal, cela prend alors du temps, occasionne des frais de transport, etc. Certains demandeurs obtiennent gain de cause au tribunal, reçoivent alors une somme confortable en dédommagement et ne reviennent pas voir le médecin. Il faut donc que le patient qui demande un certificat d'invalidité contribue. Etant donné que je pourrais être appelée à témoigner, je demande alors au patient une somme qui peut varier entre 3 000 et 10 000 francs ; cela dépend. Aucun médecin n'établit un certificat médico-légal gratuitement.

Enfin, il y a aussi parfois les petits cadeaux des patients qui sont satisfaits des traitements qu'on leur a donnés. Mais je ne demande rien, je ne fais même pas de suggestion. Mes patients m'attendent parfois plusieurs jours, cela me fait très plaisir. Dans ma formation sanitaire, il y a bien d'autres médecins, mais beaucoup de

(3) Représentants de firmes pharmaceutiques qui sillonnent les structures de soins, proposent des échantillons gratuits, et autres cadeaux, aux personnels de santé, dans l'espoir que ces derniers prescriront les produits de la firme qu'ils représentent.

malades insistent pour me voir. Je ne fais rien de spécial ; je reconnais avoir une approche particulière, une approche psychosociale, et quand un patient sort de mon bureau, il va mieux. Dans notre profession, la rémunération n'est cependant pas seulement financière. Il y a surtout la satisfaction d'avoir aidé quelqu'un, et quand vous avez résolu le problème d'un patient, il vous est infiniment reconnaissant ; c'est une grande satisfaction, qui vous grandit, vous conforte, vous rassure. Le patient ne peut plus se passer de vous par la suite. Or, si vous avez fait saigner son porte-monnaie, il vous redoutera. Une autre fois, en cas de problème, plutôt que de venir vous voir directement, il voudra faire des économies et sa maladie risque de s'aggraver s'il diffère consultation et traitement. Beaucoup de médecins ne l'ont pas compris.

Il faut savoir que je suis issue d'une famille peu fortunée. Pour obtenir mon diplôme de médecine je n'avais pas la possibilité de passer par « certains circuits » (4). J'ai vraiment prié Dieu, je me suis mise aux études, et j'ai eu l'agréable surprise d'être reçue ; je prends cela comme une grâce de Dieu. Aussi, j'ai peur de poser certains actes répréhensibles. Cependant, si je pose certains actes, c'est parfois parce que je suis au stade de la survie. 115 000 francs de salaire mensuel, je vous assure que ça ne couvre pas grand-chose ! Il y a cependant des pratiques que je refuse, par exemple, les avortements. Je sais les faire, et cela rapporte beaucoup. Je suis très heureuse quand les malades me disent « docteur ! je sais que vous êtes anti-avortement » ; je me demande toujours comment ils le savent. Les patients se le disent entre eux ; ils savent quel est le médecin qui pratique facilement des avortements et celui qui refuse. Je ne prends pas de position sur le bien-fondé ou non de l'avortement, mais je dis que personnellement je ne le fais pas. Or, pour beaucoup de mes collègues, l'avortement est un moyen d'enrichissement. Un avortement coûte au moins 50 000 francs, et certains en font jusqu'à six par jour.

J'aurais pu être médecin-chef de la formation sanitaire, d'ailleurs on me l'a proposé plusieurs fois. J'ai refusé parce que j'ai beaucoup de travail à l'extérieur du dispensaire étant donné mes responsabilités au niveau national. Mais aussi en étant médecin-chef dans ce type de structure, non seulement vous êtes potentiellement sur un siège éjectable, mais en plus la hiérarchie au ministère vous a constamment à l'œil. J'ai entendu dire qu'il fallait reverser régulièrement quelque chose à celui qui a permis votre nomination de médecin-chef ; j'ignore si cela est vrai. Pour ma part, je n'ai jamais rien reversé après ma nomination à la tête du Programme national sur la santé de la reproduction.

● Infirmiers et patients

Le parcours normal d'un patient est le suivant. Lorsqu'il entre dans la formation sanitaire, il se rend chez l'économiste, paye 600 francs pour la consultation, et reçoit un ticket. Il se rend ensuite vers le service de triage (5) où des infirmiers lui demandent alors la nature de son problème ; puis il est orienté vers un médecin particulier. S'il est renvoyé vers moi, il voit d'abord les infirmiers de mon service auprès desquels il dépose son carnet de santé. S'il s'agit d'un patient qui vient rechercher ses résultats d'examen faits dans notre laboratoire ou à l'extérieur, les résultats sont reportés sur le carnet, et les patients attendent. Lorsque j'arrive, l'infirmière dépose les carnets sur ma table, disposés selon l'ordre d'arrivée des malades. Je vérifie alors qu'il y a bien les tickets de consultation dans les carnets, et la consultation commence. Je

(4) Allusion aux pratiques de corruption en vigueur en milieu universitaire pour obtenir les diplômes.

(5) Le terme « triage », consacré dans toutes les formations sanitaires en Afrique francophone, désigne le service d'accueil des patients et dont la fonction est d'orienter les malades vers les services médicaux compétents pour prendre en compte le type de plainte formulé par le patient

peux prescrire des examens, ou établir simplement une ordonnance. Je lis toujours l'ordonnance au patient lors de la consultation, et j'exige que l'infirmière leur explique de nouveau. L'infirmière enregistre la prescription ou la demande d'examen, et le patient s'en va.

En fait, à toutes les étapes du circuit du malade, il peut se passer quelque chose. L'économiste lui-même s'aventure à jouer au médecin ! Il semble d'ailleurs avoir établi un contrat avec le responsable du laboratoire du dispensaire auquel il renvoie directement les patients. Comme nous ne bénéficions pas de budget de fonctionnement en provenance de l'Etat, le laboratoire de la formation ne dispose pas de réactifs. Le laborantin achète alors lui-même les réactifs, utilise le laboratoire de la formation sanitaire pour son propre compte, et reçoit les malades sans que ceux-ci n'aient été consultés par un médecin.

Au triage également les infirmiers jouent parfois au médecin, demandent 3 000 francs au patient et prescrivent des examens. Le malade, qui ignore parfois tout du fonctionnement d'un dispensaire, se rend directement au laboratoire. Les infirmiers récupèrent les résultats et, recopiant des ordonnances délivrées par les médecins pour d'autres patients, établissent eux-mêmes une prescription. Nous nous rendons compte de ce trafic lorsque le patient revient voir le médecin parce que le traitement prescrit par l'infirmier n'a rien donné. Le patient nous montre alors l'ordonnance établie par les infirmiers du service, mais généralement l'infirmier ne signe pas, aussi il est difficile de savoir quel est l'agent qui a prescrit.

Les infirmières de mon service « bricolent » également, surtout quand je suis en déplacement. En temps normal, il n'est pas rare que j'arrive au dispensaire tardivement, étant donné mes autres activités au niveau national. Or les infirmières ont aussi des problèmes financiers. Certaines viennent très tôt, dès 6 heures du matin, pour consulter avant que je n'arrive ; elles peuvent voir ainsi plus d'une dizaine de malades, et lorsqu'elles ont eu leur « ration » quotidienne, elles jouent aux innocentes. Parfois, elles détournent les malades, leur expliquent que je risque de ne pas venir et qu'elles peuvent elles-mêmes traiter leur problème de santé. Cependant, peu travaillent chez elles à titre privé, sinon quelques-unes pour prodiguer des soins infirmiers.

Parfois, ce sont les vendeurs de carnets ou de bonbons postés à l'entrée de la formation qui hêlent les patients en leur recommandant d'aller consulter tel médecin ou tel infirmier ; en adressant un patient chez un infirmier, ce dernier reversera au petit vendeur un montant qui variera en fonction du nombre de patients adressés. J'ai découvert récemment cette pratique lorsque je me suis retrouvée sans malade, et que j'ai constaté une véritable affluence chez un des infirmiers de la structure. On m'a alors expliqué que tout venait du vendeur à l'entrée qui orientait les patients vers un infirmier particulier.

Comment lutter contre ces pratiques ? Les médecins organisent des réunions, tapent du poing sur la table, réprimandent, nous avons menacé de chasser les vendeurs, etc. Ces pratiques nuisent gravement à la réputation de notre formation sanitaire, mais il faut comprendre qu'elles sont aussi des bouées de sauvetage pour les personnels. De plus, si je sanctionne trop sévèrement, les gens sont capables de tout. On est en Afrique. Si vos infirmiers se montent contre vous, ils peuvent vous faire du mal. Je ne suis pas très sensible à tout ce qui relève d'agressions en sorcellerie, mais je me méfie quand même, car les gens peuvent faire tellement de choses... Ainsi, depuis que je travaille dans ce dispensaire, je n'ai jamais laissé la clef de mon bureau à qui que ce soit. Lorsque je suis en déplacement, je laisse la clef de mon bureau à ma mère ; en cas de besoin, on téléphone chez moi, et ma mère vient ouvrir puis fermer mon bureau. Donc, comment voulez-vous sanctionner trop durement ? Les infirmiers gagnent 35 000 à 40 000 francs par mois. Tant qu'il n'y a pas d'abus grossier, on ferme les yeux.

Mais parfois, les infirmiers dépassent les limites, et il faut alors intervenir. Par exemple, une de mes infirmières, une femme âgée pourtant, a pris le risque de prendre en charge un enfant né d'une mère syphilitique, or cet enfant avait de graves problèmes dermatologiques, et l'infirmière avait prescrit des traitements contre-indiqués. Bien évidemment le traitement n'avait pas marché, et l'enfant et ses parents étaient revenus voir l'infirmière. Lorsque j'ai vu ces gens sur le banc, en train d'attendre, avec l'enfant en très mauvais état, je leur ai posé des questions et ils m'ont indiqué qu'ils étaient suivis par cette infirmière. Je les ai fait entrer immédiatement dans mon bureau, et à la lecture de leur carnet de santé je me suis rendue compte des erreurs grossières de la prescription. J'ai réuni alors tous les personnels de mon service, et en présence du médecin-chef de la structure, j'ai insisté fermement pour que de telles pratiques ne se reproduisent plus, en précisant que si un accident arrivait, ce sont les médecins qui seraient tenus responsables. L'infirmière a eu tellement peur que, je crois, elle n'a pas recommencé. C'était une maman (6), proche de la retraite, et je me voyais difficilement la sanctionner plus sévèrement.

Une pratique que je ne supporte pas est celle qui consiste à monnayer l'entrée dans mon bureau. Par exemple, lorsqu'une vingtaine de malades m'attendent, celui qui donnera 300 francs ou 500 francs à l'infirmière verra son carnet mis au-dessus de la pile pour passer parmi les premiers. Assez souvent, quand il y a du chahut dans la salle d'attente, j'ouvre la porte de mon bureau et demande quelles sont les personnes arrivées en premier ; les malades le savent en général. Quand une infirmière monnaye l'entrée dans mon bureau, je sanctionne. J'ai eu l'occasion de rédiger des demandes d'explications et de faire en sorte que les infirmiers qui se rendent coupables d'une telle malhonnêteté ne travaillent plus avec moi.

● **Travailler avec des agences de coopération**

Dans le cadre du programme national dont je m'occupe, je suis amenée à collaborer avec plusieurs partenaires : la Coopération française, l'Union européenne, des projets américains, la Coopération allemande, les Nations unies. Pour la réalisation des activités du programme soutenues par ces partenaires, certains nous laissent gérer les fonds, d'autres gèrent eux-mêmes. Bien sûr, il est plus agréable et plus facile de laisser gérer les fonds par le partenaire. Je dois avouer qu'être responsable de programme arrondi largement mes fins de mois. Lorsque vous présentez bien les activités et que les partenaires sont intéressés, ils vous invitent à travailler avec eux. Vous élaborez alors un planning d'activités, pour aller sur le terrain, donner des formations, contribuer à la réhabilitation de certaines structures de soins, etc. ; à toutes ces activités sont associées des indemnités pour les responsables nationaux.

Il y a des différences selon les coopérations. La Coopération française reste caractérisée par un esprit très colonial. Celui qui dispose des instruments de musique donne certes le ton, mais l'esprit de la Coopération française est souvent très irritant ; les assistants techniques français veulent toujours corriger ce que les nationaux sont en train de faire. Ils sont théoriquement présents pour appuyer des activités du pays. Normalement, c'est au responsable national d'établir un plan d'action, puis à négocier avec la Coopération française, en tenant compte des contraintes financières et de la philosophie du partenaire. Mais les Français ont tendance à vouloir se substituer aux responsables nationaux, toujours prêts à corriger ce

(6) Terme familier d'appellation qui se rapporte à des femmes âgées et qui n'est pas dénué d'une certaine marque de respect.

que proposent les nationaux, avec un stylo rouge, comme des maîtres d'école ; et leurs corrections sont parfois assez maladroitement et grossières. Mais nous n'avons pas le choix ; il faut bien que les activités soient menées. Cependant, je n'ai pas ma langue dans ma poche, et cela ne se passe pas toujours très bien avec eux.

Travailler avec l'Union européenne est beaucoup plus agréable ; ils sont beaucoup plus courtois et plus flexibles. Quand vous travaillez régulièrement avec eux, ils prennent en charge systématiquement vos participations à des réunions, même à l'étranger. Participer à des rencontres nationales ou internationales permet de s'ouvrir aux autres, de prendre des contacts, et aussi de bénéficier de frais de mission ; c'est une motivation ! L'Union européenne parraine les nationaux beaucoup mieux que les Français ; pourvu que vous préveniez dans les temps, vous n'avez pas besoin de demander plusieurs fois.

J'ai travaillé aussi avec les Allemands qui allouent des sommes très réduites quand il s'agit de prendre en charge des nationaux. Ils sont assez rudes. L'équipe de la Coopération allemande en charge de la santé avec laquelle j'ai travaillé se substituait également volontiers aux responsables nationaux. Elle allait jusqu'à prendre des directives en matière de traitement, convaincue que son approche était la meilleure, alors même que les responsables nationaux s'étaient réunis antérieurement pour adopter d'autres protocoles thérapeutiques. L'équipe allemande était très directive et refusait notre approche. Aussi, il y a eu une balkanisation du pays : les traitements adoptés différaient selon les régions qui entraient dans la zone d'activité d'une agence de coopération particulière ; il y avait d'un côté les « régions » allemandes, et de l'autre, les « régions » française et américaine. Lorsque j'ai été nommée à la tête du programme, je me suis efforcée de coordonner les activités des différentes agences pour harmoniser les directives, et cela a tout de même marché.

Quant aux Américains, ils sont très flexibles. Ils ne sont pas très regardants sur les finances, et sont assez larges, pourvu qu'il y ait un résultat. Par exemple, les Américains vont prochainement lancer un projet sur l'efficacité d'un nouveau produit. Ce projet requiert le recrutement de patients dans plusieurs formations sanitaires, dont la mienne. Nous avons posé certaines conditions financières pour que les médecins qui participent à l'étude bénéficient d'une indemnité. Les Américains ont répondu favorablement à notre demande, et ont accepté de donner aux médecins qui participent au recrutement 50 000 francs par mois. C'est pourquoi les médecins nationaux préfèrent souvent travailler avec les Américains.

A l'avenir, je rêve d'une carrière internationale ; j'ai le sentiment d'être sous-utilisée dans mon pays en ce moment. J'ai acquis des compétences et un savoir-faire qui ne sont guère utilisés ici. Chez nous, quand on a une certaine capacité de travail, on est vite exploité, et on vous offre très peu de chose en contrepartie. Il faut quand même que je puisse bénéficier d'une motivation à la mesure du travail que je fournis. Je ne me considère pas comme la plus grande travailleuse du pays, néanmoins, étant donné mes activités, 115 000 francs de salaire mensuel, c'est très insuffisant.

La conjugaison des difficultés : école et santé à Bamako (Mali)

Yannick Jaffré*
et **Fatoumata Dicko****

Au plus simple, dans les villes et villages du Sahel, l'école se découvre tout d'abord comme un rythme quotidien de cris et de rires au sortir des classes. C'est ensuite un paysage d'établissements, cernés par une mosaïque d'espaces gourmands où des vendeuses d'arachides, de boissons colorées et de sandwiches, tentent, tout en accroissant leurs ressources, de calmer les appétits des enfants. Enfin des parcours, lorsqu'en défilés désordonnés d'uniformes dépareillés, les élèves regagnent leurs maisons.

Impressions naïves certes ; mais ce tableau, du plus banal des quotidiens, souligne cependant quelques traits. Tout d'abord le nombre des enfants ; ensuite un enchevêtrement d'espaces et de conduites puisque le marché avec ses gestes et ses pratiques, notamment d'hygiène, jouxte l'école ; enfin un ensemble de passages et de déplacements entre des lieux de formation où l'on apprend, et d'autres collectivités où l'on vit.

Loin de cette perception immédiate, d'un point de vue plus théorique, de nombreux travaux ont été consacrés aux rapports entre éducation formelle ou informelle et santé. Lorsqu'ils se réclament du domaine de l'éducation pour la santé, ces textes évoquent principalement l'importance de transmettre divers « messages » aux élèves, voire de les utiliser eux-mêmes comme des « messagers de l'innovation » (OMS, 1996). Lorsque l'épidémiologie oriente ces recherches, elle souligne les liens entre l'alphabétisation des mères et/ou des enfants et la réduction de l'incidence et de la prévalence de certaines pathologies (Ogutu, 1992). Enfin, certains projets de développement comportent des programmes associant des démarches sanitaires et éducationnelles (Sicard *et al.*, 1992).

Certes, de l'évocation d'une scène vécue aux quelques études citées, l'écart est grand et les approches bien différentes. La première posture souligne l'opacité et la multiplicité des interactions quotidiennes entre les enfants et leur environnement social. Les études, quant à elles, focalisent l'attention sur diverses corrélations entre les secteurs éducatifs et sanitaires. Bref, l'une constate des apparences, les autres soulignent des effets.

* Anthropologue, SHADYC, Marseille

** Faculté de médecine, Bamako

Entre les deux, il reste notamment à comprendre « ce qui se passe » : comment discrètement de nouveaux savoirs scolaires modifient les représentations des élèves et éventuellement induisent de nouveaux comportements que traduisent les données épidémiologiques. Répondre à ces questions ne peut se faire directement, mais oblige à un détour par quelques interrogations intermédiaires sur ce que les enfants savent de la santé et de la maladie, les problèmes qu'ils ressentent, et comment s'opère la confrontation entre les normes de conduites que promeuvent les livres scolaires et les plus courantes des habitudes comportementales familiales.

Ces questions sont modestes, mais elles concernent, *grosso modo*, le tiers des enfants vivant en Afrique de l'Ouest, leur santé et leurs savoirs. Voilà pourquoi, c'est à tenter de mieux répondre à ces interrogations que nous consacrerons cet article (1). Confrontés à cette vaste question, plus que dénombrer, nous avons souhaité comprendre. C'est pourquoi nous avons privilégié des enquêtes intensives sur un petit nombre d'élèves, et nous nous sommes limités à décrire la complexité des liens entre santé et éducation scolaire dans la ville de Bamako, au Mali, et plus précisément encore, à étudier les connaissances, conceptions et conduites des enfants scolarisés dans le premier cycle, en classe de sixième année. Plusieurs raisons expliquent ce choix. Cette classe marque tout d'abord la fin d'un « premier cycle », et beaucoup d'enfants s'arrêteront à cette étape. Par exemple, en 1990, 340 600 élèves fréquentaient les six années composant le premier cycle, contre 57 200 pour les trois du second (Lange et Diarra, 1998). Ensuite, cette classe est celle des débuts de « l'adolescence » (de 12 à 15 ans), et donc d'une certaine autonomie des conduites et surtout des débuts d'une sexualité active. Cette étape associe donc des enjeux éducatifs et sanitaires que nous allons maintenant préciser grâce à quelques données chiffrées.

● **Les situations sanitaires et scolaires au Mali et à Bamako**

Avec une population estimée aux alentours de 9 millions d'habitants et un indice synthétique de fécondité des plus élevés au monde, le Mali est régulièrement classé parmi les « derniers » pays, selon les objectifs du « développement humain durable » (MSPAS, 1998). De fait, même si de notables progrès ont été obtenus, les principaux indicateurs restent préoccupants, puisque, pour ne prendre que quelques exemples, le taux de mortalité infanto-juvénile est de 237 ‰, celui de mortalité maternelle de 577 décès pour 100 000 naissances vivantes, et seulement 42 % de la population a accès à l'eau potable. De manière plus précise, le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, les malnutritions et la méningite sont les principales causes de décès des enfants. Quant au sida, avec un taux de prévalence de 4 %, il touche environ 250 000 personnes, et serait à l'origine de la mort de près de 50 000 malades (*ibid.*, 1998). Dans le domaine scolaire, pour être moins directement dramatique, la situation n'en est pas moins préoccupante. En effet, bien que de réels efforts aient été accomplis, le taux de scolarisation reste bas : 43,6 % en 1996 (Lange et Diarra, 1998).

Bamako, sans échapper à ces difficultés, jouit d'une situation plus clémente. En effet, cette capitale économique et politique du pays, abritant 10 % d'une population nationale dont 55 % a moins de 20 ans, regroupe l'essentiel des services de santé : trois hôpitaux nationaux, neuf centres de protection maternelle et infantile (PMI) et trente-quatre centres de santé communautaires. Privilège urbain oblige, dans

(1) Nous remercions Marie-France Lange pour ses commentaires sur ce texte.

le domaine scolaire, on compte aussi 482 écoles fondamentales (2) sur les 2 966 de l'ensemble du pays, ainsi que toutes les écoles supérieures du pays (*Annuaire*, 1998). Enfin, la population de ces écoles fondamentales, pendant l'année scolaire 1997-1998, comprenait 217 278 élèves sur un ensemble national de 900 783, soit environ 24 % des enfants scolarisés (*ibid.*, 1998).

Mais plus qu'une énumération parallèle de chiffres, il importe d'appréhender ces données pour qu'y apparaissent quelques lignes simples où se croisent ces données sanitaires et scolaires. Tout d'abord, les quelques pathologies principalement responsables de la morbidité et de la mortalité sont en grande partie déterminées par des conduites sociales (manger, boire, déféquer), et sont susceptibles d'être prévenues par quelques actions simples, allant de la vaccination à une modification des conduites d'hygiène. Ensuite le public scolaire est jeune, nombreux, « captif » et donc particulièrement désigné pour être l'objet de conseils médicaux et pour éventuellement introduire des pratiques saines dans son environnement familial. La synthèse est évidente et, on l'aura compris, l'enjeu que ces chiffres révèlent est de taille et de santé publique, puisque, pour se limiter à l'enseignement fondamental, il s'agit de former un million d'enfants à prendre en charge et promouvoir leur santé et éventuellement celle de leurs proches.

● Les savoirs sanitaires transmis à l'école

En l'absence d'une réelle action de médecine scolaire – un seul centre de médecine scolaire et sportive à Bamako, absence d'infirmières dans les écoles, etc. –, cette action de formation et de prévention repose essentiellement sur l'introduction dans l'enseignement général de quelques notions sanitaires fondamentales. C'est ainsi que dès la première année, les cours d'éducation civique abordent des rudiments d'hygiène de l'environnement immédiat – la classe, les latrines –, puis du corps : propreté buccale et corporelle. Les deux classes suivantes prolongent cet enseignement, l'ouvrant simplement à d'autres domaines comme ceux de l'hygiène alimentaire et de l'eau. Des conseils plus précis, promouvant des conduites prophylactiques, apparaissent en classe de quatrième, où sont inculquées des pratiques comme se brosser les dents, se laver le visage et les mains avec du savon, dormir sous la moustiquaire et consommer de l'eau potable. Enfin, les mêmes thèmes, mais traités de manière plus complexe, sont abordés en classes de cinquième et de sixième, où deux manuels de sciences naturelles recueillent l'ensemble des notions que l'école malienne souhaite faire acquérir aux enfants.

Dans ces deux ouvrages, l'hygiène est déclinée selon la diversité des structures anatomiques et des systèmes : hygiène de l'os, du muscle, de la digestion... Les vaccinations et les maladies vaccinales sont présentées et mises en rapport avec la transmission de diverses affections, dont la tuberculose. Enfin les préventions contre les pathologies les plus fréquentes – les malnutritions, les diarrhées, le paludisme et le sida – sont présentées de manière simple : importance d'une alimentation variée « pour assurer la croissance, l'entretien et le fonctionnement de l'organisme » ; urgence de la réhydratation en cas de diarrhée ; protection de l'eau et des aliments afin qu'ils ne soient pas souillés ; intérêt de dormir sous une moustiquaire pour se prémunir du paludisme ; promotion de la chasteté, utilisation du préservatif et stérilisation des instruments coupants et tranchants pour éviter le VIH.

(2) Ces écoles assurent le premier cycle de formation qui, d'une durée de six années, est sanctionné par le certificat d'études primaires (CEP), et le second cycle de cet enseignement fondamental qui est de trois années, sanctionné, en classe de neuvième, par le diplôme d'études fondamentales (DEF), donnant accès à l'enseignement professionnel ou secondaire. Les classes sont comptées logiquement de la première à la onzième année.

L'ensemble de ce parcours est donc pédagogiquement homogène, allant de la plus simple observation, à la plus complexe modification des pratiques, et pertinemment construit en fonction des priorités sanitaires locales. Tout juste pourrait-on souligner que certaines mesures préventives comme l'hygiène ou l'alimentation reposant sur la capacité des acteurs à modifier leurs conduites alors que d'autres comme les vaccinations dépendent, avant tout, du fonctionnement des services sanitaires, ne devraient pas être présentées semblablement. Mais, globalement, et pour le dire simplement, si le message semble clair, il reste à comprendre l'essentiel : comment est-il décodé par ses destinataires, et comment peut-il s'appliquer à l'environnement matériel, familial et social des scolaires ? Les résultats d'une enquête que nous avons menée, durant l'année 1998, auprès de 1 443 élèves (3) des écoles de la ville de Bamako devraient nous permettre de progresser dans cette réflexion.

● **Ce que les élèves de sixième année connaissent et comprennent**

Quantifier des connaissances et des erreurs, et égrener des pourcentages de bonnes et de mauvaises réponses au regard des connaissances scientifiques, ne saurait rendre compte des difficultés et de la dynamique des processus d'acquisition des nouveaux savoirs par cette jeune population. Par contre, comme une sorte de fil rouge, un trait régulier ordonne l'apparente variété des difficultés de transmission et d'appropriation des nouveaux savoirs. Il s'agit des effets produits par un maintien conjoint dans l'école, de plusieurs types de références culturelles, une sorte de « multilocation de la culture », relevant de trois ordres principaux.

Une première difficulté majeure concerne la complexité de la mise en rapport de termes appartenant à des langues différentes. En effet, la quasi-totalité des élèves (98 %) (4) s'expriment en dehors de la classe, et notamment dans leur famille, dans une des langues localement parlées au Mali – principalement le bambara à Bamako – et n'utilisent la langue française qu'à l'intérieur de l'école. La langue d'enseignement n'étant pas celle de la communication, il en résulte diverses difficultés d'ordre sémantique. Il en est ainsi, par exemple, de la notion de paludisme. Une grande partie des élèves impute justement cette maladie aux piqûres de moustiques (48 %). Une autre partie (43 %), applique comme cause à cette pathologie celles qui correspondent à sa traduction la plus courante en langue bambara. Un simple raisonnement de forme syllogistique suffit à cela : « Puisque la cause présumée de *sumaya* – entité locale supposée traduire celle médicale de paludisme – est une consommation excessive d'aliments gras ou sucrés, et puisque *sumaya* est du paludisme, donc trop de sucre et d'huile entraîne le paludisme. » Fort logiquement alors, les préventions préconisées par ces scolaires se répartissent entre l'utilisation de la moustiquaire (47 %) et une suppression des aliments incriminés (24 %) (5).

(3) Il y avait, en 1997-1998, 9 914 filles et 11 537 garçons scolarisés à Bamako en sixième année. Afin de disposer de données représentatives, nous avons échantillonné chacune des sept inspections comme représentant une strate, puis après pondération, tiré au hasard les écoles, puis les classes, puis les 1 443 élèves composant notre échantillon (709 filles et 734 garçons). Chacun des questionnaires a été passé individuellement et les questions traduites en langue locale lorsque cela était nécessaire. Les enquêtes qualitatives ont été menées, sous la forme de discussions libres enregistrées, auprès d'un sous-ensemble de cet échantillon.

(4) L'ensemble des pourcentages que nous citons dans ce paragraphe se rapporte à notre enquête

(5) Sur ces questions, nous nous permettons de renvoyer à Roger (1993), et à Jaffré et Olivier de Sardan (1999)

Une seconde difficulté provient d'un écart entre les contenus de l'enseignement et ce qui est quotidiennement vécu par les enfants. En effet, en préconisant certaines conduites conformes aux préceptes sanitaires, les messages et l'iconographie des ouvrages scolaires véhiculent aussi une image qui est celle des classes favorisées : se laver en prenant une douche, « un enfant doit dormir au calme et seul dans un petit lit », « comment changer une couche », etc. S'ajoutent alors aux précédents jeux sémantiques, et notamment lorsque les thèmes abordés concernent des pratiques quotidiennes, de multiples discordances entre les propositions scolaires et ce que l'enfant peut vivre dans l'environnement matériel de sa famille, ou même dans l'enceinte de l'école, où de manière générale, ni l'eau ni les latrines, ni les ordures ne bénéficient d'un traitement idoine aux préceptes sanitaires inculqués.

C'est ainsi qu'une grande majorité des élèves (76 %) souligne, à juste raison, que l'eau potable (*ji saniyalen*) permet d'éviter diverses diarrhées, mais définit cette eau « comme celle qui provient du robinet ». Réponse souvent exacte, mais aussi souvent limitée « à sa source », si l'on peut dire, puisque l'eau, généralement gardée dans des canaris, risque d'y perdre rapidement, de mains sales en gobelets souillés, sa vertu de potabilité. Aucun des manuels scolaires n'évoque cette question du stockage de l'eau, si ce n'est en préconisant une coûteuse, impossible et souvent dangereuse filtration grâce à des bougies poreuses. Tout référent vécu et empirique étant évacué, pour les élèves, la potabilité de l'eau reste donc définie selon son lieu de captation, et non en rapport avec sa consommation. Il en résulte, que si la quasi-totalité (82 %) de ces scolaires sait qu'il faut réhydrater un enfant souffrant de diarrhée avec une solution d'eau salée et sucrée, bien peu peuvent évoquer quelques mesures préventives correctes et localement adaptées.

De semblables difficultés, réunissant le sémantique et le référentiel, s'appliquent aussi au domaine de la nutrition, où selon une fréquente habitude pédagogique, les aliments sont présentés selon trois groupes ayant des fonctions différentes et complémentaires : « les aliments de construction », « les aliments énergétiques », « les aliments de protection ». A l'évidence, ces distinctions ne trouvent aucune correspondance dans les classifications locales des mets où l'on différencie, d'un point de vue culinaire, « le plat » et sa « sauce » ; et socialement, le repas pris en commun (*foroba dumuni*) souvent à base de céréales (*suman*), et des « plats particuliers » (*yèrè kàrà dumuni*, litt. « à côté de soi aliment ») qui, généralement composés de viande, sont ceux qui procurent du plaisir (*negelafèn*, litt. « chose de désir »).

L'accompagnement iconographique de ces livres scolaires, figurant une famille mangeant « à table », est aussi fort éloigné d'un contexte social où le repas réunit les commensaux autour d'un plat commun, le plus souvent rapidement consommé à la main, et où « bien manger » signifie avant tout « beaucoup manger » ; le trait caractéristique de l'alimentation étant l'importance accordée à la quantité (Dumestre, 1996). En ce domaine de la nutrition, faute de référents tant conceptuels que matériels, les enseignements restent vides de sens : 99,7 % des élèves ne connaissent pas l'importance d'une alimentation variée.

Enfin une dernière difficulté concerne le rapport entre le contenu de l'enseignement et une relation pédagogique, vécue, au Mali, sur le mode d'une relation sociale entre aînés et cadets. Aux premiers est dévolu l'exercice de l'autorité, y compris en usant de châtiments corporels. Les seconds doivent soumission et respect. Entre les deux, les relations doivent être distantes, et teintées de discrétion et de honte (*maloya*). Certes, l'école parfois nuance ces conduites. Cependant, ce mode de relation, souvent préjudiciable à l'enfant puisqu'il incite l'enseignant à préférer l'injonction au raisonnement, devient particulièrement actif et souverain, dès lors que sont abordées des questions « socialement sensibles » comme celles qui concernent la sexualité.

Cette composante trouve en effet bien des difficultés à être réellement enseignée, puisque ce thème ne doit « normalement » pas être l'objet de débats entre les aînés et les cadets (6), le nombre d'enfants par classe incitant peu, par ailleurs, à de dangereuses innovations pédagogiques. Ici encore l'iconographie accroît cette difficulté puisque dans les manuels – et bien que nombre d'enfants aillent nus par les rues –, par une sorte de pudeur livresque, le sexe des mannequins figurant l'humain est gommé ; la description anatomique se limitant quant à elle, à la tête, au tronc et aux membres (7). En fait, dans ces textes scolaires, la sexualité n'apparaît brièvement, lorsque le thème du sida est abordé, que sous la forme d'une prévention méfiante (8), ou de préceptes moraux concernant le mariage et la chasteté.

Les effets d'une telle situation sont nets. Si la majorité des élèves sait que le sida se transmet sexuellement et connaît l'utilité du préservatif pour l'éviter (68 %), pratiquement aucun – ni aucune bien sûr – de ces scolaires (99,7 %) ne peut définir ce qu'est le cycle menstruel, pas plus qu'il n'a de notions concernant les périodes de plus grande fertilité durant celui-ci. Pour le dire clairement, dans un pays où les études situent la ménarche entre 13 et 14 ans, et où l'âge du premier rapport sexuel se situe en moyenne, pour les filles et les garçons, entre 13 et 15 ans (Sow, 1997 ; Traoré, 1998 ; Faria, 1998), aucun des élèves ne sait planifier ses rapports sexuels.

Ces données quantitatives que confirment d'autres, obtenues dans divers pays en voie de développement – au Kenya moins de 8 % des jeunes filles pourraient repérer leur période de plus grande fécondité (OMS, 1998) ; en Jamaïque, seulement 4 % des jeunes filles sauraient que les risques de grossesse sont augmentés au milieu du cycle menstruel (Barnett, 1997) – dessinent en creux une autre conséquence. L'acquisition de ces connaissances se fait de manière informelle, et, comme au Mali, la plupart des jeunes sont informés sur la sexualité à l'intérieur de leur classe d'âge par des frères, sœurs et amis (Faria, 1998). « Connaissances » qui risquent fort d'être limitées, et parfois erronées, comme en témoigne le nombre de grossesses et d'avortements chez des adolescentes, qui pour cela sont souvent renvoyées des écoles...



Les difficultés conjuguées

D'études en projets ou programmes, quelques constatations, fort simples et évidentes, s'imposent. Elles soulignent, par exemple, que dans la plupart des pays en voie de développement, la moitié de la population a moins de 15 ans, que cette tranche d'âge est celle qui paye le plus lourd tribut à la morbidité et à la mortalité, que les avortements clandestins (9) aggravent très largement la mortalité maternelle, et que les élèves d'aujourd'hui constituent, sans doute, la majeure partie des populations inno-

(6) Forclore de la relation pédagogique, la sexualité est pourtant fort présente dans l'école, notamment dans les relations de « séduction » entre enseignants et élèves. Mais ces relations sont alors vécues comme des rapports normaux entre homme et femme, même si elles correspondent à des formes de corruption sexuelle que souligne, par exemple, la déformation du sens des MST, passant des « maladies sexuellement transmises » aux « moyennes sexuellement transmises ». Mais il est vrai que ces pratiques se retrouvent plus fréquemment dans le second cycle et à l'université

(7) Bien évidemment, le texte et les illustrations de ces manuels scolaires sont l'enjeu de débats avec diverses composantes de la société et notamment des mouvements religieux pour qui la représentation du corps et *a fortiori* des organes sexuels ne va pas sans problème. Ces modestes représentations reflètent donc divers conflits de normes

(8) Le « risque sexuel » est représenté sous les traits d'une jeune fille prostituée. Sur la question du contenu sexiste des livres scolaires, cf. Ouédraogo, 1998.

(9) Selon une démographe : « On peut légitimement penser que le recours à l'avortement est plus fréquent que l'utilisation de la contraception moderne » (Locoh, 1993)

vantes de demain. Pour cet ensemble de raisons, les sorts de la santé et de l'école sont, en grande partie, liés. Reste cependant, outre de vastes problèmes économiques dont nous ne traiterons pas ici, à résoudre deux principales questions.

La première concerne les contenus de l'enseignement. Dans ce domaine, le thème de la santé occupe une position ambiguë. En effet, souhaitant inculquer des savoirs et des conduites saines, l'école et les manuels dépeignent le monde tel qu'il devrait être, plutôt que tel qu'il est. Ils risquent, de ce fait, de proposer comme contenus d'enseignement, des situations idéales – personnels de santé affables et compétents, disponibilité des vaccins, etc. – que la réalité quotidienne dément. L'enseignement de la santé risque fort alors de prendre la forme de discours virtuels, dont la seule valeur d'usage, interne à l'école, est de permettre de réussir à ses examens. Ce qui est appris ne peut modifier les conduites, et le savoir sanitaire scolaire, n'ayant qu'une forme théorique abstraite, ou perdant son crédit dans sa confrontation au réel, se trouve remplacé par des connaissances acquises ailleurs, et se présentant comme étant adaptées aux problèmes ressentis. Qu'il suffise ici, au hasard des résultats de notre enquête, de citer l'utilisation des « médicaments par terre pour se soigner », les injections systématiques comme premier remède contre le paludisme, l'utilisation de fortes doses de chloroquine pour provoquer un avortement, etc., pour montrer les risques liés à ce problème.

La deuxième question concerne les acteurs du rapport pédagogique. En effet, si l'école est supposée éduquer des enfants puis des adolescents, c'est elle aussi, en retardant l'accès au travail ou en accroissant l'âge au mariage, qui produit la catégorie sociale d'âge (10) sur laquelle elle est supposée exercer son influence. Pour le dire simplement, il y a peu de temps, et notamment en milieu rural, les classes d'âges se succédaient « sans temps mort » : initiation ou puberté faite, les jeunes enfants devenaient socialement adultes, alors qu'actuellement, les bancs de l'école accueillent, mais de ce fait créent aussi, une population en « attente ». Ce que résume clairement une de nos interlocutrices en soulignant que « les garçons parlent toujours d'accepter des relations sexuelles. Je leur dis que je n'ai pas encore l'âge, que c'est à 18 ans que tu peux commencer ». Ce discours d'une jeune scolaire souligne la rapide mutation des conduites sexuelles, notamment en milieu urbain : l'accès à la sexualité n'est plus lié à l'acquisition rapide d'un statut social d'épouse mais est différé, parfois, comme ici, en fonction d'un âge légal, créant ainsi une sorte de latence tant physiologique que sociale. Il en résulte qu'instruite mais dépendante, pubère mais non mariée, cette population cumule alors les diverses figures des risques sociaux et sanitaires, dont pour les familles, les craintes liées à l'exercice d'une sexualité précédant le mariage.

En ce domaine précis, reste à savoir si l'école saura prendre en charge les problèmes sanitaires que, bien involontairement, elle contribue à créer. Mais globalement, améliorer l'apprentissage de la santé à l'école ne pourra se faire qu'en permettant aux jeunes scolaires d'entretenir un rapport critique avec leur propre société : comparaison entre ce qui devrait se faire et les conduites pathogènes courantes, analyse simple de quelques déterminants de santé (manger, fumer, aimer, etc.), description concrète des pratiques réelles de soin, etc. Bref, il s'agit de propositions simples, mais qui impliqueraient une modification radicale du rapport pédagogique puisqu'il ne s'agirait plus de croire un enseignant mais de connaître ensemble des questions ; d'articuler concrètement autour de quelques actions pratiques les secteurs de la santé et de l'éducation ; et surtout de s'acheminer vers une certaine congruence entre ce qui est dit et ce que l'on fait.

(10) Il est par exemple difficile de trouver en langue bambara une notion équivalente à celle de l'adolescence. Au plus proche *kamalènin* et *sungurinin* signifient de « jeunes personnes ». Ces notions ne correspondent bien évidemment pas au contenu du terme français dont les divers significés renvoient à des notions médicales, psychologiques et sociales.

Références bibliographiques

Annuaire des statistiques de l'éducation 1997-1998, 1998, ministère de l'Éducation de base, Bamako.

Barnett (B.), 1997, *L'éducation protège la santé, retarde l'activité sexuelle*, Network, vol. 17, n° 3.

Dumestre (G.), 1996, « De l'alimentation au Mali », *Cahiers d'études africaines*, 144, XXXVI-4, pp. 689-702.

Faria (I.), 1998, *Développement pubertaire et comportement sexuel des garçons en milieu scolaire hamakois*, Bamako, Faculté de médecine, thèse.

Jaffré (Y.), Olivier de Sardan (J.-P.), 1999, *La construction sociale de la maladie*, Paris, PUF.

Lange (M.-F.), Diarra (S.O.), 1998, « La diversification de l'offre et la demande d'éducation au Mali », communication présentée lors de l'atelier international *Savoir et développement*, IRD, Bondy, 25-27 mars 1998.

Locoh (T.), 1993, « Débuts de la transition de la fécondité et mutations familiales en milieu urbain africain, le cas de Lomé (Togo) », in D. Cordell *et al.* (dir.), *Population, reproduction, sociétés. Perspectives et enjeux de démographie sociale*, Presses de l'université de Montréal.

MSPAS (ministère de la Santé, des Personnes âgées et de la Solidarité), 1998, *Plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2008 (PRODESS)*, Bamako.

Ogutu (R. O.) et al., 1992, « The Effect of Participatory School Health Programme on the Control of Malaria », *East African Medical Journal*, 69 (6), pp. 298-302.

OMS, 1996, *Promouvoir la santé à l'école*, Santé du monde, 49^e année, n° 4.

OMS, 1998, *Rapport sur la santé dans le monde : la vie au XXI^e siècle, une perspective pour tous*, Genève, WHO.

Ouédraogo (A.), 1998, « Les contenus sexistes des livres scolaires : au malheur des filles et des femmes dans les manuels burkinabé », in M.-F. Lange (dir.), *L'école et les filles en Afrique*, Paris, Karthala, pp. 121-140.

Roger (M.), 1993, « Sumaya dans la région de Sikasso, une entité en évolution », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales*, Paris, Karthala-ORSTOM, pp. 83-125.

Sicard (J.-M.), Kanon (S.), Ouédraogo (L.-A.), Chiron (J.-P.), 1992, « Evaluation du comportement sexuel et des connaissances sur le sida en milieu scolaire au Burkina Faso, Enquête connaissances, attitudes, croyances et pratiques à Banfora sur 474 adolescents de 14 à 25 ans », *Annales de la société belge de médecine tropicale*, 72 (1), pp. 63-72.

Sow (Y.A.), 1997, *Sexualité des adolescents : étude sur 531 cas dans le district de Bamako*, Bamako, Faculté de médecine, thèse.

Traoré (I.M.), 1998, *Développement pubertaire et comportement sexuel des filles en milieu scolaire hamakois*, Bamako, Faculté de médecine, thèse.

La santé en situation de conflit : le cas du Congo-Brazzaville

Madeleine Yila-Boumpoto*

Depuis 1984, l'Etat avait mis en place au Congo-Brazzaville dans le cadre d'un Plan national de développement sanitaire (PNDS) une politique devant permettre la rationalisation du système de santé. Ce plan prévoyait la division du pays en circonscriptions socio-sanitaires avec chacune un ensemble de centres de santé intégrés (CSI) qui gravitent autour d'un hôpital de référence. Cette initiative devait permettre non seulement aux communautés de s'impliquer dans la gestion de leurs centres de santé, d'améliorer la qualité des soins et, partant, le niveau de l'état de santé, mais aussi de désengorger le centre hospitalier universitaire (CHU) de Brazzaville, vers lequel convergeaient tous les malades, afin qu'il puisse accomplir ses missions premières d'hôpital de référence. C'est ainsi qu'un certain nombre de CSI fonctionnaient déjà grâce à l'aide de certaines agences de coopération (GTZ, PNUD, UNICEF, l'Agence de coopération française). Mais la stratégie instaurée par le PNDS n'était pas encore totalement mise en œuvre et intégrée par l'ensemble des acteurs concernés (communautés, agents de santé) qu'éclataient les premiers conflits qui, à partir de 1994, ont entraîné la fermeture temporaire de certains CSI

Depuis 1993, le Congo a connu des conflits socio-politiques qui sont allés en s'aggravant jusqu'en 1999. Ceux-ci ont contribué à dévaster le tissu économique ainsi que les infrastructures qui étaient déjà décadentes. La dévaluation du franc CFA intervenue en janvier 1994, ainsi que les différents programmes d'ajustement structurel imposés aux gouvernements sont des facteurs qui ont aggravé l'incapacité de l'Etat à faire face aux problèmes socio-sanitaires des Congolais. L'Etat n'est plus en mesure d'assurer la gratuité des soins à ses citoyens et les différents programmes élaborés afin de corriger cette situation n'ont malheureusement pas produit les résultats escomptés. De plus, avec les conflits socio-politiques, les programmes en cours d'exécution financés par les organismes étrangers ont connu un ralentissement sinon un arrêt.

* Psychologue, université de Brazzaville

Or malheureusement le pays n'a jamais autant souffert qu'en ces années de crise : des centres hospitaliers ont été détruits, pillés et certains services ont dû être fermés. Même s'il y a eu une reprise en main de certaines activités à la faveur de l'accalmie intervenue après le 15 octobre 1997, celle-ci n'a pas permis de réhabiliter entièrement toutes les structures socio-sanitaires saccagées. De plus, celles qui n'avaient pas été touchées jusqu'alors, l'ont été au cours de la nouvelle crise armée qui a affecté le pays à partir du mois d'août 1998. Ce nouvel épisode est, selon le constat fait par les observateurs avisés, plus meurtrier que les épisodes précédents. Les pertes en vie humaine sont aussi lourdes que les pertes matérielles. Les blessés et les mutilés se comptent par centaines et les malnutris, enfants, adultes et vieillards, par milliers. En mai 1999, le nombre de personnes ayant été bloquées dans les régions méridionales touchées par les combats et qui revenaient à Brazzaville a atteint jusqu'à 4 000 personnes par semaine, et la majorité d'entre elles arrivaient dans un état de malnutrition de plus en plus sévère. Il va sans dire que d'autres pathologies se sont développées ou greffées sur cet état de malnutrition. Devant l'ampleur du désastre, les structures socio-sanitaires sont débordées à l'image du CHU dont nous avons choisi de présenter la situation à travers trois services, à savoir, le bloc opératoire, le service des soins intensifs pédiatriques (SIP), et le centre de traitement ambulatoire (CTA).

● **Le bloc opératoire de Brazzaville**

Alors qu'il avait été réhabilité presque entièrement en 1998, le bloc opératoire ne fonctionnait toujours pas comme il le devait en 1999. En effet, le CHU connaît des problèmes de trésorerie qui se trouvent encore aggravés par le coût additionnel relatif au transport aérien des médicaments et tout ce qui est nécessaire pour son fonctionnement à l'instar de l'oxygène. En effet, la voie ferrée reliant le port de Pointe-Noire à Brazzaville, qui a toujours été le principal moyen utilisé pour l'approvisionnement de la capitale congolaise, est inutilisable depuis le début du conflit de 1997, obligeant le ravitaillement de la capitale en marchandises importées par avion. Il y a alors souvent des ruptures dans la fourniture d'oxygène même si les autorités du CHU les minimisent pour être rassurantes. Ces ruptures touchent le bloc opératoire et ses services de réanimation qui n'ont jamais été autant sollicités que par ces temps de crise.

Le défaut ou les pannes de certains équipements du bloc opératoire rendent difficiles les prestations des chirurgiens qui sont obligés quelquefois d'aller réaliser certaines interventions chirurgicales dans une autre structure de soins mieux équipée, l'hôpital central des armées, ce qui nécessite alors le déplacement du chirurgien et du malade. L'affluence des blessés occasionnés par les conflits a déséquilibré le rapport entre le nombre de lits disponibles et la demande. Ce déséquilibre s'est traduit par de longues attentes avant l'administration des premiers soins. La prise en charge des malades, déjà retardée au départ entre le moment de la blessure et l'arrivée à l'hôpital, se trouve encore différée du fait du temps écoulé entre la consultation et la recherche de médicaments par les parents, le bloc opératoire n'ayant ni la vocation, ni la capacité d'en fournir. Certes, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) ainsi que d'autres organismes fournissent des médicaments au bloc opératoire mais en quantité très insuffisante pour satisfaire la demande.

Par ailleurs, la capacité des ménages à faire face aux soins s'est singulièrement réduite. Alors que selon une enquête menée par le Programme alimentaire mondial sur la situation nutritionnelle à Brazzaville en octobre 1998, les ménages, en moyenne, n'ont plus que 1,8 repas par jour, la santé se trouve exclue des priorités ; il faut pouvoir manger d'abord. Ainsi, face à une urgence aussi inattendue qu'une

amputation d'un membre rendue nécessaire par une blessure par balle ou par les éclats d'un obus, les familles sont souvent incapables de réagir dans les temps requis. Un nombre considérable de blessés sont morts avant que quelque chose ait pu être fait pour endiguer une hémorragie ou une infection. Tel est le cas de F., 27 ans, blessé par balle, qui avait traîné dans les couloirs du bloc opératoire, faute de lit et de médicaments, et dont les parents n'avaient pu être retrouvés que trois heures après son décès. Certains blessés civils de guerre ont pu bénéficier de l'aide de l'armée, mais le niveau de cette aide ne parvenait guère qu'à couvrir la moitié des besoins des malades, les parents devant compléter ce que l'armée fournissait.

Mais au-delà de l'accès aux soins et aux traitements *stricto sensu*, les familles sont confrontées à de difficiles problèmes de prise en charge. Par exemple, madame M. fut césarisée, puis amputée de ses deux jambes à l'issue d'un traumatisme occasionné par des éclats d'une roquette ; son époux, ainsi que son enfant, furent également blessés et admis à l'hôpital à la suite du même accident. Dans cette situation, la famille a dû faire face à des charges sociales, économiques et psychologiques énormes, en particulier parce qu'il est plus facile de répartir le repas entre les membres d'un ménage lorsque ceux-ci le prennent en commun que de le partager entre ceux qui sont à la maison et ceux qui sont à l'hôpital. Il en faut toujours davantage pour ceux qui sont à l'hôpital parce que souvent, des membres de la famille autres que ceux qui prennent habituellement leur repas avec ceux du ménage sont mobilisés pour assurer la garde du malade ; et comme une seule personne ne peut pas assurer la garde du malade 24 heures sur 24 heures, plusieurs membres de la famille extérieurs au ménage se relaient.

Plus l'état du malade est désespéré, plus les personnes qui viennent l'assister sont nombreuses. Ainsi, malgré toutes les mesures imposées par l'administration du CHU pour limiter le nombre de visiteurs, c'est bien souvent à l'effectif de visiteurs agglutinés à une fenêtre que l'on reconnaît les salles des malades dans un état très critique. Le bloc opératoire et le service de réanimation ne dérogent pas à cette règle. Etant donné qu'il n'y a guère de possibilité d'entrevoir le malade (il n'y a pas de fenêtre), les visiteurs restent dans les couloirs. Et la nuit, des dizaines de personnes couchent dans les couloirs pour « garder » le malade, exposés aux moustiques, au froid et aux infections. Si cette pratique peut sembler aberrante du point de vue de l'observateur étranger, elle est pourtant significative d'une manifestation de solidarité avec des malades entre la vie et la mort.

● Les centres de soins pour enfants

Les conflits armés ont été à l'origine de nombreuses situations de malnutrition. Les combats dans la capitale ont contraint les populations à quitter leur domicile, souvent à se réfugier dans la campagne environnante, sans aucune ressource pour s'alimenter. En novembre 1998, on estimait à 32 000 le nombre de personnes vulnérables nécessitant une assistance dans la seule ville de Brazzaville, dont la majorité était des enfants abandonnés, des orphelins et des personnes âgées. Durant ce seul mois de novembre 1998, 4 892 personnes, dont 61 % d'enfants, ont été reçues dans vingt-deux centres de récupération nutritionnels. A partir de décembre 1998, cette situation catastrophique s'est encore aggravée avec le retour progressif à Brazzaville des familles qui avaient initialement fui les combats des quartiers sud de la capitale (Bacongo et Makélékélé), et l'afflux vers la capitale des populations des régions sud du pays où se poursuivaient des affrontements.

Il faut souligner ici la forte mobilisation des organisations humanitaires comme le PAM, le CICR, l'UNICEF, le HCR, MSF, Caritas, la Croix-Rouge française, Action contre la faim, ACTED, et les autres organisations caritatives reli-

gieuses dont les programmes sont soutenus financièrement par l'Union européenne, l'USAID, Oxfam, l'Agence française de coopération ; mais cette mobilisation paraît toujours insuffisante étant donné les besoins surtout nutritionnels des populations, les enfants constituant le groupe le plus vulnérable.

Depuis que les organisations humanitaires ont ouvert des centres de récupération ou de supplémentation nutritionnelle, c'est par milliers que se chiffre le nombre d'enfants reçus. En 1999, ces centres ont reçu entre 300 et 800 enfants par mois, un grand nombre de ces enfants sont gardés dans les centres plusieurs jours en raison de leur état de dénutrition avancé. Les critères de sélection des enfants dans ces centres sont devenus de plus en plus drastiques pour permettre d'atteindre les plus malnutris, laissant ainsi les autres enfants, et leurs parents, dans un désarroi d'autant plus grand qu'ils ne comprennent pas l'exclusion dont ils font l'objet. De plus, des enfants ayant bénéficié des mesures de « récupération nutritionnelle » étaient parfois exposés à des risques de rechute du fait de l'incapacité des familles, alors réinstallées dans leurs maisons ou dans des sites de réfugiés, à s'offrir une alimentation satisfaisante, notamment parce que le prix des denrées alimentaires avait doublé. Par ailleurs, certains parents en sont venus à incriminer les « médicaments » donnés par les centres, car les enfants étaient bien souvent victimes de diarrhées simplement parce qu'ils ne pouvaient bénéficier d'un régime alimentaire adapté au traitement. Les douze centres de récupération existants alors à Brazzaville apparaissent bien insuffisants.

D'une manière générale, certaines populations ont vécu dans un état de sous-alimentation chronique pendant plus d'un an. Les maladies diarrhéiques, le paludisme, les infections respiratoires sont très courantes parmi ces populations et notamment chez ces enfants qui sont restés sans soins et ont vécu dans des conditions misérables. Or, plus le temps passe, plus il devient difficile de sauver ces enfants. C'est dans cette catégorie que se recrutent les enfants qui arrivent le visage tuméfié, les jambes œdémateuses, avec des plaies purulentes et tous les signes d'une malnutrition sévère au service des soins intensifs pédiatriques (SIP). Le SIP, seul service de réanimation pour enfants à Brazzaville, est souvent débordé ; certains enfants sont sauvés, mais un nombre considérable meurt parce qu'ils arrivent trop tard.

Pour être plus efficaces, les organisations humanitaires devraient pouvoir accéder aux localités où ont eu lieu les combats, ou du moins s'en rapprocher le plus possible. C'est ainsi que MSF a implanté un centre de supplémentation nutritionnelle à 15 kilomètres au sud de la capitale. Mais c'est dans toutes les régions qu'il faudrait pouvoir mener des actions qui se sont limitées jusqu'alors à Brazzaville. Les populations vivant en dehors de Brazzaville sont difficilement accessibles, du fait de l'interruption du trafic ferroviaire et routier, mais aussi en raison de la poursuite d'affrontements sporadiques. Ces populations n'ont plus accès aux soins, les centres de santé et les hôpitaux dans les régions ayant été généralement saccagés, et ont d'innombrables difficultés pour accéder aux structures sanitaires brazzavilloises, même lorsque leur zone a été « pacifiée ».

Le SIP est assisté par le CICR pour l'approvisionnement en médicaments, mais ce soutien, là aussi, reste largement insuffisant. De plus, il est confronté à d'autres difficultés : certaines sociétés, par exemple pour la fourniture d'oxygène, exigent le paiement des factures impayées pour poursuivre leur livraison ; à cela s'ajoutent les difficultés de transport entre Pointe-Noire et Brazzaville pour l'approvisionnement du centre.

Là aussi les parents sont incapables de faire face aux soins exigés par les enfants admis au SIP. D'ailleurs certains de ces parents souffrent aussi de malnutrition et manquent de tout. Prenons l'exemple de madame L. qui résidait dans une localité située à une centaine de kilomètres de Brazzaville. Elle est arrivée à Brazzaville dans un convoi de déplacés avec ses enfants mais sans son mari ni sa mère qui

avaient fui dans une autre direction qu'elle quelques semaines auparavant. L'état de son plus jeune enfant était désespéré ; dès son arrivée elle est conduite au SIP par un membre d'une organisation humanitaire, mais l'enfant ne survivra pas. Et la jeune femme de se retrouver devant le SIP, avec sa fille de 5 ans, ne sachant où aller ni comment regagner le camp de transit d'accueil des réfugiés. C'est grâce à l'opiniâtreté d'un passant que madame L. a été orientée au siège du CICR qui a assuré son retour au camp de transit.

Engagées dans l'assistance d'urgence aux personnes déplacées, les organisations humanitaires ne peuvent pas toujours répondre à des situations comme celle-ci, ce qui pose le problème du suivi des personnes déplacées. Cet exemple nous montre tout autant la tâche ardue des organisations humanitaires que leurs limites. Ceci montre également la nécessité pour les réseaux d'ONG et d'associations nationales de s'impliquer davantage dans les programmes d'assistance initiés par les organisations humanitaires, comme le font le Mouvement catholique des femmes africaines pour la paix (MOPAX) ou des programmes initiés par les confessions religieuses. Les ONG et associations nationales tentent certes de s'impliquer dans l'assistance aux personnes déplacées. Cependant, leurs activités (dons de sacs de riz, de vêtements, etc.) sont trop ponctuelles pour être significatives. De plus, nombre d'associations d'entraide ne fonctionnent plus, soit parce que leurs membres ne s'acquittent plus de leurs cotisations, soit parce qu'ils sont dispersés, soit encore parce qu'ils sont eux-mêmes victimes des conflits.

● Le sida amplifié et banalisé

Le nombre de personnes infectées par le VIH/sida se situerait en 1999 à 86 000 (1). Le nombre de décès dus au sida s'établissait à 11 600 en 1999 selon une estimation haute. Les chiffres indiquent bien une augmentation continue de l'épidémie de VIH/sida au Congo, mais très certainement en deçà de la réalité selon le chef du Programme national de lutte contre le sida (PNLS), entre autres en raison des viols perpétrés pendant le conflit. En effet, selon des témoignages concordants, des centaines de jeunes filles et de femmes ont été violées, souvent par des individus armés, et ce jusque dans les lieux où elles étaient censées être protégées. L'opinion congolaise entière est informée de cette situation, tout comme elle est consciente du lien existant entre les viols, les risques d'exposition aux MST/sida, et les grossesses non désirées.

Mais ces violences sexuelles, considérées comme des corollaires des conflits, finissent par être banalisées : de même que les viols ont été multipliés à la faveur des conflits armés, on estime qu'ils vont disparaître ou revenir à leur niveau initial avec le retour de la paix. La question du sida est elle-même également diluée. Les organisations internationales qui soutenaient la lutte contre le sida ont dû accorder la priorité aux problèmes immédiats de la population ; et le gouvernement a dû mettre au centre de ses préoccupations les questions de sécurité. Ainsi, les quelques actions relatives au domaine du sida se limitent désormais à quelques séances d'information et d'éducation, et à quelques séminaires de réflexion sur un aspect de la maladie. Il n'y a plus guère d'activités de recherche, et la prise en charge des personnes atteintes pose de nombreux problèmes comme le montrent les activités du centre de traitement ambulatoire (CTA) de Brazzaville, hôpital de jour pour les personnes infectées par le VIH créé en 1994.

Réhabilité grâce à la Croix-Rouge française et avec le soutien financier d'Elf-Congo, le CTA a repris ses activités en mai 1998 pour « soulager les souff-

(1) A 120 000 selon une estimation haute.

frances des malades à tous les stades de la maladie ». Mais au regard des statistiques communiquées par le CTA, il y a lieu de s'inquiéter du sort des malades du sida. En effet, parmi les 800 malades enregistrés au CTA en 1997, près de la moitié étaient décédés en 1999 ; durant le seul mois de mai 1998, 33 patients sont décédés sur les 59 reçus. Le nombre de décès parmi les malades du CTA ne cesse d'augmenter, même si la formule adoptée désormais pour accéder à la prise en charge par cette structure s'est assouplie. En effet, les malades abonnés au CTA devaient verser initialement une cotisation mensuelle de 5 000 francs pour bénéficier des médicaments et des prestations de la structure. Actuellement, le malade paie 5 000 francs au titre des frais d'ouverture du dossier, doit verser 1 000 francs CFA à chaque consultation, et 2 000 francs CFA en cas d'hospitalisation de jour. Ces tarifs restent pourtant trop importants pour les malades, surtout lorsqu'ils sont en phase terminale, comme nous l'explique madame L. : « avant, on ne payait pas, maintenant, il faut toujours donner de l'argent pour être accepté [consulté] par le docteur. Et puis, il faut chercher l'argent du car [bus] ! Quand on ne travaille pas comme moi, vous voyez, c'est difficile ! même si tu trouves l'argent, tu es obligée aussi d'acheter la nourriture des enfants... [il] faut qu'on nous aide ! ».

L'appel à l'aide de cette patiente pourrait être celui de beaucoup de malades du CTA dont le suivi risque de ne pas se faire régulièrement et convenablement. Même si le CTA reçoit des dons en médicaments de la part de certaines organisations, il faudrait envisager davantage d'assistance pour mieux soutenir les malades du sida. L'idéal serait pour cette catégorie d'arriver à la gratuité des soins ; ce qui nécessite des subventions de la part du gouvernement. Or, le peut-il aujourd'hui ?



Etat de santé et état de crise

Il n'y a pas de meilleur révélateur de l'état de crise d'une nation que l'état de santé de ses citoyens. Si l'on peut espérer améliorer la situation socio-sanitaire avec la reconstruction qui suit la cessation des conflits, on peut cependant s'inquiéter de l'état de santé global ultérieur, c'est-à-dire physique et surtout mental des Congolais, surtout, s'agissant de ceux qui sont encore dans les premières phases de leur développement psychologique, à savoir les enfants. De plus, quelles seront les conséquences sur la santé de la reproduction, de tous les viols qui ont été perpétrés et des risques de contamination par le VIH/sida qui y sont liés ? Autant de questions qui pèsent lourdement sur l'avenir du Congo-Brazzaville.

Les « médecines africaines » et le syndrome du prophète

L'exemple du Congo

Joseph Tonda*
et **Marc-Eric Gruénais****

A côté de la biomédecine dont la pratique est censée être fondée sur un savoir rationnel et scientifique construit au Nord, on sait que la médecine dite « traditionnelle » reste particulièrement prisée en Afrique, tant en milieu urbain qu'en milieu rural, et par des populations de tout statut social. Cependant, la dichotomie « médecine traditionnelle »/ « médecine moderne », comme la notion de pluralisme médical qui sert généralement à la traduire, sont insuffisantes pour rendre compte de la complexité de l'univers des dispensateurs de soins.

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Organiser la santé

273

La médecine qualifiée de « traditionnelle » est en réalité constituée par une diversité de savoirs et de pratiques dont l'unité et la « traditionnalité » sont bien difficiles à saisir. Le terme « guérisseur », qui a été traduit dans le lexique de l'OMS par le terme « tradipraticien » (1) ne recouvre que très imparfaitement les oppositions entre le savant (écrit, expérimental) et le populaire (non écrit, empirique), entre la modernité et la tradition, entre la ville et le village. On rencontre des « tradipraticiens » lettrés et vivant en ville, des médecins-guérisseurs (2), des infirmiers installés dans les quartiers et pratiquant une « médecine traditionnelle » ou une « médecine révélée » qui conduira à une « guérison divine », ou encore des prophètes guérisseurs qui attirent dans leurs congrégations nombre de malades qui se considèrent en échec thérapeutique. Il faut compter aussi avec l'engouement actuel pour la « médecine chinoise » (pratiquée par des spécialistes africains), la « médecine naturelle », voire pour la « médecine biocosmétologique », la « foudrologie », ou autres pratiques

* Sociologue, université de Libreville.

** Anthropologue, IRD/SHADYC, Marseille.

(1) Les mots ont toujours joué un rôle important dans les caractérisations occidentales du champ thérapeutique et religieux en Afrique subsaharienne. Eric de Rosny écrit à ce sujet : « Au temps de la colonisation, le mot médecine n'était pas appliqué à ces pratiques traditionnelles. La seule médecine jugée digne de ce nom était « La Médecine » tout court, adaptée aux conditions morbides de l'Afrique, et considérée comme un secteur d'un tout monolithique que les écrits des années trente appellent sans ironie : « La Civilisation ». Ceux que l'on appelle maintenant des « médecins traditionnels » [...] étaient rangés parmi les sorciers, les charlatans ou les féticheurs, selon qu'il convenait de privilégier leur côté dangereux, trompeur ou naïf », *L'Afrique des guérisseurs*, Paris, Karthala, 1992, p. 26.

(2) A l'instar de ce médecin brazzavillois que nous avons rencontré, qui était chef d'une clinique privée, formé à Bordeaux, et qui proposait à ses malades de choisir entre « traitements traditionnels » et « traitements modernes », affichant lui-même des compétences dans les deux types de « médecines ».

« hygiénistes naturopathes » dont les découvertes sont parfois fondées sur des « recherches » qui donnent lieu à des rapports d'observation adressés à l'OMS et aux professeurs de renom du Nord pour validation ! On comprendra alors combien l'expression « médecine traditionnelle » utilisée pour qualifier tout ce qui ne relève pas de la biomédecine est simplificatrice.

Toutes ces « médecines » sont identifiables en première approximation à partir de légitimités différentes (médicale, religieuse, chinoise, traditionnelle, etc.), mais entre lesquelles il n'y a pas de continuité. Des passerelles, reliant chaque structure, chaque thérapeute, chaque théorie ou chaque pratique, existent de manière positive ou négative, mais dans un processus ininterrompu de négociations. La notion de « médecines africaines » pourrait désigner, dans cette perspective, toutes les médecines pratiquées par des Africains, y compris certaines pratiques de médecins et d'infirmiers. Or, de plus en plus, surtout en Afrique centrale où le christianisme s'est enraciné et a pu donner lieu à des « réappropriations » particulières des messages bibliques, ces médecines africaines, tous référents confondus, sont de plus en plus habitées par la religiosité, et les praticiens, tentés par le « syndrome du prophète ». Dans ce qui suit, nous présentons quelques figures congolaises de « médecins africains » jouant sur plusieurs registres et mus par ce syndrome du prophète.



Un prophète militaire, thérapeute et bureaucrate

Ancien militaire de l'armée française, Demba Esaïe a ses premières visions sur le front en Indochine, annonciatrices d'une élection divine, et qui le conduiront à exercer ses dons de guérison ultérieurement. Démobilisé, il devient receveur des Postes et Télécommunications ; il est également adepte de l'Eglise évangélique du Congo. Demba entrera bientôt en conflit avec les responsables protestants de Brazzaville, hostiles aux pratiques de « guérison spirituelle », et sera marginalisé au sein de l'Eglise évangélique du Congo. Il s'installera alors comme spécialiste indépendant à son domicile où il commence à recevoir des personnes aux prises avec les petites et grandes souffrances de la vie. Demba fait connaissance de missionnaires pentecôtistes français et devient le principal animateur de ce mouvement à Brazzaville, jusqu'au moment où, là encore, il sera condamné par les pentecôtistes français pour « pratiques non conformes à la Bible ». Nous sommes au début des années soixante-dix.

Demba continue cependant de prophétiser et réalise des guérisons « miraculeuses ». La première est celle d'une femme condamnée à la stérilité après une intervention chirurgicale malheureuse ; grâce aux réunions de prière qu'organise Demba, elle parvient de nouveau à concevoir. En 1968, Dieu enjoint Demba de fabriquer des briques qui devront lui servir à « construire une maison dans une parcelle » ; cet appel divin était un autre signe. En 1971, Demba obtient de la municipalité de Brazzaville une parcelle où il peut construire une chapelle. Le 27 octobre 1972 a lieu le premier baptême sous l'égide du prophète Demba Esaïe, et son mouvement, baptisé Eglise des assemblées de Dieu de Pentecôte, s'implante progressivement sur l'ensemble du territoire congolais.

Fortement structurée et hiérarchisée sur le plan bureaucratique, l'église de Demba Esaïe trouve dans le pouvoir de l'écriture une des ressources essentielles de son identité. La « permanence », organisée pour recevoir les malades, est emblématique de la rationalité bureaucratique qui caractérise ce mouvement. Le terme même de « permanence » est bibliquement référencé : s'il y a permanence, c'est « parce qu'il n'y a pas une heure prévue pour traiter les malades, à l'exemple de la pratique de Jésus qui guérissait même le dimanche ; c'est pour cette raison que Jésus

avait des problèmes parce que, selon lui, la Loi n'a pas de contrainte sur la guérison ». La « permanence » est conçue à l'image d'un bureau administratif dont les membres sont disposés suivant le rang qu'ils occupent dans la hiérarchie de l'Église : à droite d'une table centrale, sont disposés d'abord les diacres, puis les évangélistes « imposeurs de mains », et les confesseurs, de sexe féminin. Face aux malades venus pour le « diagnostic », sont placés des pasteurs aux fonctions différenciées : les « releveurs de prophéties », puis ceux qui ont le « don de révélation ». A l'arrière, des rangées de bancs accueillent les malades qui attendent d'être consultés. Sur un registre, méticuleusement tenu, sont consignés pour chaque malade, la date de consultation, l'âge, le lieu de résidence, la profession, le « diagnostic » (3), et la plupart du temps le verset biblique correspondant à la situation du malade. Cette structure bureaucratique-hospitalière qu'est la « permanence » imite le « service d'accueil » de l'hôpital : elle propose une première consultation, publique, avant que le malade ne soit orienté vers des « prophètes » auxquels reviendra le rôle de la « localisation de la maladie et de ses différentes causes », du suivi du cas, avec éventuellement convocation de la famille à l'église dans un processus de désenvoûtement du patient. Un pasteur de l'église nous confiait : « Dans les cas où la responsabilité du mal est attribuée à la famille, nous la convoquons. Nous demandons aux membres de la famille de se confesser à tour de rôle, de dire la vérité afin d'éliminer la haine. » Le parent qui a agressé dans le monde invisible la victime et l'a ainsi rendue malade peut être alors désigné ; le « coupable » doit alors reconnaître publiquement son méfait, et cracher un peu de sa salive sur le malade-victime. La sincérité de cet acte de « libération » du malade est « vérifiée » par des pasteurs thérapeutes, qui menacent alors généralement l'accusé de la responsabilité qu'il encourt si jamais, après ce rituel censé ouvrir la voie de la guérison, le malade arrivait à mourir ; en effet, la mort du malade équivaldrait à désigner définitivement le « coupable » alors identifié comme sorcier impénitent, attaché à nuire systématiquement à son prochain, ce qui l'expose, au mieux, à une condamnation divine, mais plus généralement à des représailles physiques de son entourage et qui apparaîtront alors parfaitement justifiées aux yeux de la communauté.

Pour ce type d'églises de guérison, qui sont légion dans les grandes villes africaines, la maladie, selon un de nos interlocuteurs, « c'est la présence d'un démon dans le corps. Le démon est un être infiniment petit qu'on n'arrive pas à voir au microscope ». Certes, pour que ce « démon » agresse une personne, il faut par exemple que la victime ait posé des actes répréhensibles qui ouvrent la voie à une agression potentielle, ce qui sous-entend évidemment que les « véritables chrétiens », qui suivent l'ensemble des enseignements du Christ, sont « protégés » ; mais il y a aussi « l'action des hommes », c'est-à-dire celle des sorciers, êtres par nature mal-faisants, qui cherchent leurs victimes dans leur réseau d'interconnaissance (parents, collègues de travail, etc.), et qui savent utiliser les « démons » à leur profit pour rendre malade et conforter ainsi leur pouvoir de sorcellerie.

Fait caractéristique de ces églises de guérison, elles affichent rarement des spécialisations thérapeutiques. Ainsi, les pasteurs de l'église de Demba Esaïe affirment soigner « toutes sortes de maladies : maladie mentale, cancer, sida, envoûtement, célibat ». Résumant l'activité de l'église, le président de la permanence de Brazzaville soulignait : « Tout le monde vient ici : les païens, les catholiques, les protestants, les membres de diverses sectes, les malades des hôpitaux, etc. » ; un de nos informateurs affirmait y avoir rencontré le responsable d'une célèbre clinique de Brazzaville qui souffrait de « maux de tête ».

(3) La nature des diagnostics sont pour le moins extrêmement variables, on pouvait lire sur les registres, par exemple, des raisons de consultation aussi variées que « paludisme », « bronchite », « malchance », « envoûtement », « mauvais rêves », « stérilité », etc.



La vocation de Simon

Monsieur Simon a 39 ans lorsque nous le rencontrons. Scolarisé jusqu'en troisième, il se définit lui-même comme « tradipraticien » et dirige un « cabinet » qui fait également office de « pharmacie ». Son père, évangéliste et devin-guérisseur, avait très tôt remarqué ses dons et lui avait enseigné les vertus de certaines plantes. Simon, très jeune, avait consigné l'enseignement de son père sur un cahier, mais, dit-il, celui-ci ne lui avait rien appris sur les « tisanes de protection » dont l'utilisation était alors interdite par les évangélistes, mais aussi parce qu'il craignait que son fils en fasse un mauvais usage. Plus tard, Simon fut nommé « secrétaire à la médecine traditionnelle » dans une église protestante à Brazzaville où il améliora ses connaissances en accompagnant des vieilles femmes, membres de l'église, qui allaient recueillir, en transe, des plantes dans la forêt. Puis Simon devint commerçant-transporteur. Son enrichissement rapide grâce à cette nouvelle activité suscita des jalousies familiales qui furent à l'origine d'une maladie ; les conflits familiaux et la maladie l'obligèrent à cesser son activité lucrative et Simon se retrouva simple chauffeur.

Un jour, il eut à conduire un mourant à l'hôpital. Une « voix » lui indiqua alors les plantes à utiliser pour soigner ce malade qu'il parvint à guérir. A la suite de cet épisode, il fut submergé de demandes, et abandonna son métier de chauffeur pour « s'installer ». Même si aujourd'hui il déclare gagner beaucoup moins d'argent qu'auparavant, il se sent pleinement satisfait de sa « vocation ». Dans sa pratique, il distingue « les maladies artificielles » qui sont « fabriquées » (maladies dues à une agression magique) et « les autres maladies ». Les produits qu'il utilise (feuilles, écorces, racines, etc.) sont collectés selon les règles traditionnelles réinterprétées en fonction d'un discours scientifique. Ainsi, les feuilles à utiliser dans les remèdes doivent être recueillies tôt le matin, car au-delà de 9 heures, les principes actifs contenus dans les feuilles « descendent dans les racines, ne laissant que l'amidon » ; ou encore, toutes les plantes médicinales ne peuvent être séchées avant d'être réduites en poudre car les rayons du soleil affaiblissent les principes actifs qu'elles renferment. Ses remèdes, composés à partir de plantes qu'il a recueillies et réduites en poudre, sont conservés dans des flacons, tous étiquetés et disposés sur les rayons de sa « pharmacie ».

Simon reçoit les malades dans son « cabinet ». Avant les séances de soins, il prie, seul ou avec les malades. Après avoir procédé au « diagnostic », notamment pour savoir s'il s'agit d'une maladie « artificielle » ou non, il prescrit à ses patients des produits de sa « pharmacie », à des prix très abordables précise-t-il, dont il consigne la posologie sur un papier qu'il remet aux malades. Simon se réfère souvent aux ouvrages de l'Organisation mondiale de la santé sur la médecine traditionnelle : il confronte son savoir aux informations contenues dans ces ouvrages, tout en reconnaissant que les connaissances de l'OMS en la matière sont beaucoup plus limitées que les siennes.

Simon, dont la pratique apparaît tout entière calquée sur le modèle de la consultation médicale, n'est pas épargné par le syndrome du prophète. Héritier du savoir « traditionnel » de son père, il inscrit résolument sa pratique dans le registre religieux en reconnaissant que la « voix » qui lui indique les plantes à utiliser dans ses remèdes est la voix divine, et, on l'a vu, la prière avec ses malades fait partie intégrante de sa pratique de soins. Cependant son cabinet ne saurait être considéré comme un lieu de culte ; il a bien plutôt toute l'apparence d'un petit dispensaire, puisqu'il est même équipé d'un « laboratoire ». Simon, qui insiste sur sa vocation en faisant remarquer que l'enrichissement matériel n'est pas son objectif, a largement recours à l'écriture et dit « faire des recherches » ; l'utilisation des ouvrages de l'OMS témoigne d'ailleurs de sa volonté de se présenter comme un tradipraticien moderne.

● **Ferdinand Ngoubili, magicien, spécialiste de l'addition des registres**

Le thérapeute mû par le syndrome du prophète ramasse dans une logique du cumul toutes les interprétations, ordonnancements et réorganisations qui parcourent l'univers de la maladie. Tirant de sa possession du capital lettré le pouvoir et la liberté de faire chevaucher des connaissances ressortissant à des champs d'ordinaire séparés, il peut ainsi additionner des fonctions de prêtre, de pharmacien, de nutritionniste, de théologien, de médecin, d'exorciste, et apparaître en définitive comme un magicien. Le cas de Ferdinand Ngoubili illustre cette situation.

Inspecteur de l'enseignement primaire, Ferdinand Ngoubili est l'exemple type de ces individus mus par l'ambition de la connaissance totale, valorisant à l'extrême le savoir écrit, et qui s'affirme investi d'une mission aux accents bibliques : « Mon peuple souffre et meurt parce qu'il lui manque la connaissance... Il n'existe pas de maladie, mais plutôt des malades d'une seule maladie, et cette maladie c'est l'ignorance et l'inobservation de la loi naturelle. » Il en prend pour preuve la mise à mal des travaux scientifiques face au défi posé par le sida, et qui se trouvent dans une impasse précisément en raison d'un « manque de connaissance », défi que lui, Ferdinand Ngoubili, parvient à relever.

Ses prétentions à guérir le sida, en particulier, mais aussi toutes les maladies en général, s'accompagnent d'un discours et de pratiques ressortissant à la fois à la théologie et au scientisme. Ngoubili publie des articles dans la presse et édite des brochures sur les vertus de l'ail, de l'oignon, du citron, de l'argile, etc. Il tient une « maison de santé » à l'extérieur de laquelle des panneaux affichent ses spécialités :

« exorcismes, désenvoûtements, sortilèges et ensorcellements provoqués, possessions diaboliques, aromathérapie, colorothérapie, musicothérapie, jeûne et prières, exercices de respiration, le sourire, les encens, le soleil, l'astrologie, toute souffrance vient de l'ignorance, la plus grande maladie vient de l'ignorance, la numérologie, le miel, la pierre noire, le bracelet en cuivre, la digitopuncture, le pendule radiesthésique, fluidique, la macrobiotique, l'eau, pierres précieuses ou non qui guérissent, plantes du Congo et d'autres pays, oligo-éléments de ces plantes (oligothérapie), vente d'objets spirituels et de cassettes ésotériques ».

Sur un autre tableau on peut lire :

« Quelques problèmes traités ici : adversité, affaires désespérées, affaires embarrassantes, âmes égarées, anémie, faire cesser la calomnie, captivité, clientèle perdue, commerce, maladies contagieuses, criminels (contre les), dangers graves, ennemis connus, ennemis invisibles (discerner), esprits mauvais (contre), faveurs quelconques, fièvres, foudre, mariage, membres (maladie des), objets perdus, pauvreté, peau (maladie de la), persécutions acharnées, plaies, poitrine (maladie de la), possession, réussite (emplois, examens, concours, époux ou épouse), sang (maladie du), voyage, réunir un couple en discorde, promotion sociale ou professionnelle, grande protection contre les forces du mal, victoire sur une mauvaise habitude, alcool, tabac... » (4)

Ngoubili est le praticien du cumul. Se disant également « prêtre », il a conçu sa salle de soins comme un lieu de prière collective où l'on trouve des images diverses, un oratoire avec des bougies de couleurs différentes, de l'encens. Tous ces éléments de culte servent à neutraliser les mauvaises influences, les « basses vibrations du milieu », et à faciliter l'accès au « monde divin » ; la fumée des bougies et l'encens permettent d'attirer de très nombreuses « entités positives », médiateurs entre les hommes et Dieu, informateurs des entités divines sur les souhaits des hommes.

(4) Les points de suspension à la fin de la liste figurent sur le panneau en question.

Dans sa fonction de « prêtre », Ferdinand a besoin d'obtenir des conversions. Le travail de production de la foi se fait ainsi par la présentation aux nouveaux malades des registres de témoignages où l'on peut lire des textes à l'exemple de celui-ci : « Je remercie le Seigneur Dieu tout-puissant de m'avoir guéri de ma maladie et ce par l'intermédiaire de notre frère bien-aimé Ferdinand Ngoubili. Quand j'étais venu en consultation ici, je faisais de la diarrhée depuis plus de deux ans, elle s'arrêtait et reprenait ; je faisais de la fièvre un jour sur deux, je perdais mes cheveux, je faisais aussi un zona, j'étais complètement maigre comme un squelette et la médecine m'avait attribué le sida. Grâce aux conseils du frère Ferdinand et son traitement, j'ai recouvré ma santé et comprends maintenant que Dieu peut guérir toutes les maladies sans exception aucune. Qu'Il soit loué et je lui rendrai grâce de tout mon cœur. »

Ses traitements de la maladie incluent des prières lues par les malades ou leurs parents, et le travail de Dieu qu'il réalise est inséparable de sa fonction d'exorciste. D'après Ferdinand, aucun traitement « naturel » ne saurait être efficace sans exorcisme. L'exorcisme permet de « dégager psychiquement, donc spirituellement, le malade de toutes les scories et de tous les miasmes du monde invisible constitués par tous les sorts jetés sur l'individu par autrui ou par une action d'auto-empoisonnement résultant d'une mauvaise vie, d'une vie en désaccord avec la loi de la nature : débauche, sensualité abusive, mauvaise pensée, mauvais sentiments... [L'exorcisme] nettoie littéralement les nœuds profonds de la maladie en donnant libre cours à l'installation et l'instauration d'une santé inaltérable ». Alors, à l'instar des médecins, il rédige des ordonnances, prescrivant aux malades ascèse et prières appropriées à leur cas. Mais parce qu'il est dans un rapport de connaissance conflictuel avec le corps médical, il interdit tout bilan médical ou autres examens susceptibles de « développer un doute sur la guérison divine qui peut être soit automatique, soit étalée en plusieurs années selon la nature de chaque client ». Le sida est tout particulièrement concerné par cette interdiction. Il reconnaît que des malades peuvent mourir même en suivant un de ses traitements, parce que « personne ne peut aller à l'encontre de Dieu si telle est sa volonté : lorsque l'horloge de la destinée a sonné, plus rien ne peut être entrepris ! ».

Dans ses publications, Ngoubili refuse l'appellation de guérisseur ou de spécialiste de la médecine traditionnelle ; son combat est tout entier tourné vers la « revalorisation des médicaments congolais », aussi appelés « phytomédicaments ». Informé sur les médecines « douces » européennes, il est un ardent défenseur de la « naturothérapie », déclinant à l'envi les vertus de l'oseille, du maïs, de l'oignon, de l'ail, etc. Ainsi, dans un long article consacré exclusivement au chou, on peut lire : « cultivé depuis plus de 4 000 ans en Europe, [le chou] est constitué de fer, cuivre, magnésium, iode, arsenic, chlorophylle, sels minéraux, toutes les vitamines nécessaires à l'homme (vitamines A, B1, B2, PP, provitamines)... Grâce à sa riche teneur en chaux, arsenic et iode, le chou est un précieux remède pour les rachitiques, les tuberculeux, scrofuleux, anémies (favorise la production de l'hémoglobine grâce à la chlorophylle). Pour les maladies de bronches et du poumon, il désinfecte et calme grâce au soufre qu'il renferme. C'est un lubrifiant pour toutes les muqueuses. C'est un vermifuge et traite aussi dysenterie, l'entérite, les néphrites. C'est un reminéralisant conseillé pendant la maternité et aux anémiques. Le jus de choux désinfecte les intestins, chasse les vers, dissout les calculs et les dépôts arthritiques et guérit les ulcères de l'estomac. On le recommande contre l'ivresse... » (5).

Egalement « pharmacien », il classe ses « médicaments » en les dotant d'un code dont le déchiffrement relève de sa seule compétence. Parce que Ferdinand est un lettré, que ses fonctions doivent se distinguer de celles des guérisseurs tradition-

(5) Ferdinand Ngoubili, « Le chou », *Congo Magazine*, 23, juillet 1989.

nels illettrés, une grande partie de son travail consiste en la rédaction de textes indiquant la posologie de ses remèdes. Egalemeut nutritionniste, il prescrit des régimes alimentaires à ses malades, notamment ceux infectés par le VIH auxquels il impose une « ascèse nutritionnelle » qui se justifie par le fait que « le contemporain vit d'excès alimentaires et se nourrit plus d'aliments anti-naturels (viandes, boissons alcoolisées) que naturels », l'alimentation carnée étant généralement proscrite. Ce type de discours qui s'en prend aux méfaits de la société de consommation se complète d'un autre, à caractère spiritualiste, soulignant le poids des « prédispositions spirituelles maléfiques dans les chances d'apparition des maladies ».

Sa maison de santé dispose d'une salle d'accueil, d'une salle de soins, d'une pharmacie, d'une salle de consultation, même si, comme nous l'avons déjà dit, ces différentes salles confinent aussi à des lieux de culte. Mais Ngoubili n'imité les médecins et leurs structures que pour mieux s'y opposer. Ainsi, lorsqu'il rédige son rapport sur chaque malade, il recommande non seulement un exorcisme, mais aussi un renoncement aux soins biomédicaux, pour y substituer un « régime naturel, végétarien ». Des témoignages de guérison d'hommes d'affaires, de conseillers culturels d'ambassades, de fonctionnaires, etc., soigneusement disposés dans des albums de photos, sont exhibés comme des cartes de visite.

● **Des personnels de santé face à la tentation pentecôtiste**

Les personnels médicaux exerçant dans des structures de soins officielles ne sont pas épargnés par le syndrome du prophète. Par exemple, invité à se prononcer sur l'efficacité de la « guérison divine », un médecin congolais de 55 ans, catholique, affirmait : « Dieu a toujours guéri. Le Seigneur se sert de nous, les médecins, pour administrer ses soins. L'intelligence humaine a créé le bébé éprouvette sans doute, mais la vie est donnée par Dieu... En mon for intérieur, je crois que Dieu existe. Lui seul peut guérir... C'est Dieu qui dit "tel cas peut guérir, tel autre ne peut pas". L'intelligence humaine est rétrécie et Dieu seul sait ce que nous voulons, ce que nous devons faire. Toutes les épidémies qui ont décimé le monde, la rage, la tuberculose et maintenant le sida, les chercheurs sont en train de se battre... cela montre les limites de l'intelligence humaine. Dieu seul sait à quel moment Il nous donnera le traitement du sida comme il l'a fait pour la rage, la tuberculose et autres. » Si seul Dieu peut guérir, et si le devenir et l'éradication de toutes les grandes maladies dépendent de Dieu, les succès de la science ne sont en fait que célébration de Sa Gloire. La science n'est donc en rien synonyme d'un « désenchantement du monde » ; elle contribuerait bien au contraire à son « réenchantement », toutes les passerelles entre la biomédecine et la religion étant alors autorisées, voire même recommandées.

Tout naturellement, le médecin, mortel, qui pense pouvoir guérir, est susceptible de pécher par orgueil, tout comme les « faux prophètes » qui agissent dans le cadre d'une église, car, toujours selon ce même médecin, « ce ne sont pas les religions qui guérissent, mais Dieu. Les gens se servent de leur charisme, de voyance, de langue. Il y en a qui ont des dons de guérison. C'est-à-dire, quand vous êtes chez lui, il vous donne un produit et les malades guérissent. En fait, c'est le Seigneur qui a donné gratuitement. Mais malheureusement, l'homme est tellement prétentieux qu'il pense détenir la puissance de guérir... Le cas des religions qui foisonnent maintenant ? Ceux qui demandent de l'argent voient leur puissance diminuer parce que Dieu donne gratuitement. » On retrouve ici l'idéologie pentecôtiste fondée sur la seule validité de la relation directe établie entre l'homme et Dieu en l'absence

de toute médiation, toute tentative d'institutionnalisation qui s'immiscerait dans cette relation, qu'elle vienne d'un prophète, d'une église, d'un guérisseur, voire même d'un pasteur, est suspectée de ne pas procéder du destin divin.

Cette vision pentecôtiste de l'intercession divine vient s'accorder assez bien avec une rationalisation *a posteriori* – émanant parfois des milieux médicaux – sur le support moral que viendrait fournir la religion aux plus démunis et aux malades. C'est ainsi que peut être mise en avant l'efficacité « psychothérapeutique » des rituels religieux, pour justifier la nécessaire alliance entre religion et médecine : « La religion comme psychothérapie, c'est une bonne méthode parce que ça nous aide beaucoup dans le suivi des malades, parce que psychologiquement, quand le malade a des problèmes, vu d'abord nos croyances, quand nous recevons un malade et qu'il y a problème dans la famille, quel que soit le médicament qu'il prendra, il n'y aura pas d'effet puisqu'on ne sait pas ; et surtout, si c'est le côté traditionnel ou sorcier qui prédomine ! Alors donc pour nous les praticiens, cette méthode a sa raison d'être. Quand vous avez devant vous un patient croyant, vous avez la facilité de le saisir, car il faut que le psychisme du malade soit libre psychologiquement » (médecin, 37 ans, catholique).

Bien plus, l'expérience individuelle des personnels de santé est souvent mise à contribution pour venir conforter la validité de l'intervention divine dans les processus de guérison : « Mon cas est exceptionnel. Je suis comblé. Je dirais même que c'est un miracle. Il s'agit de ma propre fille qui était sérieusement malade. J'ai essayé de la traiter personnellement médicalement. Je n'ai pas pu. J'ai essayé avec les tradipraticiens... ça n'a pas marché. La dernière solution était d'aller à l'hôpital, il fallait donc prendre le taxi. A 50 mètres, mon orteil heurta violemment un caillou. Je suis resté sur place et je me suis mis à méditer. Pour moi, c'était un signe de mauvais augure. J'ai interprété ça comme ça. Je me suis dit « non ! ça ne va pas ! » Je suis reparti à la maison ; j'étais complètement désemparé, et dix minutes après est arrivé mon cousin. Il me dit : « Nous te savons assez efficace et si tu n'as pas pu, c'est autre chose : est-ce que ta fille est envoûtée ? » Je dis : « j'en ai peur ! » Sur ses conseils, je suis allé voir un autre parent ; quand ce dernier me voit arriver, il me sourit et me dit : « prions ! c'est Dieu, c'est pas toi, ni moi ! L'essentiel est que nous nous confions seulement à Dieu. » On a fait une séance de prière, et mon enfant a été guérie sur place. La guérison ! vraiment sur place ! c'était fantastique ! Il avait pratiqué l'exorcisme ! » (un médecin, 46 ans, catholique).

Les médecins, mais aussi les infirmiers et infirmières, les auxiliaires de soins et autres personnels d'entretien dans les structures de soins, qui ont un contact très étroit avec les patients, ne cessent de témoigner du bien-fondé du recours au religieux pour assurer une guérison pleine et entière, donnant en quelque sorte une légitimité médicale à la « guérison divine ». Une infirmière diplômée d'Etat, 32 ans, catholique, témoigne : « Moi-même, j'ai été guérie par la religion. J'ai été malade au moins pendant toute une année. Je me suis retrouvée seule, sans parents, très loin de mon pays. Aussi je me suis confiée à Dieu. J'ai même écrit à un évangéliste en Hollande à qui j'exposais mes problèmes. A son tour, il m'envoyait des prières et j'ai recouvré ma santé. Il faut dire que je ne sais pas quelle était cette maladie, apparemment c'était le paludisme, j'avais maigri, je pesais 53 kg, alors que quand j'ai été guérie, j'en pesais 74. Je peux dire que c'est lui qui m'a guérie, puisque je ne prenais pas de médicaments. » Médecins et personnels de santé peuvent donc s'accorder pour promouvoir la guérison divine, et souligner finalement la faible utilité de la médecine.

● Guérir tous les maux

Entre les représentants du savoir médical (médecins, infirmiers), et ceux qui agrègent des pratiques et des représentations qui ressortissent à des savoirs fondés sur des registres non médicaux, la différence est particulièrement ténue. Les premiers ajoutent la prière à leurs soins, les seconds imitent la bureaucratie médicale, tous font confiance à la « révélation », qu'il s'agisse de choisir des plantes ou de trouver la meilleure voie pour la guérison. Les tradipraticiens n'hésiteront pas à revêtir la blouse blanche, à organiser des consultations dans un cabinet, à disposer d'un « laboratoire » où ils fabriqueront des comprimés dont la composition leur aura été révélée par Dieu ou un ancêtre. Ce type de spécialistes est tout entier investi dans une recherche d'audience et de nouveauté fondée sur l'accumulation à partir de savoirs les plus hétéroclites, accumulation censée accroître d'autant leur puissance. Il peut alors s'agir de succédanés de médecine chinoise, d'astrologie mâtinée d'autres croyances ésotériques inspirées par exemple de la Rose-Croix que nous n'avons pas évoqués précisément mais dont le personnage de Ferdinand Ngoubili nous laisse entrevoir la possibilité. Précisons que la vogue des tradipraticiens a été largement favorisée par les volontés politiques de « revaloriser les médecines traditionnelles » des Etats africains à la fin des années soixante-dix, et qui ont notamment abouti à la création d'associations nationales de tradipraticiens. Ces associations ont trouvé une légitimité médicale internationale dans les discours de l'Organisation mondiale de la santé qui prônaient, dans le cadre du développement des soins de santé primaires, la collaboration avec des tradipraticiens envisagés comme relais potentiels entre les services de santé et la communauté.

Mais surtout, dans l'Afrique du golfe de Guinée, pour n'évoquer que cette région largement christianisée, la religion de la Bible, dans le processus de revendication d'un christianisme africain s'opposant aux univers religieux traditionnels, a donné naissance à des mouvements religieux de toutes sortes, avec des succès, des pérennités et des audiences très variés, dirigés par des leaders ayant reçu l'inspiration divine et se désignant volontiers comme prophètes (6). Une des fonctions explicites de ces mouvements, qui mélangent plus ou moins éléments chrétiens et éléments des univers religieux traditionnels, est de guérir de tous les maux dont souffrent les Africains. Aujourd'hui, les mouvements pentecôtistes (d'origine protestante) et charismatiques (d'origine catholique), qui récusent quant à eux tout lien avec la tradition, remportent un très vif succès auprès des populations, et en particulier des populations urbaines ; leur principale fonction est explicitement de guérir, la plupart du temps grâce à la prière, l'imposition des mains et l'eau bénite.

Ces mouvements sont particulièrement prisés par les élites urbaines et, d'une manière générale, par les individus très insérés dans le tissu urbain (ouvriers, employés, commerçants, fonctionnaires, etc.). Ils offrent un compromis satisfaisant pour ces populations entre les recours qui relèvent de la biomédecine et les tradipraticiens et autres devins guérisseurs. Contrairement aux premiers, ces mouvements religieux donnent un sens à la maladie en la référant à un univers où l'individu doit affronter et se protéger des forces du Mal, explicatives, en dernière instance, des malheurs qui s'abattent sur lui. Contrairement aux seconds, ces mouvements se départissent de l'univers villageois et de la tradition auxquels tradipraticiens et devins-guérisseurs sont toujours associés. En bref, ils constituent, par excellence, des recours de

(6) La littérature sur ces mouvements est considérable. Un ouvrage de référence en français, sur la fonction « thérapeutique » des prophétismes africains, portant sur un mouvement de Côte d'Ivoire, reste le livre collectif dirigé par C. Prault, *Prophétisme et thérapeutique*, Paris, Herman, 1975

la « modernité », et prier et se faire « soigner » dans telle ou telle église devient vite un des éléments constitutifs du statut « d'intellectuel » (7). Cette « culture » de la guérison divine a essaimé aujourd'hui dans tous les milieux, y compris les milieux hospitaliers.

**Afrique
contemporaine**

Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Les « médecines
africaines »

282

(7) Le terme « intellectuel », fréquemment employé dans le discours courant, désigne des individus qui ont fait des études, qui sont alphabétisés, et non pas seulement des universitaires de haut niveau engagé(e)s dans un combat pour réformer la société en profondeur. Ainsi, par exemple, un instituteur ou une commerçante ayant une boutique et fait des études de base en comptabilité, se qualifieront eux-mêmes d'intellectuel(le)s pour se différencier du paysan, de la vendeuse du marché, de l'analphabète.

Numéros et dossiers spéciaux parus dans Afrique contemporaine :

La justice en Afrique

n° 156, 1990, 10,67 € – 70 F

L'environnement en Afrique

n° 161, 1992, 12,96 € – 85 F

Trente années d'Afrique

n° 164, 1992, 12,96 € – 85 F

Villes d'Afrique

n° 168, 1993, 14,48 € – 95 F (épuisé)

Crises de l'éducation en Afrique

n° 172, 1994, 14,48 € – 95 F

Afrique-Asie

n° 176, 1995, 14,48 € – 95 F

L'Afrique face aux conflits

n° 180, 1996, 14,48 € – 95 F

Du Zaïre au Congo

n° 183, 1997, 11,50 € – 75,44 F

Afrique du Sud - Afrique australe

Interdépendances et antagonismes

n° 184, 1997, 16,77 € – 110 F

Congo-Brazzaville : entre guerre et paix

n° 186, 1998, 11,50 € – 75,44 F

La pêche en Afrique : enjeux et défis

n° 187, 1998, 11,50 € – 75,44 F

Les aides à l'Afrique en questions

n° 188, 1998, 17,50 € – 114,79 F

Commandes

La **documentation** Française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers Cedex
Téléphone : 01 40 15 70 00
Télécopie : 01 40 15 68 00
3615 ou 3616 la doc (1,29 F/mn)
<http://www.ladocfrancaise.gouv.fr>

Librairies

Paris

29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07

Lyon

165, rue Garibaldi - La Part Dieu
69401 Lyon Cedex 03

Tarifs au 1.03.2000

Le numéro simple :
11,50 € – 75,44 F

L'abonnement d'un an (4 numéros)
France : 43 € – 282,06 F
Europe : 46 € – 301,74 F
DOM-TOM, pays de la zone
francophone de l'Afrique
(hors Maghreb) et de l'océan
Indien : 47 € – 308,30 F
Autres pays : 48,50 € – 318,14 F
Supplément avion rapide :
6 € – 39,36 F

Afrique contemporaine

Secrétariat général du
gouvernement

Direction de
La **documentation** Française

29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
Téléphone : 01 40 15 70 00
Télécopie : 01 40 15 72 30

Directeur de la publication
Sophie Moati

Imprimé en France
Composition Laser Graphie
Impression DF
Dépôt légal : septembre 2000
DF 08001-2-0195
ISSN : 0002-0478
CPPP : 1090 AD

17,50 € - 114,79 F

A l'aube du XXI^e siècle, l'Afrique subsaharienne reste confrontée à d'anciens fléaux (paludisme, maladie du sommeil, malnutrition, etc.), parfois exacerbés par les déplacements, l'urbanisation et les conflits d'aujourd'hui. Dans certains domaines, l'état de santé de sa population a pu s'améliorer, tandis que « transitions » démographique et épidémiologique sont déjà fortement amorcées. Mais l'émergence de nouvelles pathologies - au premier rang desquelles le sida - fait aussi reculer toute perspective d'éradication des maladies.

Les réponses très variées des organisations internationales, des autorités nationales, de la « société civile » ou des praticiens vont de la réorganisation et du financement des systèmes de santé aux traitements, aux actions de proximité, à l'éducation et à la prise en charge des patients. Elles sont loin cependant de favoriser toujours une amélioration effective.

Paysage d'une très grande complexité, la situation sanitaire du continent requiert, pour se modifier, de nouveaux modes de pensée et surtout de réels engagements politiques.