

# POUR UNE RECHERCHE INTÉGRÉE SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ

par Pierre Cantrelle

*Démographe, ORSTOM - INED.*

La nouvelle structure de l'ORSTOM se fonde sur des axes de recherche intégrant sur un même objectif des disciplines complémentaires. C'est le cas notamment de l'objectif santé. Tout objet de recherche devient de la sorte un point de rencontre. Tel est le cadre d'analyse dont nous allons indiquer la perspective.

## I. — L'ÉVIDENCE DU PROBLÈME

Des différences de niveau de santé d'une population à l'autre peuvent être objectivées, par exemple, par la mortalité différentielle. Pour l'illustrer, prenons le taux de mortalité des enfants de un à quatre ans : de l'ordre de cinquante pour mille au XVIII<sup>e</sup> siècle en France (1), il s'est abaissé jusqu'à un pour mille à l'époque actuelle.

A quoi est dû cet écart ? De toute évidence, au développement des connaissances médicales et à la généralisation de leur application depuis la vaccination de Jenner contre la variole jusqu'aux antibiotiques, en passant par les vaccins et les médicaments chimiques, pour ne citer que les principales étapes dans le domaine des maladies infectieuses.

Voyons le niveau de mortalité du Sénégal rural à une centaine de kilomètres d'une Faculté de médecine moderne : il est de cent pour mille (2), soit le double de la France deux siècles auparavant et le centuple de l'Europe actuelle. Ce n'est plus maintenant dans le manque des connaissances médicales qu'il faut chercher la raison de ce fossé — car des méthodes efficaces sont bien connues — mais dans les conditions défavorables de leur application, ce qui rend alors l'action sanitaire peu efficiente.

Ce fait est illustré au sein même de ce pays : on constate un niveau de mortalité cinq fois moindre dans la capitale (vingt pour mille), où sont concentrés les moyens préventifs et curatifs du système de santé, qu'en zone rurale qui en est démunie.

Mais le même niveau est atteint (vingt pour mille) chez les Fulbé de l'Adamaoua au Cameroun (3, 4) sans l'intervention des moyens médicaux, seulement par suite de la présence de facteurs tels que le climat et le mode de vie.

On imagine ainsi la complexité des facteurs qui entrent en jeu pour déterminer l'état de santé des individus et au-delà d'une population prise dans son ensemble. Si l'on veut avancer dans l'analyse, il nous faut tenter d'ordonner ces déterminants.

## II. — UN CADRE D'ANALYSE

Parmi les multiples déterminants (a), certains sont plus proches du résultat qui constitue l'état de santé : on les appellera les **déterminants proches** (b) ; c'est à travers eux que jouera l'effet des autres déterminants. Ils correspondent au domaine propre de la santé, qui peut être figuré par trois champs bien définis : d'abord la base bio-médicale, puis les représentations sociales et enfin les systèmes de santé. Les autres déterminants, moins proches de la résultante état de santé que les précédents, présentent un large éventail : déterminants physiques, économiques, sociaux, culturels et politiques.

On se gardera de confondre la notion de proximité d'un déterminant avec son poids. En effet un déterminant peut être moins proche de l'état de santé et avoir un poids plus fort : par exemple l'éducation dans une population donnée et à une période donnée. La notion de proximité implique un sens de la détermination mais n'exclut pas les effets retour. Il va de soi par exemple que l'état de santé conditionne lui-même des déterminants économiques ou autres, ce qui aboutit nécessairement à un schéma de système.

Précisons les trois champs du domaine propre de la santé. De toute évidence les plus proches déterminants sont **biologiques**. Au niveau d'une population et pour des raisons de simplification, ce champ est réparti en grandes catégories étiologiques : facteurs génétiques, facteurs externes et internes.

Parmi les facteurs externes : les agents physiques, intervenant par accident ; les agents infectieux qui déterminent la grande masse des maladies dans les pays tropicaux en développement, maladies virales, bactériennes et parasitaires ; les carences ou déséquilibres d'apport nutritionnel, qui sont aussi une large composante de la santé.

Les facteurs internes se traduisent principalement par les maladies dégénératives. Les cancers constituent un groupe à part. Cette division en catégories nettement définies, auxquelles correspondent des types d'interventions bien différents, est une des caractéristiques du champ bio-médical de la santé.

Après le champ bio-médical, c'est la façon dont les personnes concernées appréhendent la maladie et les moyens de lutte proposés qui conditionnent la santé. Ceci constitue le champ des **représentations sociales**. Mais les théories et pratiques locales relatives à la santé ou plutôt à son contraire la maladie et la mort sont « indissociables d'un ordre symbolique immanent à l'organisation sociale ». C'est l'approche anthropologique qui intervient totalement à ce niveau.

Enfin le système qu'une société s'est donné pour organiser la maîtrise de la santé conditionne celle-ci à travers le champ des représentations sociales. Le **système de santé** est constitué par un dispositif en personnel, équipement et médicaments, à vocation curative et préventive : son organisation est en fait déterminée par des facteurs géographiques, politiques, culturels, économiques et aussi techniques. L'approche de ce champ devrait mettre en jeu plusieurs disciplines comme l'économie, la sociologie et la géographie.

### III. — LA NOTION DE DÉPENDANCE

A la maîtrise de la santé est liée la notion d'une trop forte dépendance à lever. Elle s'applique aux différents déterminants indiqués, et ceci sur deux registres : l'un global, étatique ; l'autre local. Il s'agit aussi bien de la dépendance générale que de celle plus spécifique du secteur santé. La dépendance générale est celle d'un pays en situation d'économie périphérique avec toutes les conséquences qui en découlent quant aux ressources disponibles, notamment sur les disponibilités alimentaires et le financement du dispositif sanitaire ; mais aussi au sein d'un même pays, telle que la dépendance de la campagne par rapport à la ville, ou d'une catégorie sociale par rapport à une autre, de la collectivité de base par rapport à l'État.

Si l'on considère le seul secteur de la santé, la dépendance du pays par rapport à l'extérieur se manifeste sous diverses formes telles que la formation médicale donnée à l'Université, calquée sur un modèle inadapté ; de même pour le modèle de système de santé. La production de médicaments et la publicité qui leur est faite, traduit aussi une forme de dépendance. Au niveau local le contrôle social de l'État s'exerce par le système de santé, pendant que la culture est prégnante sur le comportement individuel par rapport à la maladie, aux agents, aux médicaments.

### IV. — UN NOUVEL OBJET DE RECHERCHE : LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

La notion de dépendance provoque certaines questions. Une tentative de réponse au problème de la trop faible efficacité du système prévalant, et d'une moindre dépendance des individus et de la collectivité locale a été donnée avec le système de soins de santé primaires. Il s'agit de connaître maintenant la valeur de cette réponse. Cette recherche porte donc sur un objet empirique qui s'appuie sur

le cadre théorique qui vient d'être évoqué.

On connaît les principes du système des soins de santé primaires : une prise en charge par la communauté locale de l'action sanitaire qui peut être menée sur place, tout en assurant une liaison étroite avec le système de santé existant. Et aussi les modalités de réalisation notamment : la formation de secouristes et matrones issus de la communauté et choisis par elle pour assurer les premiers soins et diriger éventuellement vers une formation compétente, pour assurer aussi la prévention et l'autogestion des médicaments.

Mais sous la même étiquette **soins de santé primaires**, des actions en fait très diverses ont été mentionnées sur l'initiative des communautés, selon la politique sanitaire du pays mais aussi celle des donateurs. On peut arriver ainsi à une mosaïque de cas qui crée les conditions d'une sorte de schéma expérimental.

La méthode consistera donc à comparer des actions de soins de santé primaires en différentes situations, à divers stades (début et fin d'intervention), comparer leur fonctionnement, leur degré d'autonomie, la nature des interventions, en évaluer les résultats par des indicateurs appropriés, notamment la tendance de la mortalité. Ceci suppose des approches différentes telles que la monographie socio-anthropologique à l'échelle du village et l'étude épidémiologique portant sur un échantillon plus large.

C'est ce type de recherche mettant en jeu un large éventail de disciplines qui devrait mieux éclairer les utilisateurs.

\*  
\* \*

#### NOTES

- (a) — Au lieu de « déterminant », on aurait pu utiliser d'autres termes de sens voisin, comme « condition ». Le terme de « variable » n'est pas utilisé ici car il suppose des valeurs numériques, alors que de nombreux déterminants de la santé ne sont guère quantifiables. Le terme de « facteur de risque » se réfère aussi à un type particulier d'analyse des probabilités. Le terme de « cause » a été écarté car il renvoie à l'analyse causale avec ses contraintes particulières.
- (b) — Plusieurs termes autres que « proche » pourraient être utilisés qui correspondent à la même notion de proximité par rapport au résultat, l'état de santé : « intermédiaire », « immédiat », « direct ».

\*  
\* \*

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Une liste de références utilisées pour la France au XVIII<sup>e</sup> siècle est précisée dans la référence suivante (2).
2. CANTRELLE, P. — Inégalités face à la mort. *In* : la science de la population au service de l'homme. Liège, UIESP, 1979, pp. 81-93
3. HURAUULT, J. — Éleveurs et cultivateurs des hauts plateaux de Cameroun. La population du Lamidat de Banyo. *Population*, 24 (5), 1969, p. 963-994 et 25 (5), 1970, p. 1039-1084.
4. PODLEWSKI, A.M. — *Un essai d'observation permanent des faits d'état-civil dans l'Adamaoua*. Recherche Méthodologique, Paris, ORSTOM, 1969, 150 p. (Travaux et Documents. N° 5).
5. *Première conférence - atelier sur les soins de santé primaires au Sénégal*. Rufisque, 16-19 juin 1980. Dakar. Ministère de la Santé Publique, 111 p. multigr.

\*  
\* \*

#### DÉBATS

H. PICHERAL. — L'intérêt de l'approche systémique qui nous est proposée, c'est de mettre l'accent sur le caractère multifactoriel des problèmes de santé, en particulier de rappeler l'importance du contexte politico-administratif dans lequel s'inscrit toute action médicale. Dès lors, l'étude de la notion de dépendance et celle des inégalités s'impose.

Cantrelle Pierre (1983)

Pour une recherche intégrée sur les problèmes de santé

In : De l'épidémiologie à la géographie humaine

Paris : ACCT ; CNRS, (48), 25-27. (Travaux et Documents de Géographie Tropicale ; 48)

Tropiques et Santé : Table Ronde, Bordeaux (FR), 1982/10/04-06

ISBN 2-222-03337-3