

Fonds Documentaire IRD

Cote : Bx 23 438 Ex : 1

Joseph BRUNET-JAILLY

QUELS SYSTÈMES DE SANTÉ POUR L'AFRIQUE À L'AUBE DU 3^{ème} MILLÉNAIRE ?

Tel est bien le titre que j'avais moi-même proposé pour cette communication, il y a déjà un an... Et lorsque j'ai dû me mettre à la préparer, je me suis trouvé dans l'embarras : comment cette question pourrait-elle trouver sa place dans le présent colloque ? C'est en arrivant ici, et en écoutant les débats de la première journée que j'ai saisi l'un des enjeux de ce colloque : serons-nous capables d'inventer collectivement cette nouvelle modernité qui nous permettrait bientôt de cheminer sur la voie du développement ? Or une nouvelle modernité est bien nécessaire dans les systèmes de santé, et elle est en même temps en train de naître sous nos yeux.

L'intérêt que nous portons à la santé ne provient pas du fait que la santé serait un facteur décisif du développement, car rien n'est moins bien établi que ce fait-là. Il faut d'abord se souvenir de ce que le développement a commencé dans des pays où "d'après les normes actuelles, même les personnes appartenant à la moitié supérieure de la distribution des revenus dans l'Angleterre du XVIII^e siècle souffraient de retard de croissance et de malnutrition, étaient beaucoup plus fréquemment victimes de maladies chroniques dès le début ou le milieu de l'âge adulte qu'on ne l'est aujourd'hui, et mouraient 30 ans plus tôt qu'on ne le fait maintenant"¹. On fait aujourd'hui grand cas de famines ou d'incapacités individuelles à produire, et les esprits les mieux trempés risquent de se laisser influencer par ce misérabilisme ambiant ; mais la dynamique de la population n'en est qu'exceptionnellement affectée, la capacité des hommes à s'adapter à des environnements hostiles étant considérable. Et par ailleurs, il n'a jamais été possible de prouver de façon convaincante que "aucun pays ne peut s'assurer une croissance économique durable ou une réduction de la pauvreté sans avoir une population en bonne santé, bien nourrie et bien éduquée"².

1 FOGEL Robert, *Economic Growth, Population Theory and Physiology, The Bearing of Long-Term Processes on the Making of Economic Policy*, NBER, Working Paper n° 4638, p. 17-17.

2 *Health, Nutrition & Population : Sector Strategy*, The Human Development Network, The World Bank Group, 1997, 97 p. (p. 10).



La bonne santé est, au mieux, un élément parmi tous ceux qui concourent à constituer un système capable de croissance. Les travaux sur la croissance à long terme ont montré que cette dernière ne s'explique pas tant par l'augmentation des *inputs* (ils révèlent l'importance du "résidu") que par la conjonction entre le progrès technique et la formation de capital : le progrès technique ne se montre efficace que lorsqu'il a été incorporé dans de nouveaux équipements, et, à l'inverse, l'incitation à investir dépend de l'apparition de techniques nouvelles ; de même, le progrès technique exige une main-d'œuvre mieux éduquée (alors que, si la technique ne change pas, l'éducation n'a pas de rentabilité économique), et, à l'inverse, une main-d'œuvre mieux éduquée est plus capable d'innovation technique. La durée de la vie intervient ici : lorsqu'elle augmente, la rentabilité d'un investissement éducatif augmente aussi, et inversement.³ Mais l'augmentation de l'espérance de vie est historiquement indépendante des activités sanitaires : en Angleterre et au Pays de Galles entre 1838 et 1970, le considérable déclin de la mortalité due aux maladies infectieuses (sauf la variole) ne peut pas être attribué aux mesures de santé publique, puisqu'il s'est produit avant l'apparition d'interventions sanitaires efficaces. Le cas de la tuberculose est particulièrement évident.⁴

Voilà qui est bien différent de ce qu'on entend tous les jours ! Le fait que le corps médical ait réussi à faire croire à l'opinion et aux politiciens que tout progrès dans les variables démographiques serait dû à ses activités est révélateur non pas de la puissance de l'argument – il s'avère dénué de pertinence –, mais de l'influence de ceux qui l'utilisent ; et puisqu'ils se servent d'un argument infondé, faut-il croire qu'ils n'en ont pas de meilleur ? C'est ce que nous allons voir. Pour ce faire, dans un premier temps, on caractérisera les systèmes actuels, dans un second temps on proposera un bilan des stratégies des organisations internationales, et enfin on décrira les défis qui sont à relever. C'est là qu'apparaîtra l'importance de la question : la santé nous impose aujourd'hui des choix qui mettent en cause les valeurs que nous pensions les mieux établies.

1. CARACTÉRISTIQUES DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Les systèmes de santé que nous connaissons sont caractérisés par des inégalités d'accès considérables, en particulier entre citadins et ruraux ; par une qualité partout défailante, et jamais sanctionnée ; par une très faible

3 ROSENBERG N., How the developed countries became rich ?, *Daedalus*, 123,4, 127-140 (Fall 1994).

4 McKEONE Thomas, *The Modern Rise of Population*, New York, Academic Press, 1976.

productivité du personnel ; et, au total, par un gaspillage éhonté des ressources.

Les inégalités d'accès

Les enquêtes *Living Standards Measurement Study* fournissent des données très intéressantes sur le recours aux soins. Malheureusement, elles ne sont guère exploitées par les pays concernés. On peut y apprendre beaucoup de choses passionnantes sur les conditions de vie des ménages, et sur leurs recours aux soins. Voyons quelques exemples tirés de l'enquête réalisée en 1993 en Côte-d'Ivoire. On y apprend par exemple que la proportion de gens qui déclarent avoir été malades au cours des deux semaines précédant l'enquête, varie assez sensiblement entre les régions.

Proportion des répondants qui déclarent avoir été malades dans les quinze jours précédant l'enquête :

Région	1993
Abidjan	16,1
Autres villes	13,9
Forêt rurale Est	23,4
Forêt rurale Ouest	17,7
Savane rurale	12,1

Source : INS

Il va de soi que ces réponses doivent être interprétées avec soin. Car si 16 % des habitants ont été malades sur une période de quinze jours, le nombre moyen d'épisodes de maladie dans l'année est proche de 4 : la définition de la " maladie " n'est donc pas celle que les spécialistes de santé publique sont prêts à considérer lorsqu'ils parlent des besoins de soins à prendre en charge par le système de santé (ils estiment le nombre de ces épisodes à moins de 1 par personne et par an). On perçoit ainsi que les chiffres peuvent refléter à la fois des perceptions différentes de ce qu'est la maladie, et des facteurs objectifs tels que par exemple les différences de niveau de vie.

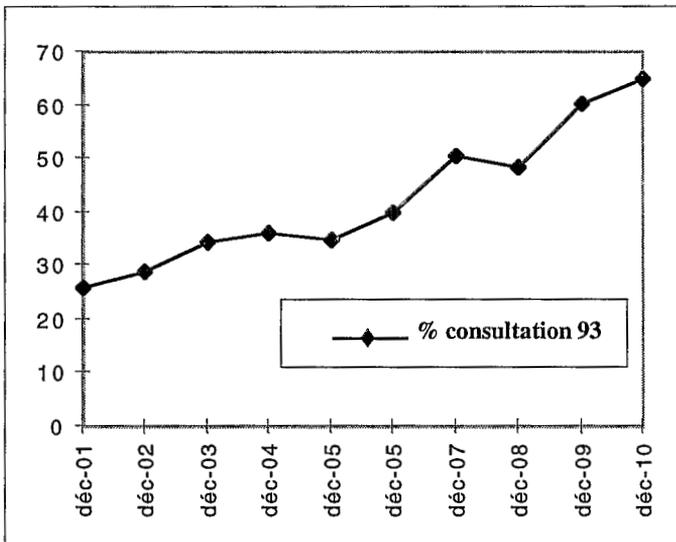
Cela étant, les personnes qui se déclarent malades ne recourent pas toutes aux soins. Là encore, les données d'enquête montrent de grande différences entre les milieux socio-économiques :

Région	1993
Abidjan	60,78
Autres villes	46,61
Forêt Est	33,15
Forêt Ouest	31,04
Savane	28,55
Côte-d'Ivoire	40,56

Source : INS

La proportion de ceux qui, étant malades, consultent un praticien, reste généralement inférieure à la moitié ; à Abidjan, elle est le double de ce qu'elle est dans les régions. Deux types d'explications se combinent : d'une part, l'offre de services de santé est inégale selon les zones, et généralement bien plus faible quantitativement et qualitativement à la campagne qu'à la ville ; et d'autre part les revenus sont également plus faibles à la campagne qu'à la ville. On n'est donc pas vraiment surpris de constater que, en tendance, la proportion de ceux qui, parmi les malades, consultent un praticien, est croissante lorsqu'on parcourt les déciles de la distribution des dépenses totales par tête. Voici les résultats pour 1993 :

**Proportion, parmi les répondants qui ont déclaré avoir été malades, de ceux qui ont consulté un praticien (par décile de la dépense totale par tête)
Côte-d'Ivoire 1993**



Source : INS

Ainsi la proportion est de l'ordre du quart dans le premier décile, et de l'ordre de la moitié dans le groupe des déciles de 4 à 10. Or, les populations des premiers déciles de la distribution sont des populations rurales du nord, de l'ouest et de l'est du pays, ce ne sont pas les pauvres d'Abidjan.

Du côté de l'offre, il n'y a pas plus d'un médecin pour 60 000 habitants dans une région, d'un médecin pour 30 000 habitants dans quatre autres régions de Côte-d'Ivoire, d'un pour 20 000 dans trois autres, contre un pour 6 500 dans la région d'Abidjan⁵. Les inégalités régionales sont aussi importantes en ce qui concerne les infirmiers et les sages-femmes.

Une qualité partout défaillante

Sur ce point, les cas qui ont été correctement documentés sont hélas très peu nombreux, car s'intéresser à ces questions confine au crime de lèse-majesté ! Considérons cependant quelques exemples.

On nous a beaucoup parlé d'agents de santé de village. Mais que savent-ils faire ? Un pays au moins a eu le courage d'évaluer leur activité. Or, parmi les rares tâches qui leur sont confiées, on relève que les proportions de sucre, de sel et d'eau dans la solution de réhydratation orale sont fausses dans 50 % des cas ; que la posologie de la chloroquine est excessive dans 22 % des cas, insuffisante dans 12 %, mal répartie au cours du temps dans 13 % des cas ; et enfin... que 83 % des matrones chargées des soins aux nouvelles accouchées ne se lavent pas les mains avant de commencer leurs soins.⁶

Tournons-nous vers les personnels formés, recrutés par concours, et rémunérés par l'Etat. S'agit-il de surveiller la croissance des nourrissons afin de dépister les cas à risque de malnutrition ? Les agents auxquels on confie la pesée (et qui parfois ne sont même pas alphabétisés) ont le plus grand mal à interpréter leur mesure en termes de variation.⁷ En outre, même lorsqu'un facteur de risque est relevé, ces agents n'en tirent généralement aucune conséquence : aucune décision n'est arrêtée, aucune action n'est

5 *Rapport annuel sur la situation sanitaire 1995*, Ministère de la santé publique, sans date (1997 ?), p. 69.

6 *Résultats préliminaires de l'analyse systématique du programme de santé villageoise*, Ministère de la santé publique, Niamey, juin 1989, 37 p. (p. 13, 16, 22)

7 CHABOT J., WADDINGTON C., *Primary Health Care Is Not Cheap, A Case Study From Guinea Bissau*, *International Journal of Health Services*, 17, 3, 387-409 (notamment p. 393) ; voir aussi GEREIN N.M., ROSS D.A., *Is Growth Monitoring Worthwhile ? An Evaluation of its Use in Three Child Health Programmes in Zaïre*, *Social Science and Medicine*, 32, 6, 667-675 (1991), notamment p. 668-674, et une étude bibliographique dans GEREIN N., *Is Growth Monitoring Worthwhile ? Health Policy and Planning*, 3, 3, 181-194 (1988)

entreprise⁸ ; et la rédaction de consignes n'améliore pas toujours la situation, parce qu'elles sont souvent trop compliquées pour des agents qui n'ont pas l'habitude de lire.⁹

S'agit-il de vaccination ? Cette activité revient à un personnel qui, en pratique, dans plusieurs pays de ce continent, n'arrive pas à surmonter des difficultés tout à fait élémentaires d'organisation de son travail et d'interprétation de ses observations. Ainsi, le fait que le nombre de vaccinations au troisième passage apparaisse supérieur au nombre enregistré pour le premier passage, sans qu'on ait repris les vaccinations antérieures, n'est considéré ni comme une anomalie, ni comme un mystère, aucun agent ne s'en émeut. La signification d'un taux de couverture de 25% est inexplicable, personne ne peut vous dire quel est alors le nombre d'enfants vaccinés dans un groupe de, par exemple, 100 enfants appartenant à la population cible. Et si on demande un taux de couverture en fin d'année, on vous le calcule sur-le-champ, et on vous annonce un 130% sans sourciller ; en bref, "les chiffres restent vides de sens au niveau périphérique"¹⁰.

Allons plus haut dans la pyramide. Surprise, nous ne trouvons aucune évaluation de la qualité dans les centres de santé placés sous la responsabilité d'un médecin. Cependant, voici une indication intéressante : au Mali, le taux apparent d'incidence (nombre d'interventions du type considéré pour 100.000 habitants) peut varier, entre les régions, dans le rapport de 1 à 10 pour les césariennes, et dans le rapport de 1 à 100 pour les appendicites ; et le nombre de césariennes réalisées dans la région la moins bien desservie correspond à 1 accouchement sur 3000¹¹, alors que ce geste est indiqué dans environ 5 accouchements sur 100.

Montons jusqu'aux hôpitaux nationaux. Est-il normal que les services de chirurgie d'un hôpital d'enseignement réalisent plus de 80% de leurs interventions dans les catégories appendicectomie, cure de hernie, césarienne, hydrocèle ?¹² Est-il normal que les services d'un hôpital

8 SAUERBORN R., NOUGTARA A., SORGHO G., BIDIGA J., DIESFELD H.J., Assessment of MCH Services in the District of Solenzo, Burkina Faso, III, Effectiveness of MCH Services in Detecting and Caring for Mothers and Children at Risk, *Journal of Tropical Paediatrics*, 35, Supplement June 1989, 14-17 ; voir aussi Editorial : Growth Monitoring, Intermediate Technology or Expensive Luxury ? *The Lancet*, December 14, 1985, pp. 1337-1338

9 GEREIN N.M., ROSS D.A., *op. cit.*

10 JAFFRÉ Y., SANOU G., *Le forgeron, la pintade et la vaccination : enquête sur l'acceptabilité des vaccinations dans la province du Houet*, Ministère de la Santé-CIE-OCCGE, janvier 1990, 44 p. (notamment p. 28-29).

11 BRUNET-JAILLY J., *Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé du Mali*, Institut National de Recherche en Santé Publique, Bamako (Mali), janvier 1989, 186 p. (notamment p. 83-85).

12 *Idem*, p. 79

d'enseignement utilisent en moyenne 3 examens de laboratoire par malade hospitalisé ?¹³ Dans le cas d'une parturiente pour laquelle l'indication de césarienne a été posée, est-il admissible que le délai qui s'écoule entre l'évacuation vers la maternité et l'intervention soit de l'ordre de quatre heures ?¹⁴

Une très faible productivité

L'opinion publique est périodiquement prise à témoin des mauvaises conditions de travail des agents de la santé, qui n'hésitent plus à se mettre en grève pour faire prévaloir leurs revendications catégorielles. Mais pourquoi l'opinion publique ne sait-elle pas aussi, au Mali, par exemple, que les sages-femmes prescrivent un ocytocique ou un cocktail en contenant à toute parturiente qui passe entre leurs mains, et sans même vérifier qu'il n'y a pas de contre-indication évidente, alors que cette pratique n'est pas seulement injustifiée, mais parfaitement connue comme dangereuse ?¹⁵ Pourquoi ne sait-elle pas que les sages-femmes délèguent leurs tâches à des agents peu qualifiés, filles de salles ou manœuvres ?¹⁶

Comment justifier qu'on attribue le salaire minimum (lui-même déjà supérieur d'au moins 50 % au produit national par tête) à des agents de santé de village qui ne sont pas tous alphabétisés, et qui vont recevoir en moyenne moins d'un patient par jour ouvrable et exceptionnellement 3 ou 4 ?¹⁷ Comment tolérer qu'on paie plusieurs agents (à un salaire moyen égal à quatre ou cinq fois le revenu par tête) dans chacun des laboratoires de centre de santé ou d'hôpital dans lesquels on réalisera en moyenne cinq analyses par jour ? Comment expliquer qu'on paie plus de vingt sages-femmes (dont chacune coûte au contribuable six à sept fois le revenu par tête) dans chacune des maternités de la capitale, alors qu'aucune de ces sages-femmes ne réalisera vingt accouchements par mois, sachant d'ailleurs que la surveillance des parturientes est en pratique assurée par des matrones et des manœuvres, eux aussi en grand nombre ?

13 *Idem*, p. 133

14 Portal J.L., WELFENS-EKRA C., TOURÉ-COULIBALY K., BOUHOSSOU K.M., "La qualité de la prise en charge obstétricale dans le secteur sanitaire public d'Abidjan", in J. Brunet-Jully (sous la direction de), *Santé en capitales*, CEDA, Abidjan, 1999, pp. 81-102.

15 KASSAMBARA M., *Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain*, thèse de médecine, Bamako, 1990, 179 p.+ annexes.

16 Portal *et al.*, cf. référence de la note 14.

17 MARIKO M., *Diagnostic du système de recouvrement des coûts dans la deuxième région*, Institut National de Recherche en Santé Publique, Bamako, novembre 1990, 98 p. + annexes.

La situation est-elle différente dans les hôpitaux ? Grand mystère, puisque les statistiques d'activité sont notoirement mal tenues. Voici cependant un exemple provenant du Sénégal¹⁸ :

Service	Nombre de consultations spécialisées par médecin spécialiste et par an	Nombre d'interventions chirurgicales par médecin spécialiste par an
Hôpital Le Dantec	80	1010
Hôpital Principal	215	7265
Hôpital régional de Saint-Louis	366	6927
Hôpital régional de Tambacounda	544	4658

Si la première des qualités est la quantité, comme on l'entend parfois sur le campus, comment comprendre de telles différences dans le niveau d'activité de praticiens formés à grands frais ?

Un gaspillage généralisé

Gaspillage ? Par rapport à quoi ? D'abord, par rapport au critère le plus simple : on pourrait obtenir beaucoup plus de soins médicaux, ou des soins de beaucoup plus grande qualité si les professionnels utilisaient efficacement les ressources qui sont mises à leur disposition.

Ce sont les "affreux" économistes de la Banque Mondiale qui osent écrire :

- "beaucoup des sommes dépensées pour la santé est gaspillé : les médicaments en spécialités sont achetés à la place des génériques, les personnels de santé sont mal répartis et mal supervisés et les lits d'hôpital sont mal utilisés" ;
- "dans les pays à faible revenu, les pauvres sont souvent les perdants en matière de santé parce que les dépenses publiques de santé sont lourdement infléchies vers les services hospitaliers à coût élevé qui bénéficient de façon disproportionnée aux groupes urbains qui ont les moyens"¹⁹.

18 Dr Paul LECHUGA : *Le secteur d'hospitalisation, état et perspectives de développement*, 66 p., sans date (1991 ?, concerne le Sénégal).

19 *World Development Report 1993 : Investing in Health*, World Bank, 1993, p. 4.

De même, "ces gens" osent suggérer que :

- "les gouvernements des pays en développement devraient dépenser beaucoup moins, en moyenne 50 % de moins qu'il ne le font aujourd'hui sur des interventions peu efficaces pour leur coût, et au contraire ils devraient doubler ou tripler leurs dépenses sur des programmes de santé publique de base tels que la vaccination et la prévention du SIDA, et sur les services cliniques essentiels ;
- "une forte régulation par l'Etat est également cruciale, y compris une régulation des services de santé délivrés par le privé, pour assurer la sécurité et la qualité, une régulation des assurances privées pour encourager un accès universel à la couverture des risques et pour décourager les pratiques –tel l'honoraire à l'acte des praticiens remboursés par un tiers-payant- qui conduisent à une surutilisation des services et à une escalade des coûts."²⁰

Or, pour répondre aux revendications des professionnels, médecins installés en clientèle et pharmaciens d'officine en tête, c'est souvent ce que le gouvernement ne veut faire.

Va-t-on porter le fer dans la plaie en ajoutant : "Pratiquement aucune intervention efficace pour son coût n'exige des équipements plus spécialisés que ceux qu'on trouve dans l'hôpital de district. Ainsi, alors même qu'on ne peut pas conclure en général en faveur de la prévention par rapport au traitement, ou en faveur de la santé publique par rapport à l'intervention clinique, on peut conclure que les hôpitaux de district et les formations sanitaires de niveau plus modeste offrent potentiellement toutes les interventions intéressantes."²¹

Conclusion de la première partie

Les ruraux sont défavorisés parce qu'ils sont dispersés, parce qu'ils sont moins éduqués, parce qu'ils ont moins accès à l'information et à la discussion, parce qu'ils ont un niveau de vie, et en tous cas un revenu monétaire, plus faibles ; les solutions qu'on leur a proposées avaient pour immense avantage de ne rien changer au cœur du système biomédical : "nos" braves populations rurales allaient se prendre en charge elles-mêmes, se faire soigner par des agents illettrés issus de leurs rangs, et pendant ce

²⁰ *Idem* p. 7.

²¹ JAMISON Dean T., MOSLEY W.H., MEASHAM A.R., J.L. BOBADILLA, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford University Press for the World Bank, 1993, 756 p. (p. 14).

temps les médecins formés à grands frais, et aux frais de la collectivité le plus souvent, pourraient continuer d'exercer dans la capitale au bénéfice de la fraction aisée de la population urbaine.

Les inégalités sont considérables, si l'on compare les dépenses par tête des différents groupes de la population. Ces différences s'expliquent en partie par des différences de volume (certains groupes consomment de plus grandes quantités de soins que d'autres) et en partie par des différences de prix (pour un service donné, certains groupes paient un prix plus élevé que d'autres). Ces dernières signalent l'existence de rentes de situation, et cette observation est confirmée par le soin que prennent les professionnels de recourir à l'autorité de l'Etat pour faire avaliser leurs tarifs, alors que ni l'Etat ni la santé publique n'ont quoi que ce soit à gagner à cette intervention.

Le secteur de la santé se caractérise donc par un gigantesque gaspillage, du point de vue du coût du service rendu aux malades. Mais cela devient compréhensible dans le contexte. Nous sommes, en effet, dans des «sociétés sans État» du second type : il y existe une administration d'Etat, mais elle est au service des fonctionnaires et des politiciens, elle ne repose sur aucun sens de l'Etat, sur aucun sens du bien public, sur aucun sens de l'intérêt collectif. Les Mandingues ont une expression sans équivoque pour désigner les ressources publiques : ils emploient le terme "toda", qui signifie la marmite, le plat collectif ; et celui qui réussit une carrière administrative quelconque est un "enfant béni" pour ses parents s'il sait se servir dans la marmite et redistribuer à ses proches : toute retenue, toute probité seraient incomprises.²² Les professionnels de santé se sont insérés dans ce système par nécessité, puisque la médecine qu'ils représentent a été imposée par la force du colonisateur²³, mais ils ont bientôt compris qu'ils ne pouvaient pas espérer meilleure situation...

Et donc, lorsque les États indépendants sont devenus des organismes de captation et de redistribution de rentes (cultures d'exportation, ressources pétrolières, aide extérieure, etc.), il a été très facile aux professionnels de santé de préserver ou d'accroître leur part. Dans certains pays, comme par exemple la Côte-d'Ivoire, dont le président avait été formé à la médecine à Dakar, ils y ont parfaitement réussi. Lorsque la privatisation de la santé a été rendue possible, en particulier par l'apparition d'une classe suffisamment riche, les professions médicales ont répondu à cette demande, sans lâcher les postes publics, qui servent de base de recrutement des clients. Les

22 BAGAYOGO Shaka, Lieux et théories du pouvoir dans le monde mandé, passé et présent, *Cahiers des Sciences Humaines*, 25, 4, 445-460 (1989).

23 BADO Jean-Paul, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Karthala, 1996, 428 p.

ministères de la santé veillent à ce que ces grands intérêts ne soient pas compromis.

2. BILAN DES STRATÉGIES DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

On pourrait penser – à les entendre – que les organisations internationales ont joué un rôle favorable à une meilleure prise de conscience des intérêts de la santé publique, et qu'elles ont donc contrebalancé les influences corporatistes qui déterminent les politiques de santé. Voyons d'un peu plus près ce qu'il en est.

La Banque Mondiale comme expert : de la démagogie à l'économie, puis à l'économie politique

C'est la Banque Mondiale qui a défendu, dès 1975, donc sensiblement avant la conférence d'Alma Ata, un point de vue finalement très perspicace. Dans le premier document officiel définissant sa stratégie dans ce domaine, elle énonçait quelques propositions relatives à "une politique de santé pour l'avenir" :

- arrêter de construire des hôpitaux urbains ou d'agrandir les hôpitaux existants ;
- mettre au point des méthodes de tarification propres à décourager les patients qui n'ont pas vraiment besoin de soins et ceux qui ont tendance à faire appel à des thérapies inutilement complexes, ce qui signifie en pratique fixer le prix des services au niveau de leur coût réel ;
- améliorer l'accès au système de santé de base ;
- faire en sorte que "les postes sanitaires et les hôpitaux de district existants répondent mieux aux besoins des animateurs de santé communautaire" ;
- planifier "l'extension des soins de base de façon à compléter le rôle joué dans les collectivités villageoises par les guérisseurs traditionnels."²⁴

Il est remarquable que les trois dernières propositions soient exactement celles que présentait le Docteur Mahler, directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé, devant la 27^e Assemblée mondiale de

²⁴ *Santé, politique sectorielle*, Banque Mondiale, 1975, p. 46-47.

la santé en mai 1974. On trouve dans ce texte deux pages sur les "animateurs de santé" dans les villages, supervisés par des "auxiliaires médicaux" "ayant reçu une formation paramédicale de 18 à 24 mois après le cycle primaire ou si possible le premier cycle secondaire"²⁵. Au niveau supérieur, tout ce personnel devrait travailler sous la supervision d'un "médecin directeur des services de santé de base" (se distinguant bien des cliniciens par une formation orientée vers l'urgence, l'épidémiologie, la promotion de la santé des collectivités, les coutumes locales et les méthodes des guérisseurs traditionnels, l'agronomie et la nutrition, formation que les facultés de médecine sont incapables de donner), à moins qu'on accepte de laisser la direction de ces services à "des cadres qui, sans être médecins, posséderaient une formation étendue en matière de développement rural, d'action communautaire et d'administration"²⁶. On repère là sans difficulté, mais avec une certaine surprise tout de même, l'influence de la grande vogue qu'ont eue quelques expériences réalisées en Chine, en Tanzanie et dans plusieurs pays d'Amérique latine.

A peine cinq ans plus tard, le second document officiel de stratégie expose le schéma d'un système de santé à trois étages : celui des agents de santé communautaires, formés en six mois, dont on attend qu'ils règlent 80 % des problèmes courants ; celui des centres de santé ruraux ou des cliniques urbaines ou du petit hôpital de district, confié à un assistant médical et à une sage-femme, formés en deux ans après le secondaire ; et le niveau de l'hôpital de référence, desservant entre 100 000 et 250 000 habitants, seul niveau auquel on trouverait une qualification médicale à proprement parler, ainsi qu'un laboratoire, une radio, une salle d'opération.

Une étape marquante est franchie ensuite en 1987, lorsque l'étude du financement de la santé, en temps de crise des économies et des finances publiques, fait le plaidoyer pour une tarification des prestations hospitalières, de façon à amener les plus riches à payer les soins à leur coût, ce qui devrait permettre de réorienter la dépense publique vers les prestations concernant électivement les pauvres. Là commence à apparaître l'idée que la politique des prix est un moyen de faire évoluer les structures. Cette idée sera amplement développée dans les années suivantes, pour aboutir en 1993 à deux documents quasiment simultanés, le *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé*, et le document *Pour une meilleure santé en Afrique*.

25 *Idem*, p. 48-50.

26 *Idem*, p. 50-51.

Les positions développées sont en résumé les suivantes :

–“les gouvernements devraient s'attacher en priorité à créer un environnement favorable à la santé par le financement et le production de biens publics de santé qui bénéficient à la société dans son ensemble, ainsi qu'en subventionnant l'accès aux soins de santé pour les segments les plus pauvres de la population ;

–“les systèmes de santé devraient être décentralisés ;

–“l'accent devrait être mis sur les services de base, produits d'une façon efficace pour son coût, comportant des médicaments essentiels et des services communautaires d'appui ; ces prestations devraient faire face aux besoins des groupes les plus vulnérables – les nouveau-nés, les enfants de moins de 5 ans, les femmes en âge de procréer –, aussi bien qu'au plus importantes affections –périnatales, infectieuses et parasitaires. Cela reviendrait à traiter 98% des problèmes qui peuvent être traités cliniquement. De tels services devraient être standardisés et caractérisés par des médicaments essentiels internationalement reconnus, et des normes pour la surveillance et l'évaluation de la qualité des soins ;

–“la participation au coût devrait être pratiquée à une large échelle au niveau de la communauté, non sans amélioration simultanée de la qualité des services ;

–“au-delà de l'hôpital de référence, des hôpitaux centraux, nationaux et d'enseignement continueront à offrir des soins de niveau tertiaire et à se centrer sur la formation, avec cette réserve que les patients recourant à leurs soins devraient passer à travers un système cohérent de référence, désormais rationalisé et plus efficace, étant donné les fonctions du district. Le recouvrement des coûts serait mis en place plus extensivement dans ces hôpitaux, et le financement sur fonds d'Etat diminuerait. Les patients court-circuitant le système de référence payeraient jusqu'à 100 % du coût”²⁷.

Le Rapport sur le Développement dans le monde consacré à la santé explicite les notions d'activités de santé publique, de services cliniques essentiels, pendant que l'UNICEF promeut la notion de paquet minimum d'activités. On reviendra plus loin sur la justification donnée à ces notions.

La Banque Mondiale comme banquier

En pratique, les avis des experts ont peu de poids face aux nécessités de l'ajustement structurel : ces dernières imposent à la Banque le placement

²⁷ *Better Health for Africa*, World Bank, 1993, p. 5.

de montants importants d'aide, et dans le secteur de la santé cette aide va être mise à la disposition du secteur qui est prêt à l'absorber. Dans les faits, la Banque Mondiale va donc renforcer les systèmes de santé publics et leur bureaucratie, d'une part, et protéger les revenus médicaux et pharmaceutiques, d'autre part.

— Le renforcement des systèmes bureaucratiques

C'est l'un des objectifs les plus évidents des programmes financés par la Banque Mondiale au cours des années 1980 et 1990.

Ainsi, au Mali, le programme de la Banque Mondiale s'est consacré au financement d'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, et il n'y a aucun moyen de comprendre qu'elle soit justifiée par le programme antérieur de la Banque Mondiale dans le même pays – qui n'a pas été évalué – ou par un choix politique national. Les experts de la Banque Mondiale ont en outre prétendu que leur programme atteindrait ses objectifs sans augmenter les charges de l'Etat. Ce programme visait à installer 120 postes de santé tenus par des infirmiers au niveau des villages²⁸, 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 FCFA par consultation²⁹ : dans ces conditions, les dépenses courantes devraient être couvertes par les paiements des malades et par des subventions locales, sans charge additionnelle pour l'Etat. Il a été prouvé que toutes ces hypothèses étaient irréalistes.³⁰

Cette extension périphérique des services de santé permettait cependant de dépenser une grande part du financement extérieur en constructions, équipements et matériel (en ordre de grandeur : 6 milliards FCFA sur un coût total de 16 milliards qui inclut, parmi ses autres grandes composantes, l'hydraulique rurale et la planification familiale). Qu'il s'agisse avant tout, pour les bailleurs de fonds, de dépenser un montant maximum d'aide apparaît bien dans le fait que, à tel endroit, en 1995, "on termine un bâtiment neuf dont le financement communautaire est difficile à obtenir",

28 Banque Mondiale : Rapport d'évaluation, République du Mali, Deuxième projet santé, population et hydraulique rurale, Rapport No. 8683-MLI, 22 février 1991, 204 p. (para. 3.07).

29 *Idem* para 3.09.

30 BRUNET-JAILLY J., COULIBALY S.O., DIARRA K., KOITA A., *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali*, document WHO/SHS/NHP/89.10, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1989, 121 p. + annexes.

alors que "l'ancien bâtiment (comité local de développement) est en bon état et parfaitement fonctionnel".³¹

En Côte-d'Ivoire, la Banque Mondiale finance un renforcement du Ministère de la santé (création d'organes bureaucratiques supplémentaires : par exemple un Comité de suivi pour la valorisation des ressources humaines, des services de planification chargés de pratiquer la PPB – planification, programmation, budgétisation –, la gestion par objectif..., comme il y a trente ans) et le renforcement d'une pyramide sanitaire à 9 niveaux, décrite dans le style des planificateurs de la génération de nos pères³². Mais cette perspective de planification à l'ancienne permet 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. Si l'objectif est de placer de grands montants d'aide, le résultat est là : le secteur de la santé de Côte-d'Ivoire peut absorber, à lui seul, une somme de 46 milliards FCFA pour des constructions neuves et leur équipement, et un montant additionnel de 43 milliards pour la rénovation de formations existantes³³.

Au Sénégal, il s'agit aussi de mettre en place un échelon bureaucratique supplémentaire, les districts, sans qu'on puisse déceler à quelle impérieuse nécessité cela répond. La démagogie va jusqu'à chiffrer le déficit en personnel, par rapport à ce que prévoient les normes du Projet de développement des ressources humaines, 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 1600 agents, ou 30 % de l'effectif total du Ministère³⁴ ? Croit-on vraiment que la Faculté de Médecine va former et que l'Etat va recruter les effectifs qui apparaissent dans le plan de formation³⁵ ? Chacun sait que la réponse est négative.

Au Burkina Faso également, il s'agit de renforcer la pyramide bureaucratique. On dispose pour ce pays d'un diagnostic particulièrement clair de la situation des services de santé, en résumé : "les formations

31 République du Mali : *Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale, Rapport d'évaluation à mi-parcours*, Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées, décembre 1994, 134 p. + annexes (p. 56).

32 République de Côte-d'Ivoire : *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 1991, 65 p. + annexes (p. 13-17).

33 *Idem*, p. 38-39.

34 République du Sénégal : *Communication du Ministre Asane DIOP*, Ministère de la santé et de l'action sociale, Conseil interministériel sur la santé et l'action sociale, septembre 1993, 72 p. + annexes (p. 19-20).

35 *Idem*, p. 48 et annexes 15 à 18.

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”³⁶. “L'insuffisance de la supervision du personnel des CSPS par les autorités provinciales et de district crée un sentiment d'isolement et démotive le personnel de santé”³⁷ ; donc, il faut lutter contre l'arrogance par “le renforcement des services périphériques grâce à l'organisation en districts sanitaires centrés autour des CMA” (CMA = centre de santé amélioré, i.e. 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 ”.³⁸ Autrement dit, puisque la bureaucratisation de la santé favorise des comportements arrogants, et puisque en conséquence “les communautés ne se sentent guère propriétaires de leurs formations sanitaires”³⁹, on va créer un échelon supplémentaire dans la pyramide bureaucratique pour superviser et contrôler plus étroitement... Évidemment, le projet n'est pas présenté de cette façon : son objectif est de “faciliter l'accès aux services de santé”, et, par conséquent, de procéder à un nouveau découpage sanitaire qui permettra de redéfinir les zones de responsabilité respectives et les tâches spécifiques de chaque échelon, etc.⁴⁰

Mais le but de l'opération est peut-être plutôt de parvenir à «placer» plus de 200 millions FCFA (ce qui n'est tout de même pas rien pour une unité de ce niveau) dans chaque centre médical qui devra être construit ou rénové, pour jouer son nouveau rôle dans la pyramide sanitaire renforcée⁴¹ ; et accessoirement, on justifiera les achats de véhicules par les nécessités de la décentralisation⁴². On ignorera que, parmi les 142 CSPS créés grâce au précédent projet de la Banque Mondiale, 30 sont fermés faute de personnel.

Faut-il insister ? La Banque traite avec des Etats, les Etats demandent le renforcement de leurs bureaucraties, la Banque finance des structures bureaucratiques.

36 Banque Mondiale : *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 1994, 41 p. + annexes (para. 2.22).

37 *Idem*, para. 2.23.

38 *Idem*, para. 2.34.

39 *Idem*, para. 2.23.

40 *Idem*, annexe 3.1.

41 *Idem*, para. 3.10.

42 *Idem*, para. 3.21.

— Protéger les revenus médicaux et les revenus pharmaceutiques

A croire les discours ministériels, on pourrait penser que les autorités n'ont qu'un souci, celui de la santé de la population, et qu'elles s'évertuent à rendre les soins accessibles. Or tout le monde sait que, parmi les obstacles au recours aux soins, le coût de médicaments est le premier à être évoqué par la population. Tout le monde sait aussi que l'OMS a fait campagne, avec une conviction à vrai dire inégale selon les mandats de directeur général, en faveur des médicaments essentiels et des médicaments génériques. On peut donc légitimement se demander quel pays a mis en place une vraie politique d'approvisionnement en médicaments essentiels à la hauteur des besoins, par exemple une politique qui permettrait à tout malade ayant consulté dans une formation sanitaire publique d'obtenir les produits prescrits en DCI au coût le plus bas. Il n'y en a aucun.

En Côte-d'Ivoire, le programme pharmaceutique adopté par la Banque Mondiale est simplement celui qui a été lancé en 1990 avec le concours du Fonds Européen de Développement ; c'est un programme de soutien aux importations, et il représente en valeur environ 5 % du marché pharmaceutique du pays (environ 3 milliards FCFA, le chiffre d'affaires pharmaceutique étant de l'ordre de 70 milliards) : une part bien modeste. Au-delà, la Côte-d'Ivoire a cru pouvoir intéresser ses officines pharmaceutiques à la vente de médicaments essentiels génériques en leur proposant la même marge en valeur absolue que sur les spécialités⁴³ : échec retentissant. En attendant, le Ministère de la santé ne craint pas de rappeler, par circulaire, à tous les praticiens exerçant dans les formations sanitaires publiques, qu'ils sont tenus de délivrer des ordonnances "à exécuter par une pharmacie privée"⁴⁴ ...

Au Mali, les objectifs affichés de la politique pharmaceutique, extrêmement ambitieux ("la réforme pharmaceutique vise à assurer la disponibilité en médicaments de qualité dans tout le pays en un an, et à réduire le coût de l'ordonnance moyenne des 2/3 aux 3/4 grâce à la mise en oeuvre d'une politique des médicaments essentiels")⁴⁵ ont immédiatement été rendus inaccessibles par certaines conditionnalités que la Banque

43 République de Côte-d'Ivoire : *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 1991, 65 p. + annexes (p. 62).

44 République de Côte-d'Ivoire : Circulaire n° 2314/MSPS/CAB/CT1/AP du 23 août 1993; Circulaire n° 4336/MSPAS/CAB/CT1 du 15 septembre 1995.

45 Banque Mondiale : *Rapport d'évaluation, République du Mali, Deuxième projet santé, population et hydraulique rurale*, Rapport No. 8683-MLI, 22 février 1991, 204 p. (para. 3.24)

Mondiale elle-même a mises à l'octroi de son prêt : la vente à des pharmaciens privées de la plupart des officines anciennement publiques, et la suppression du monopole d'importation des médicaments, monopole dont bénéficiait auparavant un organisme public (la Pharmacie Populaire du Mali).

Au Burkina Faso, le Gouvernement a nettement refusé pendant des années de s'engager dans une politique pharmaceutique basée sur les génériques, et la part des génériques dans les importations a décliné de 5-10% en 1990-1991 à 3-4% au milieu de la décennie.⁴⁶ Mais, juste après la dévaluation du franc CFA, le pays obtiendra l'autorisation de prélever 3 millions de dollars sur le crédit d'urgence à la relance économique (Banque Mondiale), pour acheter des médicaments essentiels, et l'UNICEF offrira immédiatement son assistance technique⁴⁷. Il n'y a donc manifestement rien à changer au fonctionnement du marché pharmaceutique, il suffit de distribuer de temps à autre, en urgence et à son de trompe, quelques médicaments qu'on dit destinés aux pauvres victimes de la crise ...

Comparée à la question du prix des médicaments, celle des honoraires médicaux est secondaire. Le niveau auquel la profession place ses exigences est cependant significatif. En Côte-d'Ivoire, le syndicat des médecins privés fait avaliser ses tarifs par l'Administration, alors que ces tarifs rendent les prestations médicales inaccessibles à l'immense majorité de la population : en 1994, 10 000 FCFA pour la consultation de généraliste, soit le tiers du salaire minimum. Une tarification de ce niveau est évidemment un moyen de veiller aux privilèges des grands anciens, qui, s'ils sont demain officiellement autorisés à développer leur pratique privée en marge du service public, voudront se réserver la clientèle intéressante d'Abidjan et des grandes villes, et souhaiteront être protégés de la concurrence indélicate de leurs jeunes confrères. Mais la Côte-d'Ivoire n'a pas été le seul pays à préserver d'abord les revenus médicaux. Ainsi le Mali, qui a adopté en 1988 des textes fixant le prix de la consultation à 4 230 FCFA pour le généraliste, et à 5 945 FCFA pour le spécialiste, à un moment où le salaire minimum était de l'ordre de 13 000 FCFA par mois⁴⁸. De son côté, le Niger a remis en vigueur, en 1985, un système de recouvrement des coûts dans lequel "à quelques

46 Burkina Faso : *Impact de la dévaluation du CFA et stratégies de mise en oeuvre des mesures prises sur le plan sanitaire et social*, Ministère de la santé, de l'action sociale et de la famille, Troisième CASEM, Ouagadougou, 17-18 mars 1994, 13 p. (p. 5).

47 Burkina Faso : *Bilan de mise en oeuvre de la stratégie Initiative de Bamako, problèmes et perspectives*, Ministère de la santé, Direction des études et du plan, 9ème conférence des partenaires du développement sanitaire, Communication, mai 1995, 18 p. + annexes

48 BRUNET-JAILLY J., COULIBALY S.O., DIARRA K., KOITA A., (1989) *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali*, document WHO/SHS/NHP/89.10, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 121 p. + annexes (p. 76).

exceptions près, les sommes perçues sont partagées à parts égales entre le praticien et le Trésor Public”⁴⁹ : les conséquences prévisibles de ces dispositions ont été ignorées.

Conclusion de la deuxième partie

A notre connaissance, tous les programmes financés par la Banque Mondiale en Afrique de l'Ouest évitent de promouvoir une véritable politique du médicament essentiel, car il faut avant tout protéger les revenus pharmaceutiques ; et, à notre connaissance, les programmes financés par la Banque Mondiale protègent les revenus médicaux, notamment en dirigeant l'attention et les financements vers un segment particulier de l'offre, à l'extrême périphérie, ce segment que la pratique privée ne veut pas prendre en charge, mais où elle pourra drainer sa clientèle. C'est de cette façon que peut se pratiquer un large consensus avec les Ministères de la santé pour négocier un montant maximum d'aide à la santé.

D'ailleurs, malgré l'accent qui a été mis par la Banque Mondiale sur le développement de services de santé de base, on ne peut strictement rien dire des résultats qui auraient été obtenus dans la réduction des écarts entre citadins et ruraux. En particulier, cette dimension du problème n'est même pas évoquée dans les récents documents rendant compte des activités internes d'évaluation, par la Banque, de l'impact des projets qu'elle a financés.

En revanche, ce qui est sûr, c'est que, pendant qu'on faisait beaucoup de bruit autour des soins de santé primaires, le cœur du système bio-médical est resté intact, et les rentes de situation ont perduré, au profit des professionnels, au détriment des malades.

3. NOUVELLES DIMENSIONS DES PROBLÈMES DE SANTÉ

Cette façon de traiter les problèmes de santé est déconcertante. Elle l'est d'autant plus que le corps médical lui-même, qui porte la responsabilité de ces errements, parce qu'il joue un rôle de groupe de pression corporatiste dans chaque pays concerné et dans les institutions spécialisées nationales ou internationales, devrait être le premier à reconnaître que les problèmes de santé ont désormais des dimensions toutes nouvelles.

49 République du Niger (1989) *Rapport de synthèse sur la préparation du 2ème PAS*, Secrétariat permanent du PAS, 20 avril, 52 p. (p. 37).

En effet, nous savons aujourd'hui qu'il n'est plus possible de "mettre à la disposition de tout malade toutes les ressources de l'art médical". Ce n'est pas un problème géographique, un problème d'accessibilité des soins qui exigent des compétences ou des équipements particuliers : ce problème existe, mais il est mineur. C'est un problème lié à la technicité et au coût des interventions médicales nouvelles destinées à un petit nombre de malades : le progrès des techniques médicales a été tellement important, il est parvenu à un tel degré de puissance et d'efficacité, que toute société, et donc d'abord les plus pauvres, se ruinerait à tenter de "mettre à la disposition de tout malade toutes les ressources de l'art médical". Toutes les sociétés, et même les sociétés les plus riches, manifestent d'ailleurs qu'elles ne sont pas prêtes à augmenter beaucoup la part de leurs ressources qu'elles consacrent à la santé : en tendance, d'ailleurs, cette part est plus forte chez les plus riches.

Mais alors, il faut choisir qui sera soigné parmi les malades, et qui sera laissé sans soin, ou ne recevra que des soins d'un autre âge accompagnés de paroles apaisantes... Car, dès lors que les ressources sont rares, décider de traiter un malade, c'est décider de priver de traitement un autre malade.

Il ne sert à rien d'affirmer des droits

Parler d'accélération de la stratégie de la santé pour tous, comme le faisait le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique il y a quelques années, était, comme le disent les stratèges, pure gesticulation. Mais les slogans "La santé pour tous !" ou "Droit à la santé !" ne veulent rien dire eux non plus ; l'affirmation d'un droit n'est même plus la projection d'une utopie qui pourrait être mobilisatrice, ce ne sont que des moyens dont les politiciens se servent pour bernier les badauds.

Nous savons bien quel rôle joue l'affirmation d'un droit : "les droits individuels sont des trompettes politiques mises dans les mains des individus", et ils témoignent de "la promesse faite par la majorité aux minorités que leur dignité et leur égalité seront respectées".⁵⁰ Mais qui va entendre ces trompettes et tenir cette promesse aujourd'hui ? Il fut peut-être un temps où la proclamation solennelle de droits individuels particuliers signifiait effectivement une forme d'engagement de la société à les respecter, ou à les mettre en œuvre. Mais que se passe-t-il lorsque la proclamation des droits devient multiple, en même temps que le lien social disparaît ?

50 DWORKIN R., *Taking rights seriously*, London, Duckworth, 1981, p. 205.

La réflexion de Marcel Gauchet nous éclaire ici, ce me semble. Il décrit cette évolution par laquelle la famille devient une affaire privée comme l'achèvement d'un long mouvement de captation du lien social par l'État. La famille relève désormais du "regroupement volontaire et donc précaire d'individus sur des bases et à des fins affectives, la procréation qui s'ensuit étant elle-même comprise en termes affectifs"⁵¹, alors qu'elle était auparavant une institution, en ce qu'elle était chargée d'incorporer aux individus la composant des normes collectives préétablies : "insurpassables canons du point de vue de la pensée et de l'art" et "formes préréglées de coexistence avec les autres".⁵² Alors, précisément, "le droit, c'est ce qui remplace les formes, c'est ce qui prend la relève des formes incorporées destinées à régler d'avance la coexistence des êtres".⁵³ Peut-on avancer que le droit, un temps conçu comme norme, ne signifie plus aujourd'hui qu'accès à la négociation ? Alors, que signifie un droit à la santé ? et même un droit aux soins ?

Il est nécessaire de choisir, et les choix sont difficiles

Il est possible aujourd'hui de porter un jugement sur certains programmes de santé publique, et sur une partie des activités développées dans les hôpitaux. Il est possible de le faire en considérant à la fois le gain qu'on peut en attendre en années de vie corrigées de l'invalidité (AVCI, - le sigle anglais étant DALY), et le coût de ce résultat. Si l'éthique médicale impose de rechercher le meilleur résultat compte tenu des ressources disponibles, nous tenons donc un critère de décision. On savait déjà que c'était pur gaspillage que de vacciner les enfants des écoles contre la rougeole (car ceux qui arrivent à l'école sont déjà immunisés) ; on peut savoir maintenant qu'un programme de vaccination associant le DTCoq et la polio a un coût par AVCI plus faible qu'un programme DTCoq sans polio. On peut aussi comparer cette activité de vaccination avec une activité chirurgicale : par exemple, pour gagner une AVCI par un programme de vaccination DTCoq+polio, il faut dépenser entre 20 et 40 dollars, et pour gagner une AVCI en traitant un cancer du poumon, il faut y consacrer un montant de l'ordre de 12 000 dollars. Des résultats de ce genre sont disponibles pour une centaine d'interventions préventives et curatives : il suffit désormais d'en prendre connaissance.

51 GAUCHET Marcel, Essai de psychologie contemporaine, *Le Débat*, 99, 164-181 (mars-avril 1998), p. 169

52 *Idem*, p. 173.

53 *Idem*, p. 174.

Naturellement, les experts, connaissant ces travaux encore mieux que les profanes, expriment sans honte une mise en garde : nous ne sommes pas en face de "mesures échappant à toute controverse"⁵⁴, mais simplement en face des meilleures mesures disponibles aujourd'hui. Chacun étant tenu de juger à partir des meilleures connaissances du moment, ces mesures non seulement suffisent mais s'imposent aujourd'hui.

Les écarts entre les prix qu'il faut payer pour gagner une année de vie corrigée de l'invalidité, selon l'intervention considérée, sont en effet extrêmement importants, et de ce fait beaucoup de décisions judicieuses peuvent être prises sans risque de se tromper : tant que l'ordre de grandeur des écarts est supérieur à l'ordre de grandeur des erreurs probables. Voici quelques exemples :

- 2 à 10 dollars pour la vaccination ciblée contre le tétanos, 7 dollars pour la vaccination BCG ou pour la polychimiothérapie de la lèpre;
- 100 dollars pour la lutte contre le cancer du col à partir d'un dépistage précoce, 200 pour la lutte contre l'onchocercose par contrôle vectoriel, 200 à 500 pour la lutte contre le paludisme par traitement des cas repérés par dépistage passif et contrôle chimique des vecteurs ;
- de 2 200 à 3 500 dollars pour divers programmes de lutte contre la dengue, peut-être 30 000 pour certaines prises en charge des angors instables ou des infections aiguës du myocarde.

Ainsi, "une dépense de 100 000 dollars en chimiothérapie de la tuberculose pourrait sauver environ 500 malades et les empêcher de transmettre la maladie à d'autres, ce qui ferait 35 000 AVCI gagnées. La même somme consacrée au traitement du diabète profiterait aussi à 500 malades, mais ne ferait gagner que 400 AVCI : chaque malade gagnerait moins d'une année de vie pleine par année de traitement"⁵⁵.

Oui, il faut dorénavant choisir, mais nous avons les moyens de le faire ; et éviter de choisir, c'est s'accommoder de l'injustice.

Il est nécessaire de faire participer à ces choix tant les bénéficiaires que les victimes

Nous savons donc désormais que nous ne donnerons jamais à chaque malade tout ce que la médecine pourrait lui offrir. Les choix en ce domaine, jusqu'ici couverts par un lourd secret médical négligeant souvent l'opinion

54 PROST A., JANCLOES M., Rationales for Choice in Public Health, the Role of Epidemiology, pp. 741-746 in D. Jamison et alii, op. cit. (p. 743).

55 *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé*, Banque Mondiale, Washington, 1993, 333 pages (p. 64).

et le consentement éclairé du malade, vont nécessairement devenir collectifs et faire appel au jugement de chacun. Car telle est la seule façon de respecter en l'homme une dimension intangible pour l'homme, sa dignité.

Cette dimension s'impose à tous les humains comme une exigence "inconditionnée", c'est-à-dire "une exigence qui est à elle-même sa propre fin, qui ne peut être moyen d'une fin autre qu'elle-même", "qui a son sens en et par elle-même, et non par un autre que soi".⁵⁶ Comment conserver la dignité de chacun quand il s'agit du contexte dans lequel on sera amené à décider que tel ne recevra pas tel traitement qui aurait pu prolonger sa vie, si ce n'est en recueillant son consentement parfaitement éclairé ?

Cependant, cet impératif "ne fournit pas, en même temps que sa loi générale, la règle pour son application aux situations particulières concrètes", et cette indétermination "n'est rien d'autre que le mode de son ouverture aux conditions du réel".⁵⁷ Et de là : "dans un monde pluriel, le principe de tolérance par lequel nous reconnaissons à chacun le droit égal de penser et d'agir de manière autonome, et par lequel nous reconnaissons donc indirectement la nécessité et la légitimité d'une négociation concernant les 'valeurs', est le conducteur essentiel pour que pénètre dans le réel le principe non négociable du respect de la dignité, celle-ci impliquant de manière essentielle l'autonomie comme pouvoir de juger et d'agir par soi-même".⁵⁸ Ou encore : "C'est précisément en voulant pour l'autre autre chose que pour moi que je veux pour lui la même chose que pour moi, à savoir qu'il soit traité comme un être autonome et en tant qu'égal en dignité".⁵⁹ Nous sommes à cent lieues de l'attitude de ces éthiciens du Nord qui s'autoproclament meilleurs défenseurs des "résidents des pays pauvres, anciennement colonisés, et dont la majorité est de couleur"... Il est vrai que la réfutation du paradigme du paternalisme médical ne fait que commencer.⁶⁰

Nous n'ignorons pas la dissymétrie en matière de pouvoir comme en matière d'information, mais on ne peut pas s'interroger au Nord pour savoir "si les patients ont le droit de violer les protocoles des essais cliniques en invoquant un avantage individuel qu'ils pourraient en retirer"⁶¹, et se

56 ROVIELLO A.M., Fonder l'éthique ? A propos d'un débat italien sur le rôle de la religion, *Esprit*, 233, 179-197 (1997), p. 188.

57 *Idem*, p. 189.

58 *Idem*, p. 193.

59 *Idem*, p. 192.

60 DAGI T.F., Changing the Paradigm for Informed Consent, *The Journal of Clinical Ethics*, 5,3, 246-250, 1994 (p. 247).

61 SCHÜKLENK U., Hogan C., Patient Access to Experimental Drugs and AIDS Clinical Trial Design, Ethical issues, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 5, 400-409, 1996 (p. 403).

défier au Sud de tout consentement des patients. Rappelons que, lorsqu'on le prend au sérieux, dans certains pays du Nord, le consentement informé doit être obtenu "même dans le cas où un refus pourrait être considéré comme contraire au plus grand intérêt du patient".⁶² Rappelons que cette forme de violence qu'est la substitution de l'avis d'un autre à l'avis de la personne concernée n'est justifiée par les penseurs classiques que dans un cas bien précis : "la seule occasion dans laquelle la force peut être exercée à bon droit sur un membre d'une communauté civilisée contre sa volonté est celle où il s'agit de prévenir un dommage aux autres : son propre bien, qu'il soit physique ou moral, n'est pas un motif suffisant ; il ne peut pas être contraint ou empêché de faire ceci ou cela parce que ce serait mieux pour lui, parce que cela le rendrait plus heureux, parce que, selon l'opinion des autres, faire ainsi serait sage ou même juste".⁶³

Il ne faut pas craindre non plus de tomber dans le relativisme selon lequel tout ce qui résulte de la liberté est conforme à l'éthique ; non, il ne faut pas confondre "la négociation qui est compromission des valeurs parce qu'elle atteint le principe qui fait leur consistance éthique, et celle qui est non seulement légitime mais requise par l'impératif parce qu'elle *procède* du principe de la distribution égalitaire du respect" de la dignité de l'homme.⁶⁴

Des procédures et des conditions de consentement doivent être définies, appliquées, contrôlées et évaluées, elles ont été âprement discutées dans la littérature spécialisée, mais on n'est absolument pas fondé à revendiquer qu'elles soient pour l'univers entier celles qui vaudraient au Nord. Incontestablement, dans les pays du Sud, les pouvoirs publics savent déjà négocier des contrats de consentement (autorisations de recherche, décisions de comités d'éthique...), mais ces derniers respectent plus ou moins la dignité – ou même plus simplement les droits et les intérêts – des patients individuellement concernés. Toute réflexion éthique sur la décision médicale doit prendre en considération, non pas des règles prétendument universelles découlant de principes abstraits et s'appliquant à tous les contextes, mais les conditions pratiques dans lesquelles, en tel lieu et à tel moment, les décisions prises se seront inspirées, notamment par des procédures éducatives et démocratiques, de la seule exigence inconditionnée qui est le respect de dignité de l'homme.

62 DAGI T.F., *op. cit.*, p. 247.

63 SCHÜKLENK et HOGAN, *op. cit.*, p. 404, citant J.S. Mill.

64 ROVIELLO, *op. cit.*, p. 191 (souligné par l'auteur).



Au début du troisième millénaire, il nous faudrait des systèmes de santé dans lesquels, au contraire de ce que nous avons sous les yeux, la notion de santé publique ait un sens, le seul qui convienne, celui de 'santé du grand nombre'. Les systèmes de santé ont été dévoyés en organisations corporatistes défendant, sous de beaux discours, les intérêts des professionnels de la santé et ceux des fournisseurs de biens et services médicaux, l'industrie pharmaceutique en premier lieu. C'est de cette situation lamentable qu'il faut sortir.

La nouvelle modernité à construire a plusieurs aspects passionnants. Elle tient compte des réalités du savoir médical : il n'est désormais plus possible de mettre à la disposition des malades toutes les ressources de l'art médical, c'est mentir que de prétendre qu'on le fait ou qu'on le tente. Elle reconnaît donc la nécessité morale de choisir, et de choisir de façon lucide et informée, sans se laisser guider par le hasard : c'est l'éthique elle-même qui exige un effort de lucidité et de transparence. Cette nouvelle modernité tient compte de l'obligation morale de respecter le malade, serait-il pauvre et ignorant, dans sa dignité, et en particulier de respecter sa décision correctement informée, alors que l'attitude paternaliste inculquée aux praticiens pendant des générations a consisté à décider en lieu et place du patient. Assurément, pareille modernité nouvelle exige beaucoup de chacun, qu'il soit professionnel de santé, ou malade, ou décideur politique, mais ces exigences sont à la mesure des niveaux d'éducation que nous sommes capables d'atteindre : aurait-on scolarisé des générations pour leur permettre de suivre les discours amphigouriques de politiciens, ou les séries télévisées produites pour les abrutir ? Cette nouvelle modernité va à l'encontre des évolutions dont les malins tirent profit, vanité et fortune.

Mais ces évolutions ne sont pas inévitables, et nous pouvons donc réagir. Interrogé à l'occasion de sa désignation comme lauréat du Prix Nobel d'économie 1998, l'économiste indien Amartya Sen a présenté l'un des résultats de ses recherches. "Je suis persuadé que les famines ne sont pas inévitables : avec une volonté politique, elles sont même très faciles à empêcher". Et si on lui objecte que les famines font tout de même des millions de victimes, sa réponse est cinglante : "C'est parce que les gouvernements ne sont pas démocratiques et qu'ils n'ont aucune motivation particulière à empêcher la famine[...] Les dirigeants ne sont jamais touchés par la famine. Regardez sur la carte : les pays, en Afrique ou en Asie, qui sont affectés par

des famines ne sont pas franchement des pays démocratiques”⁶⁵. Ne pourrait-on pas penser que cela vaut aussi bien pour la santé ? Les dirigeants sont motivés par des projets d’hôpitaux de prestige, ou par de grandes premières internationales (par exemple, aujourd’hui, le traitement d’une partie des malades du SIDA par antirétroviraux sous la houlette de ONUSIDA) ; ils sont encore motivés par de grands travaux, de grands chantiers, de gros contrats, dont il tombe toujours quelques miettes en dehors des circuits normaux ; ils sont aussi intéressés par des affaires profitables, et la commercialisation des spécialités pharmaceutiques en est incontestablement une. Moyennant quoi, les mesures de santé publique attendent.

Mais alors que faire ? Nous suggérons seulement d’écouter les moralistes lorsque, par exemple, ils nous disent : “le langage des droits moraux justifie moralement, et en vérité encourage positivement ceux dont les droits sont transgressés, lorsqu’ils éprouvent du ressentiment, protestent, ne transigent pas. Aussi désagréable que cela puisse être pour les autres, ‘il n’est même pas besoin de souligner qu’encourager les opprimés et les maltraités à se soulever eux-mêmes pour leur propre compte est bénéfique pour la société à long terme’.”⁶⁶ Oui, donner la parole aux opprimés, seule la démocratie sait le faire ; il nous faut donc plus de démocratie !

65 *Le Monde*, 16 octobre 1998, p. 4.

66 GILLON Raanan, *Philosophical Medical Ethics*, John Wiley and Sons, 1992, p. 59, citant R.B. Brand “The concept of moral rights and its function” *Journal of Philosophy*, 80, 29-45 (1983).

ANNAIRE de l'UAC ^{n° 4}

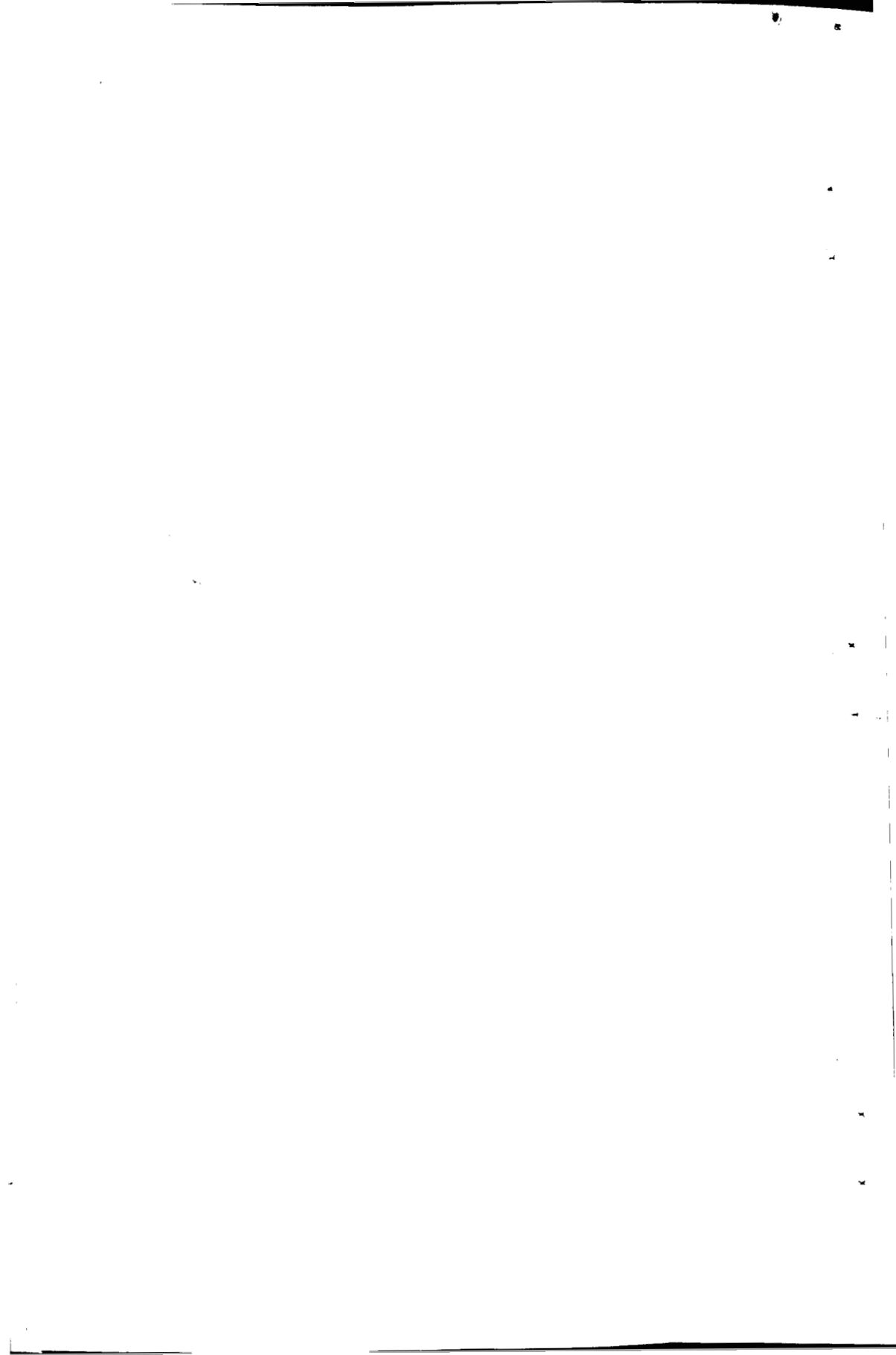
CITADINS ET RURAUX

EN AFRIQUE

SUBSAHARIENNE



1999



SOMMAIRE

Avant-propos	<i>Claude Pairault</i>
Ouverture	<i>M. le recteur Barthélemy Nyom</i>
Identités et mondialisation	<i>Sélim Abou</i>
Des terroirs aux cités, d'hier à demain	<i>Jean Poirier</i>
Modernité, complexité, identité	<i>Gabriel Ndinga Boundar</i>
L'agriculture moderne à la périphérie de Libreville	<i>Étienne Le Roy</i>
Les religions en chantier (Douala)	<i>Éric de Rosny</i>
La question foncière dans une ville tchadienne : le cas de Bébédjia	<i>Ronelngué Toriaïra</i>
Du milieu rural au milieu urbain : lutter contre l'insécurité et régler les conflits	<i>M. P. de Liège</i>
Évangélisation catholique et développement rural au Cameroun (1890-1960)	<i>Jean Paul Messina</i>
L'impact de la radio et de la télévision	<i>Gervais Mendo Ze</i>
Dynamique des villes secondaires en Côte-d'Ivoire	<i>P. Akoun Mambo et M. Guéry</i>
Autour d'une ville moyenne : Kpalimé au Togo	<i>Gabriel Kwami Nyassogbo</i>
Les brûlés de Nsam : des autochtones "surpris" par la ville	<i>Jacques Fédry & Nicolas Owona</i>
Cultures rurales et État de droit	<i>Thierry Michalon</i>
Face aux enjeux de la mondialisation : problèmes du droit et problèmes de droits	<i>J. D. Boukongou</i>
L'originalité de la population sub-saharienne dans la population mondiale	<i>Joseph Boute</i>
Entre la ville et la campagne : la route	<i>Pierre Titi Nwel</i>
Les migrations de retour : un essai de fondements théoriques	<i>Robert Nantchouang</i>
Exode urbain : le cas de la province du Kasai	<i>Albertine Tshibilondi Ngoyi</i>
Le transport aérien : un outil d'insertion nationale et régionale ?	<i>D.B.A. Mandengue</i>
Environnement naturel et social	<i>Bernard Lacombe</i>
À propos des ordures ménagères au Cameroun	<i>V. Mouafo</i>
Quels systèmes de santé pour l'Afrique à l'aube du troisième millénaire ?	<i>Joseph Brunet-Jailly</i>
Les miracles de guérison dans la mission de Jésus	<i>Éloi Messi Metogo</i>
Un exemple d'économie polygamique : petites productrices au sud Bénin	<i>Catherine Fourgeau</i>

"Fais-moi un enfant, je vais t'épouser"
Berthe L.

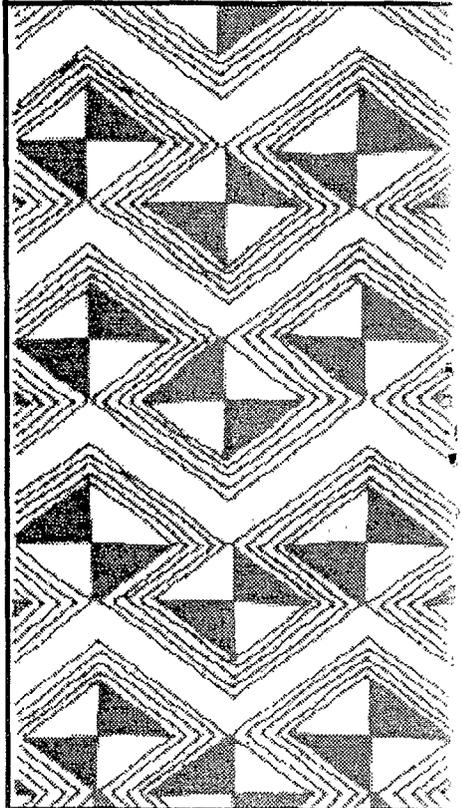
Les chemins de la rue *Yves Margue*

Marginalisation de l'enfant et espace public urbain *Stéphane Tess*

La pauvreté à Yaoundé : le cas du quartier d'Oyom-Abang *M. T. Meng*

Troisième millénaire, identité, mondialisation ? *Séverin Cécile Ab*

Clôture *M. le ministre Jean-Ma Atangana Meba*



Université Catholique
d'Afrique Centrale
(UCAC)

B.P. 11628
Yaoundé • Cameroun
Tél. (237) 30 55 08
Email : ucac.icy-ek@camnet.cm

