

LA SANTÉ, UN ENJEU POLITIQUE

*La notion de politique de santé recouvre des réalités différentes selon les points de vue. Schématiquement, on peut distinguer deux perspectives. D'une part, dans l'usage qu'en font les « développeurs » (États, institutions internationales ou Organisations non gouvernementales), la santé est un secteur de l'activité économique au même titre que l'éducation ou l'agriculture, et constitue donc un lieu d'intervention des pouvoirs publics, que ce soit pour la construction d'un hôpital ou pour la réalisation d'une campagne de vaccination ; en même temps, elle est un domaine de la vie sociale où l'État définit ses choix en matière de solidarité nationale, ce qui apparaît aussi comme un moyen de contrôle politique. D'autre part, aux yeux des sociologues et des anthropologues, la santé est le révélateur d'enjeux sociaux où se dessinent des rapports de pouvoir et des pratiques de distinction, qu'il s'agisse de la façon dont les gens se soignent et sont soignés, ou de celle dont ils se représentent la maladie et les thérapeutes ; et là encore, elle est le lieu privilégié où sont mis en jeu, dans la société civile, des formes d'entraide qui traduisent la nécessité de gérer collectivement les inégalités dans la maladie et le malheur (1). Autrement dit, la santé, **objet de politiques** pour les uns, est un **objet politique** pour les autres ; tel est le double point de vue adopté dans ce dossier consacré aux politiques de santé en Afrique.*

La situation sanitaire d'un pays n'est évidemment pas sans effet sur la façon dont les questions de santé y sont traitées par le pouvoir politique. En Afrique — et nombre de remarques qui vont suivre valent aussi dans une certaine mesure pour le reste du tiers monde —, elle est caractérisée par une espérance de vie faible à la naissance, un taux élevé de mortalité infanto-juvénile, la persistance d'infections endémiques disparues des pays industrialisés, la survenue sporadique d'épidémies à forte létalité, une prévalence élevée de malnutrition en dehors même des périodes de famine, une faiblesse de la couverture médicale

tant curative que préventive ; mais loin d'être également distribuée, cette rigueur des conditions de santé affecte les populations de manière très diverse. Les différences dans l'exposition à la maladie sont souvent aggravées par les disparités d'accès aux soins, pour défavoriser les zones rurales et suburbaines ou les classes pauvres et illettrées, d'autant plus que ces groupes ne disposent généralement pas de protection sociale. Les responsables sanitaires des États africains sont donc confrontés à une situation globalement précaire, mais aussi fortement inégalitaire.

L'histoire des politiques de santé en Afrique, en montrant la succession des réponses apportées à ces questions, pourrait certainement se lire comme une histoire politique de l'Afrique. Si, dans la période précoloniale, la traite des esclaves, c'est-à-dire la sélection des sujets les plus vigoureux, a tenu lieu de traitement des populations, la colonisation s'est au contraire accompagnée d'un investissement important dans le domaine sanitaire, avec le triple souci d'offrir aux expatriés des prestations de santé comparables à celles de la métropole, d'accroître la productivité des ouvriers travaillant pour les entreprises coloniales et d'améliorer les conditions sanitaires des populations administrées. Elle a créé à la fois des structures curatives, essentiellement concentrées dans les comptoirs et les villes, et des services de lutte contre les endémies, à vocation plus générale. Dans la période des indépendances, les États africains, tout en dénonçant les pratiques du colonialisme, ont souvent adopté les valeurs de leurs anciens colonisateurs : ainsi, la plupart des systèmes de santé se sont-ils édifiés sur le modèle hospitalo-universitaire, développant prioritairement le secteur curatif et privilégiant manifestement les zones urbaines, au détriment des activités préventives et des régions rurales.

C'est en réaction à ces choix néfastes pour les catégories déjà les plus défavorisées que se sont mises en place, à la fin des années soixante-dix, des politiques de soins de santé primaires dont la déclaration d'Alma-Ata a énoncé les principes, mais que certains États et projets de développement avaient déjà mis en œuvre. Il fallait améliorer l'accès physique et financier aux structures sanitaires pour l'ensemble des populations, intégrer les activités de santé dans des programmes globaux touchant tous les secteurs de la vie économique, favoriser la participation des populations aux décisions et aux actions, donnant ce modèle aussi bien dans les pays en développement que dans les pays industrialisés. La totalité des États africains y a souscrit, à la fois par conviction (cette solution n'était-elle pas la mieux adaptée à leur situation économique et sanitaire ?) et par sagesse (ces actions n'étaient-elles pas les seules à bénéficier du soutien des organismes d'aide ?). Cependant, de cette déclaration de principe à l'application des principes, la dis-

(1) Sur ces deux perspectives, on pourra se référer à François Ewald, *L'État providence*, Paris, Grasset, 1986, et à l'ouvrage col-

lectif *Le Sens du mal*, édité par Marc Augé et Claudine Herzlich, Paris, Éd. des Archives contemporaines, 1984.

tance est parfois grande. Le procès fait aujourd'hui par certains aux soins de santé primaires — procès dont le risque est de discréditer, dans l'opinion publique occidentale, l'ensemble des entreprises de développement — prend prétexte de l'échec de certains programmes locaux ou nationaux (encore faudrait-il savoir à quelle aune sont mesurés ces échecs) pour dénoncer « l'illusion née des agents de santé communautaire », et s'appuie sur le constat des difficultés financières de la coopération avec le tiers monde (mais on pourrait s'interroger sur les raisons de ces difficultés) pour prôner « de nouvelles solidarités mondiales qui passent, non par un hypothétique nouvel ordre économique international, mais par une relance coordonnée des économies occidentales » (2). Le débat ainsi ouvert a pour tant l'intérêt de rappeler que les options prises dans le domaine de la santé relèvent de choix politiques globaux et révèlent des enjeux sociaux importants.

La santé comme objet politique

Débuter ce dossier par une série d'articles provenant de l'anthropologie n'est pas sans intention : c'est affirmer que la santé est aussi, et d'abord, un objet politique au quotidien pour ceux qui y participent comme malades, thérapeutes ou décideurs.

La médecine traditionnelle, avec ses herboristes, ses marabouts, ses devins, ses contre-sorciers, a longtemps été ignorée, plutôt que condamnée, par les autorités sanitaires coloniales puis nationales. Mais depuis peu, on assiste, tant du côté de l'Organisation mondiale de la santé que du côté de certains États africains, à un processus de reconnaissance officielle et même d'évaluation scientifique. C'est ce qu'étudie Jean-Pierre Dozon qui se demande pourquoi on se prend aujourd'hui à « revaloriser la médecine traditionnelle ». Ce mouvement idéologique résulte en fait de la convergence d'intérêts et de rationalités divers, où la volonté de développer des soins de santé primaires, la constatation des limites de la biomédecine et la revendication des identités culturelles se conjuguent. Mais la médecine traditionnelle a-t-elle réellement besoin de cette valorisation ? L'auteur répond par la négative en montrant que sa capacité à s'approprier la modernité et le changement la met à l'abri de cette perte de vitalité qu'on entend souvent annoncer ; on peut toutefois se demander si la quête de reconnaissance officielle de la part de certains guérisseurs ne traduit pas aussi une contestation ou un affaiblissement de la légitimité traditionnelle. En revanche, en ce qui concerne les pouvoirs publics, nationaux ou internationaux, les enjeux appa-

(2) Ces citations sont extraites de l'introduction d'Alain Destexhe aux actes d'un colloque de la Fondation Liberté sans Frontières : *Santé, médicaments et développement : les*

soins de santé primaires à l'épreuve des faits, Paris, Publications de la Fondation Liberté sans Frontières, 1987.

raissent plus nettement : la revalorisation permet à la fois de nier la dimension sociale de la médecine africaine en la réduisant à sa pharmacopée et de contrôler politiquement les pratiques thérapeutiques en les légalisant.

Cette attitude volontariste et cette tentative techniciste des États africains et des institutions internationales, se retrouvent dans la plupart des politiques de santé qui relèvent toujours de décisions d'en haut et s'appuient essentiellement sur des mesures médicales. Or, ce que montrent Jean-Pierre Hervouët et Claude Laveissière, c'est que les hommes qui, par leur rapport avec l'environnement, font l'épidémiologie des maladies parasitaires et, par conséquent, les programmes de lutte contre ces endémies, doivent intervenir en amont, c'est-à-dire sur les systèmes agraires et les contextes écologiques. Onchocercose et trypanosomiase, toutes deux distribuées dans les mêmes aires géographiques, offrent une illustration de cette thèse : la première est d'autant plus grave que les populations sont plus clairsemées, car c'est la multiplication des piqûres qui amène les complications, et notamment la cécité ; la seconde est d'autant plus fréquente que les densités humaines sont élevées, car la mouche tsétsé s'infecte elle-même à l'occasion de repas sanguin. Ainsi, les systèmes agraires intensifs et les pratiques agricoles collectives protègent-ils les hommes de l'onchocercose ; à l'inverse, la dispersion des populations et le morcellement des zones cultivées diminuent l'incidence de la trypanosomiase ; d'où cette idée, développée par les auteurs, d'un « espace social coupable ». Mais peut-on, comme remède, imposer un système agricole de façon volontariste...

L'importance du point de vue pour l'analyse des faits de santé est précisément l'objet du texte de Nicole Sindzingre et Gonzague Jourdain qui présentent les approches de l'anthropologue et de l'épidémiologiste à propos du Sida en Afrique. L'anthropologue analyse les discours produits par les médecins, les malades ou la presse sur la maladie, et en recherche le sens : que signifie, notamment, la notion de risque pour le responsable de santé publique ou pour l'individu qui veut se prémunir ? L'épidémiologiste, lui, interroge les statistiques, se demande comment elles sont produites et quelles sont leurs limites de fiabilité, cherche à connaître les modes de contamination et les groupes les plus exposés : comment se différencient, par exemple, les séropositifs et les malades, à la fois dans les chiffres qu'on donne et dans les interventions qu'on peut proposer ? Cette confrontation des disciplines permet aux auteurs de dénoncer le parti pris « ethnicisant » qui ramène l'Autre à son irréductible différence. Si nous les suivons sur ce terrain, nous pourrions nous demander alors pourquoi l'on n'a pas aujourd'hui les mêmes exigences, ici et là-bas, dans le domaine de l'éthique (doit-on dire la vérité au séropositif dépisté ?) et de la prévention (quelles mesures proposer pour réduire la transmission sexuelle ?).

La problématique de ces deux derniers textes, qui font état des réponses possibles à deux types d'infections, les unes essentiellement rurales,

l'autre principalement urbaine, est là pour rappeler que dans le domaine de la maladie aussi, il existe de profondes différences entre le village et la ville. C'est ce à quoi s'attache Claude Raynaut à partir d'un exemple précis : Maradi, seconde ville du Niger. Il montre comment le privilège urbain par rapport au monde rural se manifeste autant dans la distribution des affections que dans les conditions d'accès aux soins, et surtout dans les indicateurs de mortalité infantile, et il s'interroge sur ce qui peut expliquer ces différences : les conditions de vie, tant en ce qui concerne l'habitat, la densité ou les équipements, que pour ce qui touche au niveau socio-économique, semblent n'avoir qu'un impact modeste sur l'hygiène et la morbidité des enfants ; pourraient alors jouer de manière plus décisive le système de santé (des structures plus accessibles), la scolarisation (des taux plus élevés) et le contexte économique (des échanges de biens plus fournis). On voit qu'il s'agit de faits étroitement liés aux politiques des États qui choisissent de développer prioritairement les villes, mais également de faits concernant l'évolution de la société civile, à savoir la multiplication des canaux de redistribution de l'argent. Cependant, on peut s'interroger sur la répartition de ce « privilège urbain » : si la ville améliore globalement le niveau de santé des gens, tout le monde bénéficie-t-il de ces retombées favorables, et n'assiste-t-on pas plutôt au développement de catégories sociales qui ne tirent aucun avantage de la vie urbaine et qui voient notamment se raréfier autour d'eux les solidarités ?

La santé comme objet de politiques

L'influence des choix politiques faits par les États sur les conditions sanitaires des populations se retrouve dans la seconde partie de ce dossier, en particulier dans l'analyse que fait Alain Destexhe de la détérioration de la santé publique en Afrique dans le contexte de la crise économique : la réduction des budgets consacrés à la santé se fait principalement sur les dépenses de fonctionnement et les achats de médicaments, postes plus facilement compressibles que les personnels, mais ayant un retentissement plus grave sur la qualité des soins. La solution qu'il propose est le financement des services par les populations, c'est-à-dire la consultation payante. Cette proposition réaliste, qui a déjà donné des résultats positifs dans certains pays, n'est-elle pas pourtant un pas de plus dans le désengagement de l'État de ses services de santé, avec le risque de rendre encore plus inégalitaire l'accès aux soins pour les groupes les plus défavorisés, notamment suburbains, ou les moins monétarisés, surtout ruraux ?

Mais les politiques étatiques sont toujours liées à celles des institutions et des pays qui les aident : le poids des organisations internationales et de certaines coopérations dans les choix politiques des États

africains, en matière de rigueur économique comme en matière de priorités sanitaires, est à cet égard révélateur. Cette aide est-elle adaptée aux besoins ? Telle est la question posée par Bruno Dujardin qui y répond par la négative : l'argument central est que l'action prioritairement développée dans les soins de santé primaires est, d'une part, préventive et, d'autre part, destinée à la protection maternelle et infantile ; or, ce que veulent les gens (c'est-à-dire, d'après l'auteur, les hommes adultes), ce sont des soins curatifs pour eux-mêmes. On conçoit aisément le risque qu'il y a d'assimiler ainsi demande et besoin, les demandeurs étant en fait non pas ceux qui ont le plus de besoins, mais ceux qui parlent le plus fort. Glissement de sens souvent retrouvé dans le discours politique, en Afrique et ailleurs, mais qui ne saurait tenir lieu d'analyse politique.

A cet égard, le texte de Jérôme Dumoulin sur l'Opération coup de poing santé au Congo offre une illustration des aléas d'une politique fondée sur la réponse à la demande : l'accroissement massif des achats de médicaments et de matériels en 1981 est un acte spectaculaire, où le désir du nouveau gouvernement d'asseoir sa légitimité dans la population apparaît clairement. Pour l'essentiel, comme le montre l'auteur, les médicaments et les matériels ont été mal déterminés au départ, inégalement acheminés ensuite, peu utilisés enfin ; plus encore, l'échec de cette expérience semble être déterminant pour la suite, puisque le budget d'achat de médicaments est retombé aujourd'hui en dessous du niveau précédant l'opération. Quelles sont les raisons de cet échec ? Les réponses données à cette question sont d'ordre technique, nous dit-on : préparation hâtive de la liste des produits, difficultés de circulation dans le pays, insuffisance de la maintenance. Mais ne peut-on proposer une interprétation proprement politique et faire intervenir les jeux de pouvoir aussi bien aux niveaux local et national (pour obtenir des équipements par exemple) que dans les relations internationales (avec l'industrie pharmaceutique et les organismes d'aide notamment) ?

Ces jeux de pouvoir, Bernard Hours les évoque à propos de l'aide humanitaire d'urgence : ce type d'intervention n'impose-t-il pas aux États une politique de santé de fait, en faisant à leur place le choix des priorités et des solutions, tout en se réclamant, sur le terrain, de l'apolitisme ? A travers ce procès des « urgenciers », comme les nomme l'auteur, il s'agit de critiquer également l'utilisation médiatique de l'aide humanitaire qui fait de la misère des autres un spectacle indécent et de la coopération sanitaire une simple assistance. Au-delà du cas spécifique des organisations d'urgence, on voudrait poser ici plus généralement la question de la marge de manœuvre dont disposent les États, confrontés à la multitude des offres d'aide provenant de l'extérieur et à la raison politique, voire électoraliste, à l'intérieur.

Il n'est pas question de donner en conclusion l'illusion d'une homogénéité, après avoir présenté des textes de styles et d'horizons très dif-

férents, dont le seul point commun apparent est l'articulation qu'ils proposent entre une pratique de terrain et une réflexion théorique. Il semble toutefois que deux idées soient présentes tout au long de ce dossier. D'une part, la santé est, pour l'utilisateur comme pour le professionnel ou pour le décideur, un enjeu politique quotidien, ce que l'usage, habituellement fait par les développeurs, de l'expression « politique de santé » risque d'occulter, en laissant croire à un domaine réservé aux hommes politiques. D'autre part, la santé est, dans le dispensaire isolé, comme dans le bureau du ministre, au centre de jeux de pouvoir, qui font que les options en apparence purement techniques résultent aussi de choix politiques. Idées qui vaudraient, au-delà des faits de santé, pour l'ensemble des problèmes de développement.

D. F.

Dossier thématique établi par Didier Fassin (Institut Santé et Développement) et Émile Le Bris (ORSTOM).