

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-

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)

raissent plus nettement : la renationalisation permet à la fois de nier la



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 Raynaud 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

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

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