

Politique de santé et population*

UNE politique de santé peut être définie comme l'attitude officielle exprimée par le gouvernement dans le domaine de la santé, lors de déclarations solennelles ou au sein de documents de planification. Le processus de formulation d'une politique de santé inclut l'identification de priorités, la détermination d'objectifs, le choix d'instruments pour servir à la politique ainsi définie, la mise en place d'une infrastructure institutionnelle et une allocation spécifique de fonds. Plus concrètement, il s'agit de déterminer quels sont les problèmes de santé les plus importants et d'établir des programmes d'action et des prévisions en fonction, d'une part, de cet état de santé et, d'autre part, des moyens disponibles. Il s'agit également de mesurer l'effet de ces activités pour corriger, si nécessaire, les orientations qui ont été prises. La mise en œuvre d'une politique de santé suppose que l'on dispose d'informations sur le potentiel des services, sur leurs activités, sur l'état de santé des populations, les facteurs de risque et les sous-groupes les plus vulnérables, le tout de façon continue (1).

Les soins de santé avant les politiques de santé

La médecine traditionnelle

Une politique de santé, si elle n'intègre pas la médecine traditionnelle, ne peut l'ignorer. L'intégration plus ou moins profonde des deux rationalités, traditionnelle et moderne, détermine l'itinéraire thérapeutique des malades et ses conséquences sur l'issue de leur maladie.

Certaines pratiques populaires sont bénéfiques et peuvent être utilement prises en compte par les programmes de santé moder-

nes. D'autres, au contraire, sont nocives. Le risque de tétanos néonatal dû à la section du cordon ombilical selon la technique traditionnelle africaine est bien connu, de même que la solution qui consiste à informer les matrones rurales des dangers qui sont associés à cette technique et à leur fournir une trousse instrumentale appropriée. Citons encore le cas de certaines pratiques diététiques lors de maladies infectieuses comme la rougeole, ou de syndrome diarrhéique des enfants, qui peuvent entraîner des complications. L'étude systématique des traitements adoptés par diverses populations africaines dans un cadre pluridisciplinaire (anthropologie et médecine) contribuerait utilement aux programmes d'éducation sanitaire.

Au-delà des pratiques familiales, quel est le rôle de la médecine traditionnelle ? Elle fait partie d'une culture et ses représentants sont très intégrés au tissu social. Les guérisseurs sont les plus nombreux. Ils se réfèrent au culte des ancêtres et utilisent, pour leur thérapeutique, la pharmacopée traditionnelle. Les voyants se réfèrent, eux, au système islamique, bien qu'ils utilisent également des représentations et des thérapeutiques non islamiques. Enfin, les manipulateurs ou rebouteux complètent le monde de la médecine traditionnelle. Au Sénégal, par exemple, on compte en moyenne 1 guérisseur pour 250 habitants : lorsque la médecine moderne propose un infirmier pour 15 000 habitants et un médecin pour 150 000 habitants, on devine comment cette assistance traditionnelle constitue une composante essentielle du système de santé.

Les moyens de la médecine traditionnelle sont-ils suffisamment puissants et efficaces pour affecter le niveau de la mortalité en Afrique ? Si elle peut souvent aider à mieux vivre, le niveau atteint démontre, autrefois comme aujourd'hui, son impuissance à lutter contre les principales causes de mortalité, et en particulier celles qui touchent les enfants.

Le système moderne de santé

En 1918, Aristide Le Dantec fondait à Dakar la première École de médecins africains, destinée à pourvoir les colonies françaises

* Pour des raisons qui tiennent à la disparité économique, sociale et culturelle très nette qui existe entre les pays du Maghreb et ceux du reste de l'Afrique, cet article se concentrera sur ces derniers.

(1) Il convient de situer les relations qui existent entre politique de population et politique de santé. Une politique de population a pour objectif d'influencer l'évolution démographique de la population totale, de ses composantes, ou de ses déterminants. Une politique de santé a pour seul but d'améliorer l'état de santé des populations. Cepen-

dant, une politique de santé efficace aura un impact sur l'évolution globale de la population dans la mesure où la mortalité s'en trouvera réduite et où la fécondité sera également affectée à travers les programmes de planification familiale intégrés aux interventions de santé maternelle et infantile. A son tour, une politique de santé peut être influencée par l'évolution globale de la population en subissant les contraintes du nombre (effectifs et répartition de la population) et du rythme de la croissance démographique.

d'Afrique. Il donnait ainsi une nouvelle orientation à ce qui servait alors de politique de santé, mais on était encore très loin de la définition présentée plus haut.

Par la suite, la stratégie a consisté à contrôler certaines endémies meurtrières, comme la maladie du sommeil, ou trypanosomiase, au moyen d'équipes mobiles de prospection et de traitement. Cette forme d'intervention était liée à une politique de population implicite qui consistait à « *faire de l'homme* » (dixit un médecin-colonel), afin de répondre aux besoins de main-d'œuvre, laquelle était décimée par la trypanosomiase dans certaines régions, par des épidémies de méningite dans d'autres, ou qui était contrainte de quitter les vallées fertiles en raison de l'onchocercose qui s'y développait et qui pouvait conduire à la cécité.

Jusqu'à ces dernières années, cependant, il n'existait pas de politique de santé digne de ce nom, dans la plupart des pays de l'Afrique au sud du Sahara. Le plus souvent, la juxtaposition de postes fixes et d'équipes mobiles représentait l'ensemble du système de santé disponible.

L'émergence des politiques de santé

Nombre de pays en voie de développement se dotent de plans de développement dès le début des années soixante, à l'aube de l'indépendance politique. Les premiers éléments d'une politique de santé y sont inscrits. Dans la pratique, cependant, il arrive souvent que la politique formulée se réduise à un vœu pieux non suivi d'action. Le développement économique était considéré comme le mécanisme de base des politiques sociales qui incluaient, souvent implicitement, la santé. L'élévation du niveau de vie, qui devait résulter du décollage économique des jeunes nations, aurait automatiquement conduit à une amélioration du bien-être de l'ensemble de la population. La formulation de politiques spécifiques en matière de santé était donc considérée comme inutile, celle-ci devenant un simple sous-produit du développement économique global.

En fait, il apparut dès la fin des années soixante qu'en dépit des performances remarquables en matière de croissance économique, les problèmes de sous-alimentation et de santé en général n'avaient encore été résolus nulle part même si certaines grandes endémies avaient été efficacement combattues. L'une des raisons de cette situation avait été identifiée comme résultant du modèle hospitalo-universitaire, alors privilégié, implanté exclusivement dans les zones urbaines et consacré presque uniquement à la fourniture de soins curatifs. Cette situation était renforcée par l'attitude des bailleurs de fond — organisations internationales, fondations pri-

vées et organismes de coopération bilatérale — pour lesquels il était plus séduisant et plus facile de soutenir un système de santé combinant les avantages de visibilité et de possibilité de contrôle de la gestion. La stratégie adoptée au cours de ces années continue de marquer le système de santé publique dans beaucoup de pays africains.

Ainsi, au Sénégal par exemple, le plan couvrant la période 1961-1964, le premier d'une longue série de plans quadriennaux, a fait une place importante aux investissements sociaux. D'un plan à l'autre, cependant, la part des investissements sociaux s'est réduite au profit des investissements directement productifs économiquement. L'orientation générale des plans successifs n'a pas été profondément modifiée. Les principes en sont demeurés : la priorité du milieu rural sur le milieu urbain, de la médecine de masse sur la médecine de l'élite, des soins préventifs sur les soins curatifs, et l'accent porté sur la communication et l'éducation sanitaire afin de « rompre le cercle vicieux ignorance-misère-maladie » (2). Le devoir du gouvernement dans le domaine de la santé publique a été maintes fois rappelé, pour assurer « le droit à la santé de chaque citoyen » (3). On le voit, cette approche n'a rien à envier à la *Stratégie des soins de santé primaires*, développée lors de la conférence d'Alma-Ata, en 1978. Rares sont les pays qui n'ont pas inscrit les mêmes principes dans leurs déclarations.

Étant données les conditions de réalisation de ces grands projets, il est cependant abusif de parler de « politiques de santé ». Au Sénégal, le 4^e Plan reconnaît d'ailleurs que :

« Si, à première vue, la densité de l'infrastructure sanitaire paraît satisfaisante, il semble que les moyens de la rendre efficace diminuent, notamment les moyens matériels. De surcroît, l'allocation des ressources se fait de plus en plus en faveur des hôpitaux, aussi bien en ce qui concerne le personnel que les médicaments, les services de santé de base et les services de prévention reçoivent une part décroissante de médicaments et de matériel » (4).

De plus, de fortes disparités régionales caractérisent l'allocation des ressources comme celle du personnel. Le nombre de médecins a certes augmenté de 192 en 1966 à 307 en 1976, mais 73 % d'entre eux travaillent à Dakar. De même, la capitale sénégalaise absorbe à elle seule 45 % du budget santé du pays. La même situation prévaut dans la plupart des pays du continent.

(2) République du Sénégal, *Deuxième plan quadriennal de développement économique et social. 1965-1969*, Dakar, 1965, p. 235.

(3) Ministère du Plan et de la Coopéra-

tion, *IV^e plan quadriennal de développement économique et social. 1973-1977*, Dakar, NEA, 1973, p. 199.

(4) *Ibid.*

La diminution de la part du budget national consacrée à la santé traduit le désengagement progressif des gouvernements dans ce domaine. L'Organisation mondiale de la santé recommande que la part des dépenses de fonctionnement de la santé représente au moins 10 % du budget national. Au Sénégal, cette part s'est réduite de 9 % en 1960 et en 1970, à 6 % en 1978 et à seulement 5 % en 1989. De nombreux autres pays ont suivi la même évolution. Il est vrai que cette baisse a été compensée en partie par la prise en charge de l'achat des médicaments par les ménages et par les ONG. Ainsi, la part du secteur public dans les dépenses de médicaments pour l'ensemble du Sénégal a diminué de 60 % en 1964 à 25 % en 1978.

L'évolution du système moderne de santé

Face aux carences de la médecine moderne (absence de contrôle de l'eau et des vecteurs pathologiques, équipement et personnel médical réduit), la médecine traditionnelle dominait en milieu rural jusqu'à ces dernières années. Les postes sanitaires attiraient en général une très faible proportion de la population : centre de soins doté d'un médecin unique pour 100 000 habitants, dispensaire supposé subvenir aux besoins de santé de 10 000 habitants avec un seul infirmier, personnel souvent mal et peu formé ne disposant que de quelques médicaments en quantité limitée, ... telle était l'image de la médecine moderne en milieu rural.

Les relevés d'un dispensaire de chef-lieu d'arrondissement nous apprennent qu'en 1965, supposé couvrir une population de 20 000 habitants, il consacrait en fait 50 % de son activité aux 2 000 résidents du village, 35 % aux 8 000 habitants des environs et seulement 15 % à la population la plus éloignée (une dizaine de kilomètres). L'impact des soins de santé délivrés par le dispensaire était cependant très réduit : la différence dans le niveau de mortalité entre les deux villages de l'arrondissement disposant d'un dispensaire et le niveau de mortalité dans le reste de l'arrondissement n'est pas significative.

Les seules interventions médicales de portée générale en milieu rural consistaient en campagnes de protection contre la lèpre et la trypanosomiase, contre les épidémies de méningite ou l'onchocercose, et en programmes de vaccination (variole et fièvre jaune d'abord, rougeole et parfois BCG plus tard). Historiquement, cette forme d'action, confiée à des équipes mobiles d'un niveau élevé de technicité, a joué un grand rôle. Elle a, en particulier, fait disparaître la maladie du sommeil qui dépeuplait certaines régions, notamment en Afrique centrale, au Burkina Faso et au Mali. Cependant, le rôle des équipes mobiles est resté limité à un nombre res-

treint d'affections et la mortalité générale n'a que peu diminué. Les progrès ont été très réduits en ce qui concerne la santé des enfants surtout.

Alma-Ata et la Stratégie des soins de santé primaires

Devant la faible efficacité d'un système qui n'érodait que très lentement les niveaux de mortalité des populations africaines, les gouvernements ont été conduits à adopter une stratégie plus adaptée aux besoins du plus grand nombre. Les années soixante-dix ont ainsi vu se forger de nouveaux concepts qui ont abouti à la formulation de la *Stratégie des soins de santé primaires*. Cette stratégie fut définie lors de la conférence tenue en 1978 à Alma-Ata, en Union soviétique, pour réaliser ce que l'Assemblée mondiale de la santé avait tracé comme objectif un an auparavant, sous la forme du slogan « la santé pour tous en l'an 2000 ». La conférence d'Alma-Ata, organisée sous l'égide des Nations unies — OMS et FISE plus précisément —, marque une profonde rupture dans la façon dont les problèmes de santé dans le Tiers monde en général, en Afrique en particulier, ont été abordés. En 1983, la presque totalité des pays du monde avait adopté l'idée que l'État, responsable du bien-être de ses populations, se devait de tout mettre en œuvre pour orienter les services de santé publique vers la satisfaction des besoins essentiels de tous.

Les soins de santé primaires avaient été définis à Alma-Ata comme « *les soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation, et à un coût abordable pour la communauté et le pays* ». Il était également souligné que « *les soins de santé primaires font partie intégrante du système de santé du pays dont ils constituent le noyau, ainsi que du développement social et économique global de la communauté* ». Plus spécifiquement, la stratégie comprend des actions médicales directes (vaccination contre les grandes endémies infectieuses : diphtérie, coqueluche, tétanos, rougeole, poliomyélite et tuberculose ; prévention et contrôle des maladies parasitaires par élimination des vecteurs au niveau communautaire ; fourniture des médicaments essentiels : soins prénataux ; assistance à l'accouchement), des actions dans le domaine de la nutrition (promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles) et des actions plus indirectes, qui relèvent du domaine social global plutôt que spécifiquement de la santé (éducation des populations en matière de santé, d'hygiène et de prévention des maladies ; approvisionnement en eau potable et assainissement du milieu ; planification familiale).

En fait, dans nombre de pays africains, les médecins et autres agents des services de prospection, de prévention et de médecine

mobile, ont reconnu dans les principes définis à Alma-Ata une stratégie qu'ils appliquaient depuis longtemps mais dont l'affirmation ne pouvait que renforcer leur position dans la politique de santé du pays. Aussi, dès le début, la Déclaration d'Alma-Ata fut solidement soutenue par la plupart des pays africains. L'OUA proclame dans la Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples de 1981 qu'il est du droit de chaque individu de jouir du meilleur état de santé physique et morale (article 16.1) et que les États signataires s'engagent à prendre les mesures qui s'imposent pour protéger la santé de leur peuple et pour s'assurer que chaque individu reçoit l'attention médicale qui lui est due lorsque son état de santé le nécessite (article 16.2). L'Assemblée des chefs d'État et de gouvernement de l'OUA a constamment réaffirmé son adhésion à la Déclaration de la santé pour tous en l'An 2000 et l'adoption du slogan comme principe fondateur du développement économique et social. En 1990, le sommet de l'OUA, auquel participaient les représentants officiels de 31 pays, a adopté l'Initiative de Bamako, conçue pour mieux gérer les soins de santé primaires dans l'ensemble de l'Afrique au sud du Sahara. Les éléments d'action retenus comme instruments de la stratégie des soins de santé primaires étaient les suivants : tout d'abord, une amélioration de l'accès physique et financier aux structures sanitaires pour l'ensemble des populations, qui devait s'accompagner d'un effort important de décentralisation et de « démédiatisation » : on admettait le principe d'une délégation des tâches et des responsabilités en dehors de la profession médicale avec la volonté d'adapter la stratégie au contexte local, les soins de santé de type occidental étant considérés comme complètement au système traditionnel plutôt que comme substitut ; ensuite, une participation active des populations, représentées par les communautés locales, aux décisions et aux actions en matière de santé ; enfin, une approche multisectorielle, avec un développement conjoint de l'enseignement, de la santé, de l'agriculture : il était reconnu que, pour être efficace, la politique de santé devait s'intégrer dans un projet plus global de développement économique et social.

L'adoption de la *Stratégie des soins de santé primaires* a ainsi incité les gouvernements de nombreux pays africains à développer un système de santé caractérisé par une forte décentralisation et la formation d'un personnel de base. En Mauritanie, par exemple, la politique de santé a été orientée depuis 1986 vers « la création d'une médecine préventive de masse, mieux à même de profiter à toutes les couches de la population urbaine et rurale, et l'extension des soins primaires qui requiert peu d'infrastructures et fait davantage appel à la participation de la population » (commentaire officiel en réponse à la 6^e enquête des Nations unies, 1990). La priorité a été donnée au renforcement des structures communautaires déjà en place et

aux interventions locales conçues pour bénéficier aux groupes les plus vulnérables et les plus isolés de la population. Plusieurs projets ont été entrepris afin de former les villageois qui souhaitaient participer au programme, aux soins médicaux de base et aux pratiques favorisant l'hygiène. La Tanzanie représente un autre exemple typique de l'application réussie de la stratégie des soins de santé primaires. En 1983, un programme baptisé *Iringa* fut élaboré suivant les principes de la Déclaration d'Alma-Ata. Le programme a débuté par un certain nombre d'événements de promotion organisés dans près de 170 villages. Dans chacun de ces villages, un comité de santé fut constitué et deux travailleurs de santé ont été formés. Les parents ont participé en amenant leurs enfants aux *Jours de santé* du village qui avaient lieu régulièrement. Les enfants ont été à chaque fois pesés, vaccinés et soignés si nécessaire. Les parents ont reçu des conseils d'hygiène et de soins médicaux simples de la part des travailleurs de santé. A la suite du programme, la malnutrition s'est trouvée réduite de 60 % dans les localités concernées et les décès de jeunes enfants ont diminué d'environ 30 %, démontrant, si besoin est, l'efficacité d'une telle stratégie. Durant les années 1988-1989, le programme a été étendu aux 620 villages de la région. Une approche similaire a également été développée dans six autres régions et la mise en œuvre d'une campagne nationale est maintenant envisagée.

Le bilan global de la *Stratégie des soins de santé primaires* en Afrique conduit cependant au pessimisme. L'Afrique du sud du Sahara est loin d'approcher l'objectif de la *Santé pour tous en l'an 2000* préconisé lors de la Conférence d'Alma-Ata (dont l'un des indicateurs devait être un niveau d'espérance de vie à la naissance de 60 ans) et réitéré par la suite à l'issue des Assemblées mondiales pour la santé successives. Seulement 15 des 51 pays de la région atteindraient le seuil des 60 ans d'espérance de vie à la naissance en l'an 2000, selon les estimations les plus récentes des Nations unies. L'Organisation mondiale de la santé évalue que dans 12 pays africains sur 25 pour lesquels les données sont disponibles, plus de la moitié de la population habite à plus d'une heure de marche d'un centre de soins de santé local. Pour l'ensemble de l'Afrique au sud du Sahara, seulement un quart de la population rurale et les deux-tiers de la population urbaine ont un accès à l'eau potable à moins de 15 minutes de marche. A peine un enfant africain sur trois est couvert par un programme de surveillance nutritionnelle. Moins de la moitié des femmes enceintes reçoit des soins prénatals ou accouche en présence de personnel qualifié. A peine une femme sur dix est vaccinée contre le tétanos. Pour l'ensemble de l'Afrique, seulement 32 % des enfants ont reçu le BCG, 17 % le DTC-3 et 31 % le vaccin contre la rougeole et dans des pays comme le Burundi, le Cameroun, le Tchad, l'Éthiopie, Madagas-

car et le Mali, à peine 10 % des enfants de moins d'un an ont reçu les trois doses de vaccin anti-poliomyélite.

Contraintes matérielles et culturelles des politiques de santé modernes

L'échec patent des politiques de santé africaines telles qu'elles ont été développées au cours des années soixante-dix résulte en grande partie d'un manque de ressources attribuées au secteur de la santé, renforcé par un engagement des gouvernements et de moins en moins actif. La responsabilité en revient également en partie à la façon dont la *Stratégie des soins de santé primaires* avait été conceptualisée, puis mise en œuvre, faisant souvent fi de la spécificité propre à chaque région et aux obstacles majeurs susceptibles de l'entraver.

La participation des communautés locales avait été pensée, dès les débuts de la *Stratégie des soins de santé primaires*, comme un instrument privilégié pour réaliser l'objectif de la « santé pour tous ». La mise en œuvre de programmes relevant de la stratégie supposait donc l'existence de communautés autonomes, représentant l'ensemble de la population et pouvant être immédiatement mobilisées pour organiser leur propre bien-être collectif de façon égalitaire. Outre le fait que de tels réseaux communautaires relevaient souvent du domaine purement théorique, cette stratégie s'est presque partout heurtée à des résistances prévisibles de la part des élites villageoises traditionnelles d'une part et du corps médical qui voyait son pouvoir menacé du fait de la valorisation du personnel para-médical (infirmiers et sage-femmes), voire extra-médical (guérisseurs), d'autre part. En plus de ces blocages sur le terrain, les politiques de santé s'inspirant des principes d'Alma-Ata ont en partie été battues en brèche par la rigidité du système de santé qu'elles prétendaient réformer.

La difficulté principale résidait dans le contrôle très fortement centralisé exercé par les bureaucraties des gouvernements nationaux. Affaiblissant l'administration chargée de gérer la santé publique à la périphérie, cette hyper-centralisation a fait obstacle à la mise en œuvre d'une nouvelle rationalité. La plupart des bureaucrates responsables du domaine de la santé sont restés enfermés dans une logique caractérisée par le privilège des villes sur les campagnes, des hôpitaux sur les autres centres de santé et de la haute technologie médicale sur les soins essentiels, ce système se perpétuant de lui-même à la fois politiquement et administrativement. La rigidité des structures de pouvoir traditionnelles a également fait échec à l'intégration des activités de santé dans un projet de développement économique et social global comme cela avait été préconisé lors de

l'élaboration de la stratégie des soins de santé primaires. Enfin, la stratégie originelle a été victime de la crise économique internationale qui a touché les pays africains de plein fouet.

Pour réaliser l'objectif des soins de santé primaires, l'Organisation mondiale de la santé recommandait d'augmenter la proportion des dépenses destinées à la santé pour atteindre 5 % du Produit national brut. En 1981, les pays africains attribuaient entre 1 % (Soudan) et 11,9 % (Mozambique) des dépenses publiques au secteur santé. Un certain nombre de budgets de santé ont pu rester stables par rapport aux budgets nationaux, comme ceux de Madagascar et du Mali ; celui du Burundi a augmenté en 1984. Mais d'autres sont en nette décroissance : ainsi le budget du Zimbabwe a été réduit de presque 20 % en 1984-1985, celui du ministère de la Santé du Sierra Leone est passé de 15,4 % du budget national en 1963-1964 à 13,9 % en 1971-1972, puis à 8,2 % en 1980-1981 et celui de la Tanzanie a diminué de 8,8 % en 1979 à 5,8 % en 1984. Combinés à cette réduction des budgets consacrés à la santé, les effets de la croissance démographique — la plus élevée du monde — aggravent encore la situation : les sommes disponibles par habitant ont diminué dans tous les pays. La grande déception des gouvernements africains devant l'échec de la stratégie des soins de santé primaires résulte en partie d'un malentendu initial : l'illusion que la mise en œuvre des soins de santé de base ne coûterait que très peu. S'il est vrai qu'un vaccin administré à un enfant coûte moins de dix centimes, le même vaccin appliqué à l'ensemble de la population enfantine est susceptible d'alourdir considérablement un budget de santé déjà réduit à la portion congrue, surtout lorsqu'il s'ajoute à toute une série d'autres immunisations, à un programme de lutte contre la malnutrition et à un ensemble de mesures d'éducation maternelle en matière de réhydratation par voie orale, d'allaitement et d'hygiène générale.

La crise économique a conduit à une prise de conscience que la stratégie de la « Santé pour tous en l'an 2000 » avait été trop ambitieuse dans ses objectifs, dans la mesure où les ressources nationales disponibles étaient trop limitées pour satisfaire les besoins, même de base, de l'ensemble de la population. Face à l'échec de la *Stratégie des soins de santé primaires* qui devait mener à la réalisation de la « santé pour tous... » et à laquelle ils avaient adhéré avec enthousiasme, les États africains se sont progressivement désengagés au cours des années 80, s'en remettant d'une part aux technocrates traditionnellement responsables de la santé publique et d'autre part aux organismes internationaux, principaux bailleurs de fonds des programmes mis en œuvre dans le domaine de la santé. Or, il apparaît que la plupart de ces organisations se sont, dans les faits en tous cas, rapidement détournés de la stratégie définie à Alma-Ara pour adopter une approche plus sélective qui

correspondait mieux à leur vocation initiale, caractérisée par des interventions verticales et ponctuelles réalisées indépendamment des programmes dans le cadre de la planification de la santé par les gouvernements.

Une nouvelle approche pour la Stratégie des soins de santé primaires

L'impulsion initiale fut donnée par la Fondation Rockefeller qui, estimant que les ressources financières disponibles étaient insuffisantes pour couvrir l'ensemble des soins de santé primaires, établissait, dès 1979, une liste d'interventions considérées comme prioritaires. Deux groupes, jugés comme les plus vulnérables, représentent la cible principale de cette stratégie sélective : les enfants de moins de cinq ans, auxquels sont destinés les programmes d'immunisation, de réhydratation orale et d'allaitement prolongé, et les femmes en âge de procréer, qui bénéficient ainsi de campagnes de vaccination contre le tétanos, de bonnes conditions d'accouchement et du libre accès à la contraception.

Cette nouvelle démarche, dite des « soins de santé primaires sélectifs », connut très vite un succès considérable auprès des organisations internationales (Banque mondiale et diverses agences des Nations unies, dont l'UNICEF qui avait pourtant été l'un des plus actifs promoteurs de la stratégie définie à Alma-Ata), des organismes de coopération bilatérale (Agence américaine de l'aide au développement, alias USAID) et des fondations privées (Fondation Ford par exemple). Seule l'Organisation mondiale de la santé, dépourvue malheureusement de moyens importants, continue de soutenir techniquement et politiquement la stratégie globale des soins de santé primaires. Les autres organisations internationales s'en sont détournées pour en revenir au mode d'intervention vertical qui existait avant la conférence d'Alma-Ata et qui consistait à établir les priorités en fonction de la prévalence et de la sévérité des maladies, de leurs risques de mortalité et de l'efficacité et du coût de leur contrôle. Un programme de très grande ampleur fut en ce sens conçu par l'UNICEF dès 1982. Baptisé GOBI-FF, d'après les initiales de ses éléments principaux, ce programme est dirigé vers les enfants de moins de cinq ans. Ses composantes sont : la surveillance de la croissance (*Growth monitoring*) destinée à contrôler la malnutrition ; la promotion de la thérapie de réhydratation par voie orale (*Oral rehydration therapy*) qui permet d'éviter les décès dus à des épisodes de diarrhée aiguë ; un allaitement prolongé (*Breast-feeding*) pour assurer le meilleur équilibre nutritionnel, de bonnes conditions d'hygiène alimentaire et une protection immunitaire anti-infectieuse ; la vaccination contre les principales maladies de l'enfance (*Immunization*) ; un apport de suppléments alimentaires

(*Food*) pour compenser les carences nutritionnelles ; et, enfin, un meilleur accès à la planification familiale (*Family planning*) dans la mesure où le risque de mortalité des enfants nés avant ou après un intervalle intergénérisique court — inférieur à 24 mois — est beaucoup plus élevé que pour les autres enfants. La plupart de ces éléments figuraient certes déjà dans les programmes mis en œuvre dans le cadre de la *Stratégie des soins de santé primaires* et, au départ, l'UNICEF plaçait ses priorités dans le cadre global et intégré des actions de développement.

La stratégie des soins de santé sélectifs n'est sans doute pas à rejeter en bloc. Les réalisations du Programme élargi de vaccination, un autre programme sélectif élaboré par l'UNICEF en conjonction avec GOBI-FF, ont été remarquables dans certaines régions. Reste à savoir si cette approche se révélera adaptée aux défis menaçants qui émergent en cette aube du XXI^e siècle : recrudescence du paludisme, explosions sporadiques de choléra et, surtout, extension progressive de l'épidémie de Sida. Pour cette dernière maladie, en particulier, le caractère ponctuel de programmes sélectifs et leur manque d'articulation avec les systèmes de santé publique déjà en place semblent mal s'accorder avec la nécessité d'un effort soutenu, qui toucherait en profondeur toutes les couches de la population.

Évaluer l'impact des politiques de santé sur la mortalité

Les responsables de la santé publique dans les pays africains souhaiteraient connaître de façon suivie les niveaux de santé de la population, en particulier à partir d'indicateurs robustes, comme par exemple le niveau de la mortalité. Cependant, des indicateurs comme l'espérance de vie à la naissance ou le taux de mortalité infantile sont très difficiles à évaluer précisément dans la mesure où rares sont, en Afrique, les séries temporelles continues.

Soucieux de comparaisons internationales, les éditeurs d'annuaires internationaux n'hésitent certes pas à publier chaque année, pour chaque pays, des chiffres qui sont bien souvent des estimations hasardeuses fondées sur des données dispersées et peu fiables. Les chiffres estimés à partir d'informations disponibles au niveau sous-régional ont parfois un sens, mais ils ne répondent pas au besoin d'une politique nationale. La publication annuelle de tels taux pour chaque pays africains dans les annuaires internationaux crée l'illusion chez les utilisateurs non avertis des problèmes de fiabilité relatifs aux chiffres présentés. Elle a malheureusement aussi un effet démobilisateur dans les pays sur la collecte des données qui seraient nécessaires à une connaissance sérieuse des problèmes de santé nationaux.

Plusieurs pays disposent cependant, au niveau national, de quel-

ques points de repère dans le temps, fournis par des enquêtes ponctuelles. Ainsi, au Sénégal, une enquête réalisée en 1970 a montré que la Casamance se caractérisait par un niveau de mortalité plus élevé que dans les autres régions du pays. Ce résultat a été plus tard confirmé par l'Enquête de fécondité du Sénégal de 1978 et par l'Enquête démographique et de santé de 1986. Cette constatation aurait pu entraîner une orientation particulière de la politique de santé ou, au moins, une recherche des facteurs déterminant cette différence. En réalité, elle semble n'avoir eu aucun écho, peut-être parce que les relations entre service statistique et service de santé n'en sont encore qu'à leurs débuts. On est encore loin de la relation entre connaissance et action.

Pourtant, la plupart des gouvernements déplorent leur manque d'information dans le domaine de la santé. Certains pays « *affirment qu'ils ne disposent pratiquement d'aucune information sur les conditions de mortalité et n'ont donc pas encore pu définir une politique à ce sujet.* »

Que sait-on aujourd'hui de l'impact des politiques de santé sur la population en Afrique ?

Dans le domaine de la mortalité, les progrès réalisés au cours des trois ou quatre dernières décennies ont été considérables. Selon les estimations des Nations unies, l'espérance de vie à la naissance (i.e. durée de vie moyenne en années pour tout individu né vivant durant l'année pour laquelle le calcul a été effectué) est passée d'environ 38 ans en 1950-1955 à 46 ans en 1970-1975, puis à 52 ans en 1985-1990. Les projections moyennes des Nations unies suggèrent cependant que, dans les décennies à venir, la mortalité verra son niveau diminuer dans une moindre mesure, l'espérance de vie à la naissance ne s'élevant encore qu'à 54 ans en 1990-1995, à 56 ans en 1995-2000 et à seulement 58 ans en 2000-2005. Ces estimations masquent les grandes disparités qui caractérisent le continent africain en matière de santé. Ainsi, les Nations unies estiment que quatre pays n'atteindront même pas un niveau d'espérance de vie à la naissance de 50 ans en l'an 2000 (Gambie, Guinée, Éthiopie et Sierra Leone).

Au cours des années soixante, il n'était pas rare de trouver, en milieu rural africain, des taux de mortalité dans l'enfance qui dépassaient le niveau de la mortalité de l'Europe au XVIII^e siècle. Sans négliger l'environnement particulier de la zone intertropicale, cette situation était la preuve que le système de santé fonctionnant alors n'avait pas de prise sur la mortalité. Malgré le déclin enregistré dans la plupart des pays africains, de très grandes disparités demeurent entre les sous-groupes de populations dans un même pays. Ces différences suggèrent que la disponibilité des soins médicaux n'est

pas le seul facteur important et que d'autres, tels que le milieu écologique, l'environnement socio-économique et les pratiques culturelles, jouent également un grand rôle.

Une forte disparité géographique caractérise également l'Afrique subsaharienne en matière de mortalité, avec une nette opposition entre l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique de l'Est et australe. Il apparaît en général que, plus le niveau de mortalité était élevé en 1960, moins les progrès ont été importants. Mis à part la Réunion, Maurice et l'Afrique du Sud, l'écart des quotients de mortalité juvénile était de l'ordre de 1 à 3,3 en 1960 et de 1 à 5,5 en 1978.

Les progrès de la technologie médicale continuent à imprimer leur marque sur l'évolution de la mortalité en Afrique. Après l'éradication de la variole, la lutte contre certaines endémies, telles que la trypanosomiase, la fièvre jaune et la méningite, a fait reculer le spectre de la mort. Il est en général très difficile de faire la part entre ce qui revient à l'action sanitaire directe et ce qui est dû à une amélioration des conditions de vie et d'hygiène. L'effet de l'action médicale sur la mortalité ne peut être mesuré de façon précise que dans certaines circonstances. C'est le cas pour le développement de l'immunisation contre la rougeole. L'effet des premières campagnes a été spectaculaire, interrompant le cours de l'épidémie qui sévissait et faisant chuter l'incidence de la maladie, avec une baisse de la proportion de consultations pour rougeole dans les dispensaires. De plus, la mortalité a reculé dans une proportion plus large que celle due uniquement à la rougeole, assurant un effet positif sur la survie des enfants.

Les politiques de santé peuvent avoir un effet indirect sur l'évolution de la population par leur action sur la fécondité. Il y a quelques décennies, l'hypofécondité prévalait dans certaines régions de l'Afrique. Elle était liée à une tréponématose (le bétel) dans le Sahel, à d'autres pathologies en Afrique centrale. Grâce aux progrès de l'action sanitaire, l'infécondité primaire et secondaire a presque partout reculé.

Un autre volet, plus connu, de la planification familiale, est celui de la régulation des naissances. Les trois formes les plus fréquentes en sont : la prévention des grossesses chez les adolescentes, l'espacement des naissances et la contraception d'arrêt chez les femmes à risque. La planification familiale fait partie intégrante des soins de santé primaires. Elle est théoriquement incluse dans les SMI (programmes de santé maternelle et infantile). En pratique, cependant, cet aspect des politiques de santé est rarement appliqué. L'« *establishment* » médical ne s'est longtemps guère senti concerné par cette question. Quant aux pédiatres en charge des services de SMI, ils ont toujours eu tendance à privilégier la santé de l'enfant par rapport à celle de sa mère. A cet état d'esprit s'est ajouté, dans

nombre de pays africains, un tabou de la part des autorités gouvernementales et de ceux qui les représentaient, tabou d'ailleurs hérité de la tradition coloniale en la matière.

Malgré les prises de position officielles, les interventions de santé ont parfois eu un rôle négatif sur la fécondité en décourageant l'allaitement maternel - par la promotion du biberon dans les maternités par exemple. L'allaitement au sein est associé à un retard du retour à la capacité de concevoir, en inhibant la production de l'hormone responsable de la régulation des cycles ovulatoires. En Afrique, la durée moyenne de l'allaitement demeure cependant très élevée, avec en général une moyenne de deux ans en milieu rural, de dix-huit mois en milieu urbain. Ses effets positifs sur la survie des enfants et la durée des intervalles entre les naissances sont maintenant heureusement reconnus.

Au total, les politiques de santé ont participé à réduire considérablement les niveaux de mortalité extrêmement élevés qui caractérisaient l'Afrique jusqu'à ces dernières décennies, réduction qui a contribué à l'« explosion démographique » du continent.

Magali Barbieri

CEPED

Pierre Cantrelle

ORSTOM