

## SOINS DE SANTE ET DEVELOPPEMENT

par

P. MERCENIER

*Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold,  
Unité de Recherche et d'Enseignement en Santé Publique,  
Nationalestraat 155, B-2000 Antwerpen, Belgique*

---

Dans cette réflexion sur les Soins de Santé dans le cadre du Développement, nous nous limiterons volontairement aux problèmes posés par l'organisation de ces soins dans le contexte des pays en développement. Nous ne voulons pas, par là, ignorer l'importance pour la santé, des mesures d'hygiène collective, évacuation des déchets, distribution d'eau potable, etc... dont la mise en place et le fonctionnement, surtout dans les agglomérations, incombe de façon tellement prépondérante aux pouvoirs publics que la responsabilité directe des gens y est peu engagée. C'est précisément les problèmes que posent les relations entre les services de soins de santé et populations qu'ils desservent qui servira de base à notre analyse.

Dans une première partie, nous tenterons d'analyser les tendances classiques qui ont influencé et influencent encore le plus souvent les réalisations concrètes dans le domaine que nous avons pris comme sujet. Dans une deuxième partie nous tenterons de définir une alternative qui, sous des noms divers, est largement acceptée comme concept fondamental par les institutions internationales (O. M. S.) et de nombreux gouvernements, mais dont les réalisations concrètes restent étrangement timides.

### 1. Analyse des tendances classiques

Si nous considérons la problématique de la Santé dans l'ensemble des pays non industrialisés, ce qui frappe avant tout l'observateur le plus superficiel est, d'une part, l'immensité des problèmes et le poids de la maladie qui en résulte, et d'autre part l'insuffisance relative des ressources pour y faire face. Ces deux éléments se rencontrent à des degrés divers selon les pays ou les régions.

Nous proposons dans cette analyse de présenter schématiquement les réactions à cet état de chose, selon deux grandes tendances, classiques, que nous appellerons la tendance caritative à base plutôt sociale, et la tendance technocratique, à orientation plutôt économiste. Il faut remarquer que ces deux tendances ne sont pas mutuellement exclusives et qu'elles coexistent souvent dans les mentalités aussi bien que dans les réalisations, tout en conservant leurs caractères respectifs.

#### 1.1 *Tendance technocratique*

Elle se veut essentiellement objective et conduit à rechercher des priorités basées sur des éléments concrets, mesurables. Elle fait peu de part

à la perception subjective des problèmes par les gens. Elle veut pouvoir évaluer son impact en rentabilité à relativement court-terme.

Les maladies transmissibles et carencielles jouent un rôle prédominant dans le poids global de la maladie dans les pays en voie de développement. L'expérience des pays industrialisés montre que ces maladies sont très largement vulnérables à des activités préventives organisées au niveau des collectivités. Les actions feront donc une large place à l'environnement, à la médecine dite de masse, avec accent prononcé sur la prévention, et à une éducation sanitaire volontairement directive.

L'organisation se fera en fonction d'objectifs limités mais bien définis, en utilisant des méthodes standardisées qui permettront une utilisation maximale des ressources humaines et matérielles. Les structures seront mises en place assez facilement, et rapidement. La conduite des opérations, la supervision et l'évaluation sont relativement simples.

Cette approche, appelée « Campagne de Masse », souvent mise en opération par des Equipes Mobiles, a à son actif des succès certains et parfois spectaculaires. Citons pour mémoire l'éradication de la variole, la lutte contre la fièvre jaune, la quasi-disparition du pian, peut-être l'éradication de l'onchocercose dans certaines régions, et, à moindre titre, la lutte contre la malaria, la trypanosomiase ou la maladie de Chagas.

Les possibilités de cette approche ne peuvent cependant pas être surestimées.

D'une part, la vulnérabilité de certaines maladies transmissibles et carencielles aux méthodes préventives n'est souvent qu'apparente. S'il est vrai que ces maladies sont effectivement « prévenues » dans les pays industrialisés, ce n'est pas le résultat d'une action préventive isolée de son contexte, mais la retombée heureuse d'un développement, global et relativement équilibré, où se retrouvent la création des infrastructures collectives aussi bien que l'élévation du niveau de vie individuel.

L'histoire récente du choléra et les déceptions accumulées par l'ambitieux programme contre la malaria sont illustratives à ce point de vue.

D'autre part, les messages transmis par une éducation sanitaire directive, fonction de l'objectif à atteindre, sont souvent établis sans tenir compte du contexte dans lequel ils seront reçus. Les réalités économiques, les structures socio-culturelles représentent autant de barrières qui, ignorées par la volonté directive de ceux qui ne vivent pas la vie des populations, vont empêcher les messages de conduire aux modifications de comportement visées. Ils sont souvent ignorés et restent lettre morte, sinon parfois interprétés à centre sens avec des résultats parfois inattendus. Les résultats décevants de nombreux programmes visant à promouvoir l'hygiène individuelle, et surtout ceux de certains programmes de régulation des naissances, sont presque démonstratifs de ce problème.

Enfin, la prévention spécifique, même lorsqu'elle a, à court terme, des résultats immédiatement perceptibles pour les gens, les laissent confrontés à l'ensemble des autres problèmes de santé qui les touchent, plus nombreux que ceux dont on les a libérés. Comme ces problèmes restent, à leurs yeux, suffisamment préoccupants, ils y cherchent, légitimement, les solutions qui leur sont accessibles, parfois bonnes, parfois avec des conséquences désastreuses pour leur santé, ou pour leurs maigres revenus.

Il est ainsi d'observation courante dans les pays du tiers-monde, de voir les gens dépenser des sommes d'argent, considérables par rapport à leurs revenus, pour l'achat sur le marché libre de médicaments parfois nuisibles, souvent inefficaces et toujours exagérément coûteux.

Dans ces divers aspects, l'établissement d'une communication étroite et continue entre la population et les équipes pourrait pallier partiellement aux inconvénients relevés. Mais les conditions de la Campagne de Masse ne favorise pas cette communication. Il n'est donc pas étonnant que, au-delà des objectifs précis qu'on lui a donné et dans la mesure où ceux-ci ont été atteints, cette approche contribue peu à établir les bases d'un développement équilibré.

Si une telle approche était, au niveau des communautés locales, utilisée isolément, on pourrait même craindre des effets négatifs par les vides qu'elle laisse dans la réponse à l'ensemble des besoins ressentis.

## 1.2. *Tendance caritative*

Elle résulte avant tout d'une réaction spontanée à l'observation de la souffrance humaine. Ses objectifs ne sont pas explicités, mais implicitement ils s'expriment par une aspiration à soulager la souffrance la plus visible, donc la souffrance individuelle immédiate. Les problèmes ne sont pas considérés avec le recul qui permet de les comprendre comme résultant d'une interaction de facteurs divers agissant au niveau de la collectivité.

Ici les actions seront donc très fortement marquées par des méthodes curatives individuelles, caractéristiques de la médecine occidentale. Celle-ci dispose de techniques particulièrement efficaces pour le traitement curatif des maladies les plus fréquentes, infectieuses, parasitaires ou carencielles. Ses succès sont visibles. Les dispensaires et les hôpitaux mis à la disposition des gens, dans la mesure où ils sont approvisionnés régulièrement en médicaments, sont facilement acceptés par eux et largement fréquentés.

Cette forme de dispensation des soins est conforme aux modèles les plus visibles des pays industrialisés. Elle est donc facilement assimilée à développement, à progrès, dans l'esprit du profane et donc des tenants du pouvoir. Elle est d'autant plus facilement acceptée par eux qu'elle est mieux adaptée aux besoins des classes sociales dirigeantes auxquelles ils appartiennent généralement, qu'aux besoins fondamentaux de l'ensemble de la population.

Cette médecine de soins est donc largement acceptée et sans doute soulage-t-elle bon nombre de souffrances immédiates.

Ses implications pour le développement peuvent cependant être néfastes.

D'une part, la médecine de soins occidentale, sous-tendue d'une idéologie individualiste et basée sur une relation de dépendance du malade vis-à-vis du médecin, ne change pas fondamentalement le type de relation qui existe dans les communautés traditionnelles avec le guérisseur ou le sorcier, considéré comme la personne à laquelle il faut s'en remettre parce qu'elle possède le savoir. Dans ce type de relations, il y a peu de place pour promouvoir dans la population la recherche de solutions plus fondamentales aux problèmes rencontrés. Cette tendance favorise donc une attitude passive et dépendante.

Elle néglige par ailleurs l'existence d'un comportement sanitaire traditionnel de ces populations, y compris le recours aux guérisseurs, et conduit ainsi, soit à la régression de comportements parfois favorables (citons l'allaitement maternel, l'espacement des naissances) soit à l'établissement de systèmes parallèles entre lesquels l'individu, abandonné à lui-même, est souvent incapable de faire un choix raisonné. Pensons au recours fréquent à l'automédication traditionnelle au moment même où l'on consulte à l'hôpital, et souvent à l'insu du personnel soignant hospitalier lui-même.

Mais la médecine de soins occidentale, contrairement aux pratiques et médications traditionnelles, coûte très cher, en espèces aussi bien qu'en personnel qualifié, dès qu'elle est entraînée dans la spirale inflation des technologies modernes. L'offre de services crée très rapidement une demande à laquelle les ressources locales, et peut-être même nationales, ne peuvent répondre. Il en résulte dépendance vis-à-vis des ressources venant d'ailleurs, et insuffisance des services par rapport à la demande, qui se traduit finalement par une distribution très inégale de ces services. Le développement d'ensembles hospitaliers disproportionnés dans les grandes villes fait partie de l'imagerie habituelle dans la discussion de ces problèmes. La contrepartie évidente en est la disponibilité insuffisante de services même les plus élémentaires pour une grande partie de la population.

Enfin, cette demande suscitée, dont le besoin a été progressivement créé, influencera l'allocation des budgets. En état de compétition perpétuelle avec les investissements productifs, les dépenses médicales seront un facteur de déséquilibre dans l'établissement des budgets de développement.

Développement inégal, dépendance économique et mentale, passivité, perte de confiance de la population en elle-même sont diverses conséquences de l'approche caritative qui ne créent pas les conditions favorables à un développement global.

Il nous semble que les systèmes à idéologie égalitaire, basés sur le droit des populations à la santé, et qui tendront à la dispensation d'une médecine gratuite pour tous, ne changeront fondamentalement le caractère paternaliste de la tendance caritative que dans la mesure où le sentiment d'appartenance des individus et des communautés locales à une collectivité plus large, nationale, permettrait à la population un choix réel pour l'utilisation des ressources individuelles et collectives.

### 1.3. *En conclusion*

La tendance technocratique se traduit par des activités dont l'effet sur les aspects économiques du développement et sur certains aspects objectivables du bien-être est réel mais limité. A cause des vastes besoins ressentis auxquels elle n'apporte pas de réponse, elle laisse un vide et abandonne ainsi les populations à des solutions irrationnelles (offre caritative ou commerciale) qui ne favorisent pas ou sont en opposition avec un développement harmonieux.

La tendance caritative répond aux besoins ressentis, mais en stimulant une demande irrationnelle, elle entrave un développement équilibré en favorisant les inégalités sociales et en augmentant la dépendance des populations vis-à-vis des solutions et des moyens attendus de l'extérieur.

Elle ne favorise pas la solution fondamentale des problèmes parce que la stimulation de la demande crée perpétuellement des besoins nouveaux avant que les besoins prioritaires puissent être satisfaits. Elle entretient un déséquilibre perpétuel entre la demande de service, les services offerts et les priorités sociales de la communauté.

## 2. Définition d'une alternative

Si nous voulons rechercher une alternative réellement satisfaisante aux tendances classiques, il nous appartient de passer en revue les éléments de l'analyse que nous avons faite. C'est grâce à eux que nous pourrions définir les conditions souhaitables à cet effet.

Les changements de comportement induits par la dispensation des soins de santé doivent être adaptés aux possibilités matérielles existantes. Il faut donc maintenir un équilibre entre les diverses composantes du développement d'une part, l'offre de soins de santé d'autre part. La condition nécessaire d'un équilibre constant réside dans la possibilité d'une réadaptation perpétuelle et donc d'une flexibilité suffisante des structures. Il y a donc intérêt à donner un poids essentiel aux structures polyvalentes.

La disponibilité de soins de santé doit d'autre part être adaptée à la perception profonde de leurs besoins socio-économiques prioritaires par les gens eux-mêmes. Une connaissance réelle, et une compréhension globale des problèmes de la communauté est nécessaire pour que le personnel de soins développent avec la population une relation de type empathique, base d'une éducation sanitaire non directive, et qui tienne compte des barrières socio-culturelles.

Les soins de santé devraient répondre en priorité aux besoins de survie élémentaire des gens. Il faut réserver une place importante aux soins curatifs, simples et efficaces, tout en évitant cependant de créer une demande artificielle et des besoins nouveaux.

Les solutions plus fondamentales aux problèmes ressentis doivent être acceptables pour les gens et, pour ce faire, résulter autant que possible d'une décision responsable. Il y a donc lieu d'associer les gens aux prises de décisions. Les méthodes préventives doivent être acceptées non pas comme un domaine à part, mais comme une alternative meilleure pour résoudre certains problèmes particuliers. Elles seront donc intégrées dans l'ensemble des soins de santé, de la conception à l'exécution.

Les services essentiels devront fonctionner autant que possible avec les ressources dont disposent les collectivités pour arriver à un niveau d'autosuffisance qui assure une indépendance réelle vis-à-vis des incertitudes et des aléas de l'extérieur. Dans tous les domaines les solutions devront tendre à donner confiance aux populations sur leurs propres capacités de gérer leurs problèmes. Il conviendra donc de valoriser les solutions locales. Parmi les méthodes à mettre en application, outre un certain niveau d'autofinancement, on doit mentionner l'utilisation des capacités traditionnelles, telles que celles des mères, de personnes relais, celles des sage-femmes et même, si possible, celle des guérisseurs.

La mise en place de tous ces éléments, pour en constituer un système cohérent est précisément le but que s'assigne les services de santé de base, dans une optique que certains appellent de « médecine intégrée ». Est-ce la quadrature du cercle ? Nous ne le pensons pas.

Certes, les obstacles sont nombreux. Outre les contraintes structurelles externes, politiques, administratives, et autres, les structures mentales des partenaires pour la santé n'y sont pas toujours préparées. Il est certain que la réaction spontanée de l'homme souffrant est avant toute autre chose de trouver un soulagement à l'anxiété créée par la maladie. Pour ce faire il recherche l'assistance de quelqu'un en qui il peut mettre sa confiance, et plus spécifiquement, au savoir duquel il peut s'en remettre.

Ce réflexe de dépendance, largement favorisé par une ignorance certaine de la nature des processus morbides, est profondément humain. Il reste cependant limité, dans le temps, aux épisodes angoissants de la maladie. Mais il trouve un écho dans l'attitude habituelle du médecin qui se satisfait facilement de son rôle de thaumaturge. Il le protège, inconsciemment, en filtrant la partie même du savoir qu'il transmet. Pour rompre ce cercle vicieux, il revient au médecin de comprendre qu'il y a une manière autre de valoriser sa compétence, d'assumer son rôle. C'est à lui qu'il appartiendra d'apporter continuellement à chacun les éléments de son savoir qui sont nécessaires à la prise de décision et à une plus grande responsabilité, par la formation continue du personnel auxiliaire et de la population.

Outre ces obstacles externes, l'insuffisance des modèles conceptuels est un obstacle interne, et c'est notre préoccupation immédiate. Dans ce système complexe d'actions et d'interactions, les stratégies doivent être étudiées pour éviter les effets contre-productifs de mesures, saines à première vue.

Il nous semble indispensable d'offrir à la population, un service curatif. Mais ce service curatif ne peut avoir pour objectif unique de soulager les souffrances individuelles. C'est aussi un moyen pour développer une communication avec la population, à partir de la satisfaction de ses besoins ressentis. Pour éviter une observation biaisée des problèmes, cette activité curative doit donc être accompagnée, dès le point de départ, de la création de canaux de communication vers l'extérieur, par l'application de différentes techniques de santé publique, recensement, visites à domicile, réunions de groupes, comité de santé, etc...

Cette médecine curative doit être simple au début, et s'orienter délibérément vers un nombre, peut-être limité, de techniques à efficacité démontrée. Pour éviter l'inflation des coûts, il faudra éviter de créer de nouveaux besoins, non immédiatement ressentis. Il faudra en rester à une technologie suffisamment polyvalente pour éviter de l'engager dans des structures spécialisées difficilement réadaptables par la suite. Très rapidement, il faudra y associer certaines activités préventives, d'abord celles qui sont facilement acceptées par les gens. Cette infrastructure se développant, la relation avec la population s'établira sur une base d'empathie, de telle façon que la confiance ne conduise pas à une dépendance passive, mais à un développement des responsabilités de chacun. C'est le contexte souhaitable pour qu'une éducation sanitaire non directive et une certaine autogestion amène progressivement la population à choisir les méthodes préventives et curatives qui soient à la fois les plus efficaces et les plus rentables pour son bien-être, et qui répondent à ses priorités fondamentales.

Le service de soins de santé peut ainsi jouer un rôle favorable au développement sous divers aspects : responsabilité des gens ou facteur humain du développement, prévention utile ou facteur économique du développement, médecine curative efficace ou facteur de bien-être dans le développement.

Une telle organisation peut se concevoir et s'organiser à des niveaux différents de contraintes matérielles. Une fois mise en place, elle est une base rationnelle qui peut et doit conserver la flexibilité nécessaire pour s'adapter progressivement aux aspirations croissantes de populations dont le développement économique ne peut être qu'un moyen pour un bien-être meilleur, une augmentation de la qualité de vie et de la dignité humaine.

### **3. Conclusion**

La recherche de modèles conceptuels nouveaux n'implique pas qu'il faille faire fi du passé. Mais elle doit nous permettre de redéfinir nos objectifs et de revoir nos stratégies en fonction de situations qui changent, et qui changent précisément en fonction de l'expérience du passé.

Nous ne pensons pas qu'il faille, sauf cas particulier, se faire d'illusions sur la contribution au développement de mesures collectives isolées de leur contexte. Mais il faut savoir résister à l'extension de services d'une technologie sophistiquée qui répond mal aux besoins sociaux prioritaires des gens. Ces services, prestigieux, suscitent une demande à laquelle les populations économiquement défavorisées ne peuvent répondre avec leurs propres ressources et qui les entraînent ainsi dans le cercle vicieux de la dépendance.

Pourrais-je me permettre, pour conclure, d'émettre la proposition suivante : la contribution essentielle des soins de santé au développement, c'est de répondre de façon équilibrée, aux aspirations croissantes des populations pour que le développement ait, pour elles, une signification. Mais en les engageant, en les compromettant, oserais-je dire, dans le processus de décision, la rationalisation ne résulte plus d'une contrainte circonstancielle, mais d'une prise de conscience collective. Dans cette optique, l'organisation des soins de santé peut devenir un modèle utile à bien d'autres aspects du développement.