

# Professionnels et usagers des services de santé

Harrié Van Balen et Monique Van Dormael

## Introduction

La médecine moderne a été marquée, durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, par l'importance croissante des hôpitaux qui se sont progressivement affirmés comme centres par excellence de dispensation de la bonne médecine curative. Dans les années cinquante, les progrès techniques nourrissaient l'énorme espoir de vaincre la maladie, pour autant que l'on rende accessibles à tous les citoyens les soins de santé modernes et la technologie médicale. Des systèmes de Sécurité sociale à couverture universelle ont été institutionnalisés dans les pays industrialisés tandis que, dans les pays en développement, les nouveaux États indépendants se chargeaient, souvent avec l'aide d'experts internationaux, d'organiser le développement par une planification technocratique centralisée. Le modèle de développement était celui des pays occidentaux, l'État-providence constituait un idéal.

Les indépendances entraînèrent en effet peu de réorientations des systèmes nationaux de santé, et les gouvernements du tiers-monde s'efforcèrent surtout d'améliorer l'accessibilité pour tous à des soins de santé gratuits. Mais les grandes lignes de l'organisation des services de santé, héritées du passé colonial, furent maintenues ou même renforcées (Van Dormael, 1997) : d'une part des services curatifs centrés sur les hôpitaux, d'autre part la lutte contre des maladies

endémiques spécifiques, menée par des équipes mobiles censées couvrir toutes les populations à risques. Alors que les discours indépendantistes prônaient la santé rurale, dans les faits les budgets de la santé étaient absorbés par les hôpitaux. Plutôt que de développer les dispensaires ruraux, considérés comme des pis-aller pour les zones où l'accès géographique à l'hôpital posait problème, les grandes campagnes de masse furent renforcées. Les planificateurs mirent ainsi

l'accent sur le contrôle, parfois avec un espoir d'éradication, d'un nombre limité de maladies considérées comme responsables d'une large part des problèmes de santé : variole, fièvre jaune, pian, méningite, trypanosomiase, malaria. Les besoins prioritaires étaient définis par les professionnels sur la base de critères objectifs. Ces programmes de lutte étaient organisés sous forme de campagnes de masse utilisant des méthodes normalisées, souvent mises en œuvre

par des équipes mobiles. Grâce à des mesures rationnelles fondées sur les progrès scientifiques et techniques, on pouvait croire à l'éradication possible de maladies telles que la malaria, pour autant que les ressources nécessaires soient rendues disponibles.

Dans ce contexte, l'intervention des populations bénéficiaires se limitait largement à un rôle passif, au nord comme au sud. C'était en effet aux experts médicaux de déterminer les besoins en santé et les réponses appropriées, et la participation demandée à la population consistait à

Harrié Van Balen a pratiqué la médecine en Afrique Centrale avant de devenir professeur en santé publique. Monique Van Dormael, sociologue, enseigne et étudie les dimensions sociales de la santé publique. Tous deux encadrent de nombreux projets d'organisation des services de santé en Afrique, Asie, Amérique latine et Europe. Adresses : Institut de médecine tropicale, Unité de recherche et d'enseignement en santé publique, 255 Nationalestraat, B 2000 Antwerpen, Belgique, emails : isa@itg.be, mvd@itg.be

accepter avec confiance ce qui lui était proposé. Il s'agissait en somme d'une reproduction à l'échelle collective de la relation entre un patient considéré comme dépossédé de la maîtrise de soi par la maladie et un médecin qui, observant des signes objectifs, établit un diagnostic et prescrit « en son âme et conscience » le traitement qu'il juge techniquement le meilleur.

Le postulat était que ces mesures destinées à améliorer le bien-être des populations des pays en développement seraient reçues avec enthousiasme. Or, comme on a pu le constater de manière répétée depuis lors, la réaction des populations n'est pas toujours conforme aux prévisions des professionnels : le personnel se plaint que beaucoup de malades s'adressent au service de santé avec retard, ne suivent pas les directives de traitement, et ne se conforment pas aux conseils de prévention, qu'il s'agisse de mesures d'hygiène, de styles de vie ou de dépistage systématique.

C'est au cours des années soixante et soixante-dix que se sont forgées, sur le plan international, des conceptions alternatives des soins de santé où le patient individuel et les groupes de populations n'étaient plus considérés comme des bénéficiaires passifs d'activités sanitaires conçues indépendamment d'eux, mais bien comme partenaires actifs : leurs savoirs propres, leurs capacités autonomes de résoudre leurs problèmes et leurs aspirations subjectives, jusque-là ignorés, voire dénigrés, par les professionnels étaient, au moins en principe, réhabilités. Ces conceptions résultent de l'interaction de pratiques de terrain et de réflexions qui ont affecté globalement la manière de penser le développement au cours de la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Elles ont connu un moment culminant avec la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires en 1978 et continuent d'évoluer de manières diversifiées. Elles ont en commun de mettre en tension, dans un équilibre sans cesse à rétablir, les principes de rationalisation faisant appel à l'expertise technique et ceux de la participation fondés sur les savoirs populaires et les aspirations subjectives des individus et collectités. Cet article tente de retracer, en les illustrant par des observations empiriques faites au cours des trente dernières années, les succès, échecs, écueils qu'ont connus les processus de réhabilitation de la parole des citoyens en matière de santé et leur concrétisation dans des formes plus ou moins structurées de dialogue. Il

s'oppose à une idée courante selon laquelle les soins de santé primaires seraient le fruit d'une pensée idéaliste, voire irréaliste, et déconnectée de la pratique pour montrer comment l'expérience de terrain a contribué aux mouvements de pensée.

## **Le détour par l'éducation sanitaire**

Considérant qu'un facteur essentiel d'amélioration de la santé était le changement de comportement des populations, les professionnels de santé des années 1950-1960 ont fait une large place à une éducation sanitaire volontairement directive, dans le but de convaincre les populations d'adopter des comportements prônés par les experts. Or ces messages suscitérent bien souvent des réactions inattendues et les désillusions furent nombreuses.

C'est ainsi que, dans les années soixante, les professionnels de santé tentèrent par exemple de promouvoir l'utilisation de vermifuges non toxiques nouvellement apparus sur le marché. Mais leurs messages d'éducation sanitaire furent réinterprétés dans des sens souvent fort différents de leur intention initiale. Dans des groupes de population qui expliquaient certains maux de tête par « un ver dans la tête » et certaines douleurs articulaires par « un ver dans l'articulation », les vermifuges étaient très prisés. Et, comme l'un des panneaux utilisés pour l'éducation sanitaire mentionnait : « Je fais de bonnes études car je n'ai pas de vers : je prends X », une réaction des élèves d'une école d'infirmiers fut de demander combien de temps avant l'examen le vermifuge devait être pris pour bien réussir.

Un autre exemple illustre le phénomène de réinterprétation par les patients d'instructions thérapeutiques fournies en dehors d'un réel dialogue. Au début des années soixante au Rwanda, les malades tuberculeux recevaient un traitement ambulatoire après une courte hospitalisation : le patient devait donc se rendre mensuellement à l'hôpital pour y recevoir ses médicaments. Trimestriellement on faisait une radioscopie des poumons, et les résultats étaient communiqués au patient. L'un d'entre eux n'étant pas venu chercher ses médicaments au cours du trimestre écoulé, le médecin le lui fit remarquer à l'occasion de la radioscopie. Le patient répliqua qu'il était par contre très régulier pour la scopie. Le médecin lui dit alors que pour guérir, il devait



Gravure représentant la transfusion du sang de l'animal à l'homme, pratiquée le 15 juin 1667 par Denys de Montpellier. Musée des Arts décoratifs, Paris/Harlingue/Viollet.

prendre les médicaments, et que la scopie n'influçait pas la guérison. Le patient répondit que les médicaments lui donnaient mal à l'estomac, tandis qu'après être passé « derrière la machine », il se sentait chaque fois très soulagé. Quand le médecin répéta que la scopie n'avait pas d'effet thérapeutique, le patient lui demanda, très logiquement, pourquoi on lui demandait alors d'y passer tous les trois mois... Cet incident a au moins permis au médecin de comprendre comment une technologie, réinterprétée dans une logique « magique », pouvait dévier l'attention du patient de ce qui était essentiel du point de vue de l'efficacité biomédicale, à savoir la régularité du traitement médicamenteux.

Face à de tels échecs, les professionnels ont pris conscience des limites d'une communication unidirectionnelle et de l'intérêt qu'il y avait à comprendre préalablement les savoirs populaires

et à les prendre comme point de départ d'un réel dialogue avec les usagers : en effet des messages inacceptables dans leur formulation initiale pouvaient, une fois reformulés, constituer des réponses adaptées aux préoccupations des gens. C'est ce que montre l'exemple suivant qui illustre les efforts réalisés au Rwanda pour faire accepter par la population l'espacement des naissances. L'approche était au départ basée sur des messages ponctuels et unidirectionnels renforcés par des supports audiovisuels. Les arguments, conçus par des professionnels de santé, étaient étrangers aux préoccupations de la population rurale, qui ne se sentait pas concernée. Or, en écoutant ultérieurement des femmes rwandaises, des professionnels se sont rendu compte que leur désir d'espacement des naissances était bien réel mais qu'il était lié à leur désir d'un enfant « à terme ». En effet, dans le système de représenta-

tions de ces femmes, la symbiose mère-enfant comprenait une grossesse intra-abdominale suivie d'une « grossesse externe ». Le placenta était d'ailleurs désigné par le même mot que celui utilisé pour parler de la peau de mouton dans laquelle la mère porte le nouveau-né sur son dos : « Ingobyi ». Lorsqu'une femme enceinte sentait les mouvements du fœtus, elle disait que l'enfant « prenait le sein » en tétant les seins « internes ». Après l'accouchement, l'enfant déménageait du ventre (« grossesse interne ») au dos (« grossesse externe ») de la mère, et elle continuait de l'allaiter, grâce cette fois à ses seins « externes ». Si elle devait interrompre l'allaitement avant deux ans, cet enfant était en quelque sorte « né prématurément ». On comprend dès lors que les contraceptifs, présentés comme un moyen pour garantir que l'enfant porté sur le dos puisse être porté « à terme », devenaient très acceptables dans le cadre du système de valeurs traditionnel (Van Balen, 1992). Ailleurs, dans des régions où une abstinence sexuelle prolongée de la mère était traditionnellement respectée pour espacer les naissances, des professionnels de santé présentant la régulation des naissances comme une « invention » de l'Europe n'avaient aucune chance d'être écoutés. Par contre en valorisant les traditions relatives à l'espacement des naissances, les contraceptifs pouvaient être proposés comme une solution alternative là où la période d'abstinence était progressivement abolie.

## Savoirs biomédicaux et savoirs populaires

En règle générale, que ce soit dans les pays industrialisés ou les pays en développement, la biomédecine prétend le plus souvent se substituer aux savoirs et savoir-faire populaires plutôt que de les compléter. Les malentendus et incompréhensions entre professionnels développant leur logique d'experts et usagers se référant à leur logique populaire ne sont pas spécifiques au tiers-monde et font partout partie des problèmes de communication entre soignants et soignés.

Dans les pays du tiers-monde, l'écart entre la biomédecine importée de l'Occident et les savoirs populaires issus des traditions locales est parfois renforcé par le fait qu'une partie du personnel lui-même se dégage difficilement d'une vision dichotomique à propos de la santé et de la maladie. C'est ainsi que, au Zaïre, des infirmiers

(praticiens formés durant quelques années en biomédecine) continuaient à faire la distinction entre « maladies européennes » (décrites dans les livres) et « maladies africaines ». Les étudiants n'avaient pas été aidés ni stimulés à chercher les points communs entre l'expression traditionnelle des symptômes et ce qu'ils apprenaient dans les livres. Or la connaissance de ces points communs les aurait sans doute préparés à une meilleure communication entre soignant et soigné. Faute de quoi, écouter la plainte du malade dans sa formulation spontanée de « maladie africaine » équivalait à renoncer à la traiter en tant que professionnel, et inversement affirmer son statut professionnel supposait de prêter le moins possible attention à la parole du malade.

Or on peut parfaitement tenter de rapprocher ces deux types de savoirs. Lors d'une session de formation continue au Burkina Faso (encore Haute Volta à cette époque), un infirmier expérimenté était chargé d'introduire une discussion sur le paludisme et les moyens de le contrôler. Parce qu'il avait ressenti le besoin de faire le rapprochement entre ses connaissances scolaires et le savoir populaire, il commença par citer les noms que la population locale donnait à différentes manifestations de la maladie : « La grosse rate des enfants », « la fièvre des marais », « la fièvre amenée par la saison des pluies », « la maladie provoquée par le hibou qui survole la maison » (les convulsions), « les arbres qui bougent » (les hallucinations)... Ensuite, à l'aide du « livre », il établit des liens entre ces phénomènes et montra au personnel en formation comment les connaissances biomédicales pouvaient rendre compte des problèmes tels qu'ils étaient définis par la population. Il est certes illusoire de vouloir traduire terme à terme les signes ou maladies d'un système nosologique à l'autre : les systèmes nosologiques traditionnels et biomédical ne sont pas réductibles l'un à l'autre. Mais une telle approche, surtout lorsqu'elle est adoptée par un professionnel dont l'expertise est reconnue, est susceptible de stimuler le personnel à écouter les patients avec respect et intérêt, puis à compléter les savoirs populaires par des messages acceptables. Malheureusement, malgré le potentiel énorme de cette approche pour améliorer la communication avec la population, les programmes de formation, tant initiale que continue du personnel de santé, souvent rédigés au niveau central, ne prévoient pas de comparer perceptions et expressions locales et tableaux cliniques des

phénomènes enseignés. Il y a eu cependant quelques expériences ponctuelles, comme à Maroua (Cameroun) où les étudiants étaient invités, pendant les vacances, à faire décrire des maladies telles qu'elles étaient vécues par les habitants de leurs villages d'origine, pour ensuite faire le lien avec l'enseignement savant.

La césure entre deux savoirs maintenus hermétiquement cloisonnés par l'institution médicale est probablement en partie à l'origine des difficultés de communication entre soignants et soignés. Le personnel des services du tiers-monde semble comme écartelé entre deux identités contradictoires, l'une sociale, l'autre professionnelle. Leur identité sociale de base s'appuie sur des pratiques et savoirs traditionnels transmis par leur milieu social dès leur enfance. Or lors de la formation professionnelle, cette identité sociale n'est pratiquement jamais prise en compte si ce n'est pour présenter les savoirs traditionnels comme des « superstitions », résidus honteux du passé. Leur identité professionnelle prétend être basée sur des savoirs objectifs et neutres, et porte en elle l'illusion de la science pure. Devant la difficulté d'intégrer ces deux démarches pourtant complémentaires, bon nombre de professionnels de santé excluent l'une des deux, selon le contexte : face à un patient, ils privilégieront souvent les attitudes de détachement acquises lors de leurs études, quitte à dénigrer les pratiques traditionnelles, alors que par ailleurs ils y ont éventuellement recours pour eux-mêmes ou leur famille lorsqu'ils sortent de leur rôle professionnel.

Ce conflit d'identité contribue probablement en grande partie aux dysfonctionnements dans la communication entre prestataires de soins et patients. Ainsi, les sages-femmes ayant bénéficié d'une formation moderne sont-elles souvent plus jeunes que les parturientes, ce qui dans certaines sociétés est contraire aux usages sociaux. C'est le cas au Niger, où une étude a mis en évidence que les jeunes sages-femmes, pour pouvoir appliquer leurs savoirs techniques, mettent temporairement entre parenthèses leur identité sociale de jeune femme et les règles sociales relatives à la pudeur entre femmes d'âges différents, incompatibles avec leur rôle professionnel. Mais le corollaire en est la négation de la relation humaine normale, avec pour effet contreproductif une « mauvaise réputation » tant des sages-femmes que de la maternité auprès de la population (Jaffré & Prual, 1993).

Un tel conflit d'identité n'est pas insurmontable. Toutefois cela suppose non seulement de reconnaître l'existence des savoirs populaires, mais également de les considérer comme des ressources plutôt que des obstacles. Dans une telle optique, le service de santé vient en complément de ce que la population peut réaliser elle-même, et fournit une assistance pour renforcer l'efficacité des initiatives de la population. Au début des années soixante déjà, peu avant l'indépendance, un slogan circulait au Zaïre : « Une erreur technique est moins grave qu'une erreur qui nuit à la confiance en soi des gens. » C'est ainsi que s'annonçait un renversement de conceptions qui s'est étendu et accentué par la suite : c'est la population elle-même, et non l'expertise technique prise isolément, qui constitue la principale ressource du développement dans les différents domaines de la vie sociale (Ake, 1993). Dans le domaine de la santé, c'est dans le courant des années soixante et soixante-dix qu'a émergé la prise de conscience du fait que les experts seuls ne viendraient pas à bout des problèmes, même en déployant sans limites les ressources technologiques, et que les pratiques spontanées des gens constituaient un point de départ valable et incontournable pour l'organisation du service.

À contre-courant des idées dominantes selon lesquelles il fallait aider les populations à vaincre les « obstacles culturels » qui les empêchaient d'adopter des comportements jugés plus adéquats par les experts, des chercheurs et praticiens ont inversé la démarche pour s'intéresser au potentiel contenu dans les savoirs populaires et les pratiques spontanées. Le travail du National Institute of Tuberculosis à Bangalore illustre cette démarche. Alors que jusque-là on imputait les échecs des programmes de tuberculose aux malades eux-mêmes – parce qu'ils ne percevaient pas les symptômes, ne participaient pas aux programmes de dépistage, ne suivaient pas leur traitement ... – une recherche portant sur des malades tuberculeux non traités a mis en évidence que 95 % d'entre eux étaient conscients de leurs symptômes, que près de 75 % exprimaient spontanément de l'inquiétude, et que la moitié des malades interrogés avaient consulté un service de santé qui, presque invariablement, leur avait prescrit un sirop antitussif (Banerji et Andersen, 1963). Bien sûr ces malades non traités ne savaient pas qu'ils étaient atteints de tuberculose, mais le fait même de consulter un service de santé exprimait qu'ils savaient que le

problème pouvait être grave. C'est le service qui s'avérait déficient en ne mettant pas à profit la demande de soins spontanée pour identifier et traiter les tuberculeux : le programme préconisait en effet une stratégie de dépistage de masse pour identifier les malades tuberculeux. Les implications d'un tel renversement de perspective étaient énormes : plutôt que de considérer les gens comme des obstacles à leur propre santé, il fallait au contraire réhabiliter les perceptions subjectives et les savoirs populaires, que ceux-ci s'expriment par des paroles ou des comportements, et « go to the people to learn from them » (Banerji, 1986).

## Le développement communautaire

Cette idée que la population elle-même est moteur de son devenir constitue un soubassement essentiel du mouvement de développement communautaire qui a émergé dans les années 1950-1960. Il s'agissait, dans tous les domaines de la vie sociale, d'encourager les communautés à définir elles-mêmes leurs besoins et à y trouver des solutions ; le rôle des autorités était d'appuyer les initiatives communautaires, que ce soit par de l'équipement, de la formation, du personnel ou une mise de fonds initiale.

Alors que la santé et la maladie constituent la priorité par excellence des professionnels de santé, elles ne sont, du point de vue de la population, qu'un élément parmi beaucoup d'autres qui affectent le bien-être, et pas nécessairement le plus important. Les priorités de la population peuvent tour à tour concerner des secteurs aussi variés que les moyens de transports collectifs, l'enseignement, la santé ou la production agricole. Au début des années soixante, des programmes de développement communautaires ont connu un essor remarquable dans plusieurs pays. Cette approche convenait bien à la dynamique des populations récemment indépendantes qui aspiraient à prendre elles-mêmes leur développement en main, que ce soit en matière d'enseignement, d'agriculture ou de santé.

Ainsi au Niger, dans les années qui suivirent l'indépendance, des « agents de développement », fonctionnaires du gouvernement, se rendaient dans les villages pour inciter les villageois à définir leurs problèmes les plus préoccupants ; ils devaient ensuite sélectionner un de ces problèmes et décider quels efforts (en termes de

main-d'œuvre, matériel ou argent) la communauté était prête à investir. Alors seulement, un échange avec un technicien du secteur concerné était organisé pour examiner s'il était réaliste, vu les ressources mobilisables, de s'attaquer à ce problème et, le cas échéant, de définir une stratégie qui devait augmenter la capacité des gens à contrôler ce problème le plus efficacement possible. L'acquisition d'un savoir-faire, la maîtrise de techniques réellement appropriées au niveau local, l'augmentation de l'autodétermination, la participation aux décisions, à la programmation et à l'exécution étaient au cœur de cette approche.

Dans certains villages, la population avait décidé de consacrer ses efforts à la résolution de ses problèmes de santé. Un médecin des équipes mobiles était prêt à analyser avec les villageois pour quels problèmes une solution pouvait être mise en œuvre avec les ressources disponibles. La formule retenue en commun comprenait généralement les éléments suivants : une pharmacie de village dont l'approvisionnement était garanti par le service de santé contre paiement, un ou deux agents de santé de village, et un comité de santé. Il apparut très vite que, pour maintenir un niveau de qualité acceptable, les contacts sporadiques avec l'équipe mobile ne suffisaient pas. Dans les villages qui s'étaient engagés dans cette formule, les habitants et les agents de santé de village bénéficièrent d'un appui privilégié de l'équipe du dispensaire le plus proche. Il fallut se rendre à l'évidence qu'un même dispensaire ne pouvait entretenir ces échanges, nécessairement intenses pour que les soins restent utiles, qu'avec un nombre limité de villages de sa zone d'influence (Belloncle et Fournier, 1975). Mais dans la mesure où seuls les villages volontaires étaient concernés, cela ne posait pas de réel problème.

Face aux succès locaux remportés par cette formule, un bailleur de fonds offrit à la fin des années soixante-dix de financer la généralisation du système au niveau national. Mais on perdit de vue les facteurs qui avaient conditionné le succès des expériences locales : la dynamique instaurée par le fait que les villageois eux-mêmes avaient décidé de s'attaquer à ce problème, laissant mûrir les décisions à leur propre rythme ; des agents de santé de village institués par la communauté villageoise ; un dialogue soutenu avec le dispensaire ; un comité de santé garantissant des décisions participatives, etc. Une direction nationale

des soins de santé primaires fut créée, des cadres nommés à tous les échelons, et un calendrier fixé pour équiper en cinq à dix ans tous les villages de telles unités de santé communautaires. Enfin, pour accélérer le processus, il fut décidé d'accorder des stimulants financiers aux agents de santé de village. Il ne s'agissait plus d'augmenter la capacité de la communauté à résoudre ses problèmes, les agents de santé étaient transformés en exécutants d'un programme planifié de haut en bas, et la capacité de soutien des dispensaires s'est avérée insuffisante. Dans bien des endroits, le programme a connu des déviations (notamment vente de médicaments à la demande) ou a été abandonné.

Cette expérience illustre un des écueils majeurs des programmes de développement – que ce soit en santé ou dans d'autres domaines – qui prétendent « faire participer » la population à des projets conçus hors d'eux, et qui s'attachent à la mise en place de structures, sans réaliser que leurs effets concrets dépendent au moins autant de la dynamique sociale locale que de la structure elle-même. Celle-ci conçue par la population pour répondre à un besoin qu'elle ressent va pouvoir, au moins dans un premier temps, remplir les fonctions pour laquelle elle a été créée. La même structure proposée de l'extérieur risque, dans bien des cas, d'être réinterprétée selon les préoccupations locales et de faire l'objet d'un double processus de sélection (les bénéficiaires n'en retiennent que ce qui paraît utile dans leur propre logique) et de détournement de son objet initial conçu par les planificateurs (Olivier de Sardan, 1995).

La conscience que l'approche participative était à la fois un droit démocratique et une nécessité pour améliorer la santé s'est renforcée partout dans le monde au cours des années 1960-1970. Les relations autoritaires ou paternalistes entre professionnels de soins et usagers étaient décriées. La notion de la consultation comme « rencontre d'une conscience et d'une confiance » n'était plus satisfaisante : il fallait faire plus de place à l'autonomie des patients, à la qualité des relations humaines avec le personnel soignant, au droit à la parole et à l'information, au droit de participer aux décisions thérapeutiques. Progressivement, la formation des médecins et infirmières a intégré les dimensions relationnelles soignant-soigné, notamment en médecine de famille.

Au niveau collectif, l'inscription de la santé dans le développement global supposait que soient revues les approches technocratiques des politiques de santé. À Bruxelles, le Groupe d'étude pour la réforme de la médecine, groupe de réflexion constitué de professionnels de disciplines diverses, publia en 1971 un document proposant cinq lignes de force pour une politique de la santé : la participation de la communauté à la promotion de la santé ; la prise en compte des priorités autres que la santé lors de l'établissement d'une politique de santé ; l'équité dans l'accessibilité aux soins ; l'évaluation continue des mesures de santé pour en assurer l'efficacité et l'efficience ; et enfin le principe selon lequel l'organisation médico-sanitaire doit être libératrice et contribuer à renforcer l'autonomie des individus et de la collectivité plutôt que de les maintenir dans un état de dépendance. Une condition pour établir un équilibre entre ces différents principes et pour adapter cet équilibre en permanence aux évolutions de contexte était posée : la communication et le dialogue entre les professionnels de santé et la population, à la fois en tant qu'individus et en tant que collectivité.

L'énoncé de ces lignes de force rejoignait les conclusions tirées par d'autres professionnels d'observations et d'actions concernant des systèmes de santé tant en Europe que dans des pays en développement. En particulier les expériences présentées par K.W. Newell dans le livre *Health by the People* (Newell, 1975) montraient qu'un dialogue réel entre prestataires de soins et population augmentait l'initiative et l'autonomie de cette dernière. La déclaration d'Alma Ata, formulée en 1978 par les États membres de l'OMS, a été un point culminant d'une longue période d'expériences de terrain et de recherches concernant l'optimisation des soins de santé. La définition donnée dans cette déclaration aux soins de santé primaires insiste sur l'équilibre dynamique entre d'une part l'autonomie de la population et sa responsabilité, d'autre part l'efficacité et l'efficience des services de santé. Il ne faut pas choisir entre la participation de la population et la rationalité technique des décisions, mais trouver dans chaque situation particulière un équilibre satisfaisant. Ceci suppose des processus de prise de décision participatifs en matière de santé, et donc l'existence d'une interface, de lieux d'interaction entre la population et les dispensateurs de soins.

## La structuration de lieux de dialogue

Comment opérationnaliser des systèmes de soins de santé qui mettent en œuvre une telle articulation entre les aspirations des individus et de la collectivité d'une part, l'efficacité technique des soins d'autre part ? Comment susciter des lieux d'interaction et de dialogue entre services de santé et population ? Il existe bien sûr de nombreux canaux de dialogue possibles en dehors du service de santé, comme les écoles, les mouvements de femmes ou les associations religieuses ou culturelles locales. Néanmoins, si les prestataires de soins veulent favoriser le dialogue avec la population, les services de santé constituent un lieu d'interaction privilégié. Or l'expérience avait montré que, si les professionnels souhaitaient susciter un tel dialogue, il leur fallait d'abord gagner la confiance de la population en répondant à ses besoins ressentis.

La notion de besoins ressentis mérite clarification. Les « besoins » de santé désignent l'ensemble des activités ou soins que l'on peut raisonnablement considérer comme nécessaires au maintien ou à l'amélioration de la santé, dans l'état des connaissances scientifiques disponibles. Certains problèmes de santé sous-jacents à ces besoins sont ressentis directement par les gens. Si leur savoir-faire ne leur permet pas de résoudre ces problèmes, ils font appel à un service de santé dans lequel ils ont confiance. La demande de soins ne couvre donc pas tous les « besoins ». Une autre part de la demande de soins n'a pas de rapport avec les « besoins » : elle concerne des problèmes ressentis par les gens, mais pour lesquels les professionnels estiment ne pas disposer d'une solution efficace. Demande et besoins ne se superposent donc que partiellement. C'est pourquoi des professionnels se plaignent que la population ne perçoit pas l'utilité d'activités qui lui sont proposées (les vaccinations par exemple), et par contre demande des soins qui, d'un point de vue technique, n'ont pas d'effet bénéfique (des injections de vitamines, par exemple). Si l'on prend ces désaccords comme base du dialogue, il est probable que chaque partie campera sur ses positions. Or une partie non négligeable de la demande de soins correspond à un réel besoin : ce sont les besoins ressentis par la population, comprenant en premier lieu les besoins en soins curatifs pour des problèmes aigus. Le service qui

a soigné avec succès la pneumonie d'un enfant sera par la suite plus crédible pour parler de vaccination. D'autre part, l'écoute empathique de plaintes à première vue anodines permet au personnel d'identifier des besoins qu'il ne soupçonnait pas : par exemple une femme se plaignant de règles irrégulières peut exprimer ainsi sa crainte de stérilité. Prendre les besoins ressentis comme point de départ de la relation ne suppose pas de satisfaire à toute demande, mais de partir de cette demande pour formuler une réponse aussi rationnelle que possible – c'est-à-dire susceptible d'avoir un impact réel sur le problème – tenant compte tant des connaissances disponibles sur la pathologie locale que des ressources mobilisables.

Répondre aux besoins ressentis suppose bien sûr de la part des professionnels des attitudes d'écoute et un intérêt pour les préoccupations des gens autant que des compétences techniques. Mais l'expérience avait aussi montré que la mise en œuvre d'un dialogue, à la fois individuel et collectif, dépendait aussi fortement de la structure de l'organisation des soins de santé.

L'approche très sélective accordant la priorité absolue à un nombre restreint de maladies, tout en étant parfois nécessaire, s'est avérée insatisfaisante pour développer un partenariat entre le service et la population, que ce soit dans le contexte des équipes mobiles de la période coloniale et postcoloniale, ou dans la version actualisée des soins de santé primaires sélectifs (Unger et Killingsworth, 1986 ; Grosdos et de Béthune, 1988). En effet, elle ne répond pas aux besoins ressentis et laisse les gens confrontés à l'ensemble des autres problèmes de santé qui les touchent, plus nombreux que ceux dont on les libère, et peut-être à leurs yeux plus importants. Dans ces circonstances, on constate que les gens ne restent pas inactifs, mais au contraire, si leurs méthodes traditionnelles n'en viennent pas à bout, cherchent activement des solutions à ces problèmes à partir des ressources accessibles : des médicaments achetés à des dépositaires légaux ou illégaux, des services privés à but lucratif ou de type caritatif, des « injectionnistes » ambulants... La surmédicalisation des problèmes et l'usage inapproprié de médicaments qui en résulte bien souvent ne sont pas nécessairement néfastes pour leur santé : même si le traitement n'a pas d'efficacité pharmacologique, il peut en donner l'impression, que ce soit en raison de

l'évolution autorésolutive de la maladie ou d'un quelconque effet placebo. Par contre les conséquences peuvent être désastreuses pour les maigres revenus des familles, qui dépensent parfois des sommes considérables par rapport à leurs revenus pour l'achat sur le marché libre de médicaments parfois nuisibles, souvent inefficaces, et toujours exagérément coûteux (Banque mondiale, 1994, p. 82 et 182). L'approche sélective n'est donc qu'une manière de déplacer le problème : ce n'est pas parce que le service public ne se charge pas de l'ensemble des problèmes de santé d'une communauté que celle-ci va renoncer à y trouver des solutions, à coût élevé et à efficacité douteuse.

Pour répondre aux besoins ressentis, le service de santé doit être polyvalent et non se limiter à quelques pathologies prédéterminées. Ce n'est qu'au niveau d'un service polyvalent que pourra s'établir un dialogue entre l'utilisateur et l'agent de santé pour mener à la recherche de solutions aux problèmes rencontrés, soit moins chères, soit plus fondamentales, tentant de déjouer ainsi les pièges de la surmédicalisation et des dépenses inutiles. En effet ce dialogue doit permettre au demandeur de soins de prendre conscience du degré de gravité de son problème, de l'impact réel que lui-même et/ou le service peuvent avoir sur ce problème, et du coût (financier mais aussi humain) des différentes solutions envisageables. Ainsi le demandeur pourra juger si l'amélioration qu'il peut escompter de chacune de ces solutions en vaut la peine (ne rien faire étant également une solution possible). Surtout s'il paye, ne fût-ce que partiellement les soins, l'utilisateur bien informé sera probablement moins enclin à demander un examen dont on lui a expliqué l'inutilité, ou encore des médicaments coûteux s'il peut résoudre son problème lui-même (par exemple par une alimentation équilibrée au lieu d'acheter des vitamines). Le dialogue avec les représentants de la population servie doit permettre de dépasser les intérêts individuels : le professionnel de santé doit en effet pouvoir justifier les solutions qu'il propose dans les limites des ressources mobilisables. Ainsi la négociation avec un comité de santé soucieux de justice sociale doit permettre de garantir de manière prioritaire l'accès pour tous aux soins qui améliorent de manière efficiente les problèmes graves et fréquents, et d'éviter les décisions dont le coût mettrait en péril la réalisation de ces priorités.

Quel service polyvalent ? En pratique, les consultations ambulatoires des hôpitaux généraux sont souvent utilisées, faute d'alternative acceptable, comme service de première ligne. Or l'hôpital s'avère, sauf exception, peu adapté pour établir un dialogue continu avec les usagers, et les interactions entre patients et personnel médical sont fortement impersonnelles. Les salles d'attente sont souvent surpeuplées et le temps de consultation consacré à chaque patient restreint au minimum. L'anonymat des relations est renforcé par la taille du service et une organisation du travail rendant peu probable qu'un même patient voie le même médecin lors de visites successives. Le personnel assurant la consultation générale est souvent frustré par la « banalité » (d'un point de vue biomédical) des problèmes de santé et estime que ces usagers n'ont pas leur place à l'hôpital. Enfin, la méconnaissance des conditions de vie des patients, qui proviennent de nombreux quartiers ou villages différents, a pour effet que le personnel n'est pas en mesure de situer les plaintes dans un cadre plus global. Dans de telles conditions, les chances d'établir des relations durables de dialogue entre le personnel hospitalier et les usagers sont faibles.

Il paraît donc plus opportun d'organiser les soins polyvalents de manière décentralisée, dans des petites unités proches de la population à desservir. Cela suppose qu'au lieu d'un système de soins composé d'un hôpital et d'équipes mobiles spécialisées dans certaines pathologies, l'on crée un réseau de centres de santé, appuyés par l'hôpital de référence pour les patients nécessitant des soins dont le niveau technique exige la structure hospitalière. C'est ce type de système à deux échelons, fonctionnant comme un tout cohérent sous l'impulsion d'une seule et unique équipe de gestion, que l'on appelle système de santé de district ou système de santé intégré.

Les centres de santé décentralisés et polyvalents constituent potentiellement un lieu privilégié de dialogue avec les individus et les familles, à condition d'être en mesure de répondre efficacement à la plus grande partie des besoins ressentis de la population, c'est-à-dire d'offrir des soins curatifs acceptables – ce qui n'est pas le cas des dispensaires qui, au moins jusque dans les années soixante-dix, s'occupaient surtout de prévention et où les soins curatifs se limitaient aux problèmes bénins. Cette conception de centres de santé polyvalents se heurtait au manque de personnel médical. En effet jusque-là on considérait

généralement que seuls les médecins pouvaient être chargés des décisions cliniques, et ceux-ci étaient bien trop peu nombreux pour être affectés aux centres de santé. Il fallait donc trouver des moyens permettant de déléguer ces fonctions cliniques à du personnel moins qualifié, sans pour autant nuire à la qualité technique des soins.

Le chapitre suivant illustre ce qui précède par un cas concret.

### **Une illustration : le projet Kasongo**

Le projet Kasongo a été un projet parmi d'autres qui a tenté, à l'initiative des professionnels de la santé, de favoriser une participation croissante de la population en créant des lieux d'interaction dynamique entre prestataires de soins et population. Le but premier était de rendre accessibles à la population de la zone rurale de Kasongo (en RDC, ex-Zaïre) – soit environ 180 000 habitants – les meilleurs soins possibles dans les limites des ressources disponibles (Pangu, 1988).

En 1971, le gouvernement zaïrois avait confié la gestion de ce projet à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, en Belgique. Les deux responsables chargés de cette gestion étaient membres actifs du GERM et avaient contribué, à partir de leur expérience et analyse du fonctionnement des services de santé en Afrique Centrale et en Inde durant les années soixante, aux lignes de force d'une politique de santé formulées par le GERM et énoncées ci-dessus. Ils étaient convaincus que ces lignes de force étaient aussi valables en Afrique qu'en Europe. Avec leur aide, les professionnels nationaux et belges de l'équipe de direction qui animaient le projet sur le terrain, se sont efforcés d'explicitier et d'évaluer leur action, ont ainsi progressivement cerné les conditions favorables, les difficultés et écueils rencontrés localement à la participation communautaire, et y ont cherché des solutions.

Le service fut d'emblée structuré comme un service de santé à deux échelons. Le premier niveau était constitué d'un réseau de centres de santé, dans chacun desquels une équipe (composée d'un infirmier, d'une aide-soignante et d'un agent administratif) fournissait des soins de premier échelon à environ 10 000 habitants. Le deuxième niveau était un hôpital dont les fonctions comprenaient les activités qui, pour des raisons techniques et/ou économiques, ne pouvaient pas être organisées au premier échelon.

Une équipe de direction gérait le fonctionnement des différentes structures en un ensemble cohérent.

Les centres de santé étant considérés comme des lieux privilégiés de dialogue, tant avec les usagers individuels qu'avec la communauté locale, il fallait que le personnel inspire confiance à la population en répondant adéquatement à la demande spontanée, et tout particulièrement à la demande curative et aux soins materno-infantiles. Les premiers infirmiers affectés aux centres de santé étaient des infirmiers expérimentés de l'hôpital. Afin de renforcer leurs compétences cliniques, ils furent affectés à la consultation curative de l'hôpital où ils examinaient et traitaient les patients sous la supervision d'un médecin. Prenant comme point de départ leurs décisions spontanées, les médecins les associèrent à la réalisation d'arbres de décision ou algorithmes qui, pour chaque plainte ou symptôme, permettaient aux infirmiers de reconnaître, avec un risque d'erreur réduit, les pathologies sérieuses pour lesquelles ils pouvaient fournir un traitement spécifique efficace ou référer le patient si nécessaire vers l'hôpital, et dans les autres cas de proposer un traitement symptomatique adéquat, un appui moral et une dédramatisation du problème.

Lorsque les infirmiers étaient ensuite affectés à leur centre de santé, ils appréciaient d'autant plus ces algorithmes qu'ils avaient participé à leur élaboration, en comprenant au moins dans les grandes lignes la rationalité, et y trouvaient une plus grande sécurité pour apporter une solution satisfaisante à un nombre important de plaintes, y compris des problèmes graves, ce qui leur valait une satisfaction professionnelle et une considération importante dans la communauté. Des stratégies standardisées furent également réalisées pour les soins materno-infantiles et les vaccinations, qui correspondaient aussi à un besoin ressenti par la population de la zone. Chacune de ces stratégies était testée par les infirmiers des centres de santé et discutée lors de la supervision. Cette dernière ne se bornait effectivement pas au contrôle de l'exécution des instructions : elle visait avant tout la formation continue du personnel et permettait d'évaluer et d'améliorer les stratégies elles-mêmes, à partir des situations de doute rencontrées par les infirmiers. Ce type de supervision modifiait les classiques relations hiérarchiques entre médecins et infirmiers et favorisait le dialogue et la participation dans les relations professionnelles. Il est

probable que cette culture organisationnelle ait facilité pour le personnel du centre de santé l'adoption, à son tour, d'une position d'écoute et de respect à l'égard des usagers du centre.

Par la suite, les stratégies, destinées à donner davantage de responsabilités aux infirmiers, ont été parfois perçues comme contraignantes. Les infirmiers des premiers centres de santé, expérimentés et étroitement associés à l'élaboration des stratégies, se les étaient largement appropriées. Par contre les jeunes infirmiers affectés aux centres de santé ouverts ultérieurement eurent plus de difficultés : ils avaient peu d'expérience à faire valoir face aux médecins, les stratégies avaient pour la plupart déjà été testées par leurs aînés, et n'ayant pas participé aux doutes qui avaient accompagné leur mise en place, ils eurent parfois tendance à les interpréter comme des instructions à appliquer mécaniquement.

Néanmoins la capacité du personnel à répondre aux besoins ressentis créa des conditions qui rendirent possible l'approfondissement du dialogue. Outre les consultations quotidiennes au centre de santé, l'équipe se déplaçait régulièrement dans les communautés pour réaliser des visites à domicile ou des activités préventives délocalisées. Ces visites dans la communauté étaient considérées comme essentielles par les animateurs du projet : elles fournissaient l'occasion au personnel de comprendre dans leur contexte les problèmes de la population, et de discuter sur place, avec les individus ou la communauté concernée, des moyens pour y remédier.

C'est de manière progressive que l'on proposa à la population de participer au fonctionnement du centre de santé. Elle n'était pas demandeuse, et il n'était pas évident qu'elle ait été disposée à fournir un effort avant d'avoir expérimenté les avantages de ce qui était proposé. Le premier effort demandé à la population correspondait à un besoin ressenti : rendre le service plus accessible géographiquement. En effet, pour obtenir un centre de santé, la population locale devait s'engager à construire le bâtiment, conçu sur un plan simple, à le meubler en style local et à l'entretenir. Cette forme de collaboration constituait le premier pas vers la réalisation d'un comité de santé, impliqué ultérieurement dans le fonctionnement du centre de santé. Ce comité de santé se réunissait mensuellement avec le personnel du centre de santé, abordant des sujets tels que les heures d'ouverture du centre ou l'organi-

sation des activités préventives (Van Balen, 1994).

Une participation financière était demandée aux utilisateurs sous forme de paiement à l'épisode, une somme forfaitaire couvrant tous les soins et médicaments liés à un épisode de maladie, y compris l'éventuelle hospitalisation. Si le principe du paiement à l'épisode était au départ une exigence du service, le montant en était déterminé par le comité de santé, en concertation avec le service : il s'agissait de concilier la double exigence d'accessibilité financière pour les patients et, pour le centre de santé, de recette suffisante pour offrir un service acceptable en dépit de la faiblesse des autres ressources. Les recettes étaient prioritairement affectées aux frais récurrents du centre de santé, qui assuraient les conditions minimales de fonctionnement de base du centre de santé ; ces conditions n'étaient pas négociables. Le comité de santé était informé de l'affectation de ces ressources, qui était chaque fois expliquée et justifiée. Ce n'est qu'une fois ces frais couverts que l'utilisation du surplus était négociée au cas par cas avec les représentants de la communauté : bicyclette pour faciliter les déplacements de l'infirmier dans les villages, aménagement d'un puits d'eau potable ou d'un système d'adduction d'eau, construction et équipement d'une salle d'accouchement, constitution d'une caisse de solidarité permettant d'exempter certaines catégories de personnes du paiement, paiement de primes aux infirmiers lorsqu'il apparaissait que les salaires gouvernementaux devenaient de plus en plus insuffisants.

Ce processus a mis en évidence le caractère conflictuel de la participation. Il était fréquent que des désaccords surgissent entre populations de villages différents desservis par le même centre de santé, concernant par exemple l'emplacement même du centre de santé. Par ailleurs, la population n'étant pas homogène, des questions relatives à la représentativité se posaient inévitablement dans la constitution des comités de santé. À cet égard, les relations du personnel avec les différentes composantes de la communauté lui permettait d'être au moins conscient d'éventuels désaccords ou divergences d'intérêts au sein de la communauté. Enfin, des conflits d'intérêt entre personnel du centre de santé et représentants de la population ont à maintes reprises amené la direction de la zone à intervenir dans les négociations.

Quelque temps après, la nécessité de disposer d'un lieu de dialogue concernant l'hôpital s'est manifestée. Les problèmes évoqués par les usagers de l'hôpital concernaient souvent les relations entre personnel hospitalier et patients hospitalisés et leurs familles, beaucoup plus marquées par l'anonymat que ce n'était le cas entre personnel du centre de santé et villageois. Isolés de leur communauté, les patients se sentaient régulièrement victimes d'abus de pouvoir de la part du personnel hospitalier. Toutefois les efforts pour mettre en place un comité de santé au niveau de l'hôpital se sont heurtés à davantage de difficultés qu'au niveau des centres de santé. L'absence de relations sociales de familiarité entre personnel et représentants de la population en était une raison. Par ailleurs il s'est avéré difficile de faire en sorte que la population rurale plus éloignée soit représentée dans le comité de santé de l'hôpital : les membres les plus influents étaient de fait des personnes instruites de la ville, face auxquelles les paysans prenaient difficilement la parole. La difficulté était accrue par le caractère nettement plus technique de bon nombre de problèmes de l'hôpital, qui en rendait la compréhension malaisée. Ces problèmes n'étaient peut-être pas insurmontables, mais l'expérience de Kasongo n'a, là, pas abouti.

À Kasongo, la participation communautaire s'est donc développée comme un processus de négociation entre le service et la communauté, proposé à l'initiative du service. Tout n'était pas négociable et le service a imposé des principes de base, jugés techniquement nécessaires pour garantir l'efficacité et la pérennité du service dans le cadre des ressources disponibles : un système à deux niveaux (centres de santé et hôpital), un plan de couverture prévoyant un centre de santé pour environ 10 000 habitants, un paquet minimum de soins à réaliser dans chaque centre de santé, le principe du paiement à l'épisode, etc. Mais le fait que ce soit le service qui fixe les règles du jeu n'a pas empêché la population de jouer un rôle actif et de s'approprier progressivement son centre de santé. La mobilisation de la population a d'ailleurs mené, dans certains cas, le service à revoir certains principes à la lumière des arguments apportés par la population. C'est ainsi qu'une communauté de 6 000 habitants, géographiquement isolée d'autres groupes de population, et très motivée à s'investir dans l'obtention d'un centre de santé, s'est opposée au « principe » d'un centre de santé

pour 10 000 habitants. La négociation entre cette communauté et les médecins a abouti à la création du centre de santé demandé, et le service a considéré que, si la notion de 10 000 habitants par centre de santé restait valable comme référence, elle ne pouvait être érigée en principe mais devait être modulée selon les circonstances.

Après une dizaine d'années de fonctionnement, l'acceptabilité du système de soins a été évaluée. Les centres de santé parvenaient à répondre à 90 à 95 % des épisodes de soins, réduisant ainsi considérablement les hospitalisations. Parmi les patients tuberculeux, placés sous traitement ambulatoire et suivis par les centres de santé, 70% terminaient leur traitement, alors que ce taux de succès n'était que de 30% lorsque le traitement était réalisé à l'hôpital. Environ 80 % de la population cible participait à la consultation prénatale et à la consultation des nourrissons, et les trois quarts des enfants recevaient la troisième dose de DPT et le vaccin antirougeoleux avant leur premier anniversaire. Le fonctionnement des comités de santé était bien entré dans les mœurs, et le coût global du système (centres de santé, hôpital et appui logistique et méthodologique) s'élevait à 3 à 4 dollars par habitant et par an.

## **Conclusions : les leçons de l'expérience**

Les expériences relatées dans cet article permettent de dégager quelques leçons à propos des attitudes et stratégies que peuvent adopter les dispensateurs de soins et les gestionnaires de services de santé pour favoriser l'établissement et l'expansion d'une relation de dialogue entre le service et la population. Un tel dialogue est en effet la condition nécessaire pour prendre des décisions qui rencontrent tant l'autonomie et les priorités des individus et des communautés que l'efficacité et l'efficacité du service. Il permet de développer un processus de négociation continu et un équilibre dynamique entre les points de vue des prestataires et celui des usagers. Les structures de dialogue possibles sont toutefois multiples, et il convient d'encourager la création de ces lieux avec un réel potentiel de négociation continue plutôt que d'imposer des mesures concrètes qui ont connu un succès dans un contexte particulier.

Une condition pour le développement d'un tel dialogue est que les gestionnaires de service et dispensateurs de soins reconnaissent que la

population n'est pas nécessairement demandeuse de « participation ». La santé, qui est une priorité pour le service, n'est pour la population qu'un bien parmi d'autres. Vouloir « faire participer » un individu, une famille ou une collectivité à des activités de santé qui ne sont pas prioritaires à ses yeux et qui ont été définies hors d'elle ne conduit souvent qu'à l'échec. La première démarche est donc de créer des conditions pour que les usagers puissent juger concrètement de l'intérêt de ce qui leur est proposé. Le processus de participation n'est pas statique, mais connaît des moments d'expansion et de régression.

Rencontrer les préoccupations des usagers – même si celles-ci ne sont pas nécessairement prioritaires aux yeux du service – implique de prendre pour point de départ les besoins ressentis. Ceux-ci varient bien sûr selon les personnes et les collectivités. Mais l'expérience montre aussi que, partout dans le monde, un service curatif accessible et efficace est apprécié par la population – qu'il s'agisse d'un médecin de famille ou d'un centre de santé. La consultation curative constitue, pour le personnel médical, le lieu premier où ils peuvent tenter de nouer un dialogue interpersonnel avec le patient, éventuellement entouré de sa famille, à propos de problèmes pour lesquels l'usager attend une réponse. Ce dialogue au niveau de la consultation curative est, pour les individus et les familles, une occasion essentielle de participer aux décisions qui les concernent, et pour le personnel une source d'information sur leurs préoccupations et leurs problèmes.

Sur la base d'une relation de confiance établie grâce à l'expérience de réponses satisfaisantes aux besoins ressentis, il est alors possible d'élargir le dialogue à des besoins considérés comme importants par le service et qui ne sont pas perçus comme tels par la population. L'éducation pour la santé, intégrée dans les activités d'un service qui a la confiance de la population, augmente ses chances d'être crédible et donc efficace. La connaissance, toujours améliorable, que le service a des préoccupations et savoirs populaires de ses usagers, lui permet d'adapter les messages. Inversement, ce dialogue peut également aboutir à ce que le service prenne conscience de besoins de la population dont il n'était pas nécessairement conscient.

La promotion de décisions participatives suppose de la part du personnel des attitudes d'écoute et d'intérêt pour les gens. Il est évident

que la formation à la communication empathique devrait faire partie de la formation de tout personnel de santé et en premier lieu de celui travaillant au premier échelon, comme cela s'est fait dans plusieurs pays d'Europe pour la formation des médecins généralistes. Surtout dans le tiers-monde, où l'écart entre la « culture médicale » de la population et celle des services de santé est souvent important, il est fondamental d'attirer l'attention du personnel sur l'importance des traditions et savoirs populaires et de développer ses capacités à établir des liens entre ces savoirs populaires et les savoirs professionnels.

Mais la formation reste insuffisante si les structures dans lesquelles sont dispensés les soins ne sont pas adéquates. Le système de soins intégré – ou encore le district sanitaire basé sur les soins de santé primaires – constitue un mode d'organisation favorable au renforcement de la participation, pour autant bien sûr que sa mise en œuvre soit conçue dans ce sens. Les centres de santé polyvalents constituent les lieux privilégiés d'interface avec la population. La qualité du dialogue et de son développement continu suppose des centres de petite taille, avec un personnel stable et capable d'établir des relations de proximité sociale avec les usagers. L'appui technique de l'hôpital et la formation continue en sont également des conditions essentielles.

Enfin, la participation communautaire est un processus qui s'avère souvent conflictuel, dans la mesure où des intérêts, au moins en partie divergents, s'affrontent, et où les interactions sont marquées par des jeux de pouvoirs. Le terme « communauté » est d'utilité pratique pour les agences de développement ou les services : il permet d'imaginer une relation simplifiée avec une population qui serait homogène. Mais il est aussi trompeur, car même dans les communautés villageoises les plus cohérentes sur le plan social et culturel, les divergences de vue, les conflits d'intérêts ou les antagonismes familiaux marquent généralement la vie sociale. Les conflits peuvent aussi se situer entre le personnel et la population, que ce soit en termes d'horaires de travail, de types de prestations, de paiements extralégaux, d'engagement de personnel... Par ailleurs la maîtrise du savoir technique confère au professionnel un indéniable pouvoir et un rôle central dans le dialogue et place de fait les usagers dans une situation de dépendance. Enfin le service non plus n'est pas homogène, et les relations conflictuelles entre différentes catégories

de personnel, notamment entre supérieurs et subordonnés, peut également dévier les mécanismes de participation de leurs fonctions, les décisions devenant davantage des enjeux pour les relations de pouvoir internes au service que pour la qualité du service en soi. C'est pourquoi le genre de relations établies au sein du personnel et entre supérieurs hiérarchiques et prestataires de soins à la base – un des éléments de la culture organisationnelle – peut avoir une influence considérable sur la nature participative ou non des relations entre ces prestataires de soins et la population.

Les connaissances pratiques acquises en matière de participation communautaire et de systèmes de santé de districts de ces trente dernières années sont essentielles, mais le contexte dans lequel il s'agit de les appliquer est en constante évolution. D'une part, le processus d'urbanisation que connaissent les pays du tiers-monde modifie les liens sociaux et familiaux, et les modalités de participation expérimentées au niveau de communautés villageoises sont difficilement reproductibles telles quelles dans des grandes villes. D'autre part, les expériences sur lesquelles se base cet article sont largement cantonnées au secteur public. Or la privatisation des services en cours dans la plupart des pays du tiers-monde risque de déplacer les conflits d'intérêt : les services de santé se transforment en objets de transaction marchande, les usagers des services en consommateurs, et les pouvoirs

publics ne parviennent pas à réaliser la nouvelle fonction de régulation qui leur est impartie. Dans ce contexte, les producteurs de soins se préoccupent certes de la satisfaction immédiate de la demande de leurs clients. Mais en l'absence de systèmes efficaces pour garantir la qualité des soins, la rationalité technique des décisions tend à passer à l'arrière-plan. Par ailleurs les services privés sont préoccupés de rencontrer la demande de la population solvable, et les inéquités en matière d'accès aux soins se creusent, à l'encontre d'un processus de développement global.

Si les leçons de l'expérience restent valables, il s'agit d'un processus toujours inachevé. Cet article a mis l'accent sur les initiatives que peuvent prendre les services pour établir un dialogue avec la population. Il est possible qu'à l'avenir, les processus de participation soient davantage initiés par des nouveaux acteurs issus des mouvements sociaux internes à la société. Toutefois les professionnels de santé resteront les garants de ce que les individus et collectivités posent des choix en connaissance de cause. Ce rôle inclut de mettre en garde les usagers contre la surconsommation d'actes et produits médicaux inefficaces, et de démedicaliser et dédramatiser si nécessaire. Ils garderont une responsabilité essentielle dans l'information correcte des non-professionnels à propos de leurs problèmes de santé, ainsi que de l'efficacité probable et du coût financier et humain des solutions envisageables.

## Références

AKE, C. 1993. « The unique case of african democracy ».

*International Affairs*.

Vol. 69, n° 2.

BANERJI, D. ; ANDERSEN, S. 1963. « A sociological study of awareness of symptoms among persons with pulmonary tuberculosis ». *Bulletin World Health Organisation*. N° 29, p. 665-683.

BANERJI, D. 1986. *Social Sciences and Health Service Development in India. Sociology of Formation of an Alternative Paradigm*. New Dehli, Lok Pash.

BANQUE MONDIALE. 1994. *Pour une meilleure santé en Afrique. Leçons de l'expérience*. Washington.

BELLONCLE, G. ; FOURNIER, G. 1975. *Santé et développement en*

*milieu rural africain*. Paris, Editions ouvrières.

GERM 1971. *Pour une politique de la santé*. Bruxelles, *La revue nouvelle/Vie ouvrière*.

GROSDOS, D. ; DE BÉTHUNE, X. 1988. « Les interventions sanitaires sélectives : un piège pour les politiques de santé du tiers-monde ». *Social Science and Medicine*. Vol. 26, n° 9, p. 879-889.

- JAFFRÉ Y. ; PRUAL, A. 1993. « Le corps des sages-femmes. Entre identité sociale et professionnelle ». *Sciences sociales et santé*. Vol. XI, n° 2, p. 63-80.
- NEWELL, K.W. 1975. *Health by the People*. Genève, World Health Organisation.
- OLIVIER DE SARDAN, J.P. 1995. *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris, APAD-Karthala.
- PANGU, K.A. 1988. *La « santé pour tous ». D'ici l'an 2000 : C'est possible. Expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la zone de Kasongo au Zaïre*. Thèse de doctorat en santé publique, Université Libre de Bruxelles.
- UNGER, J.P. ; KILLINGSWORTH, J.R. 1986. « Selective primary care. A critical review of methods and results ». *Social Science and Medicine*. Vol. 22, n° 10, p. 1001-1013.
- VAN BALEN, H. 1992. « Soins de santé primaires : espacement des naissances et priorités ». *Annales de la société belge de médecine tropicale*. N° 72, p. 93-102.
- . 1994. « The Kasongo project. A case study in community participation ». *Tropical Doctor*. N° 24, p. 13-16.
- VAN DORMAEL, M. 1997. « La médecine coloniale ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le tiers-monde ». *Studies in Health Services Organisation and Policy*. N° 1, p. 1-39.
-