



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

70 | 2007
70

Accès aux soins en Afrique : un changement de culture ?

Alice Desclaux



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/428>

DOI : [10.4000/amades.428](https://doi.org/10.4000/amades.428)

ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2007

ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Alice Desclaux, « Accès aux soins en Afrique : un changement de culture ? », *Bulletin Amades* [En ligne], 70 | 2007, mis en ligne le 04 février 2009, consulté le 07 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/428> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.428>

Ce document a été généré automatiquement le 7 septembre 2020.

© Tous droits réservés

Accès aux soins en Afrique : un changement de culture ?

Alice Desclaux

- 1 Depuis la fin des années 1980, lorsque l'Initiative de Bamako définissait de nouvelles règles pour l'accès aux services de soins publics et aux traitements en Afrique, des recherches en santé publique se sont appliquées à documenter les effets sociaux de cette politique. En substituant le paiement par les malades à la gratuité des actes médicaux et des traitements, cette politique de santé visait notamment à financer le fonctionnement des structures sanitaires, à rationaliser l'approvisionnement en médicaments et à démocratiser la gestion des services au travers de comités de santé appuyés sur la participation communautaire. La priorité était donnée à la viabilité financière, l'efficacité et l'efficience, de préférence à l'équité. Quinze ans plus tard, le bilan de cette politique est mitigé : si la rationalisation de l'approvisionnement a permis de voir apparaître ou réapparaître des médicaments dans les structures de soin qui en étaient auparavant dépourvues, si l'autonomie de gestion a permis à des centres de santé de développer des interventions et d'améliorer la qualité de leur service, certaines limites se sont imposées assez rapidement, relatives notamment aux enjeux de pouvoir à l'oeuvre dans les comités de gestion ou aux barrières que représente le paiement dans l'accès aux soins. Les anthropologues ont analysé la mise en oeuvre et les effets de cette stratégie, s'intéressant d'abord essentiellement à une approche politique des rapports mobilisés par la participation communautaire, à propos des enjeux de la gestion « décentralisée » des services (rappelons entre autres Fassin 1992 pour le Sénégal, Brunet-Jailly 1997 et Berche 1998 pour le Mali). Les effets de cette politique apparaissent en filigrane dans les travaux d'anthropologie concernant les itinéraires de soin et le rapport au système biomédical réalisés au cours des années 1990, qui montrent de manière croissante l'inaccessibilité de divers types de soins pour les populations les plus pauvres. Dans un second temps, des anthropologues ont documenté le rôle qu'ont joué les associations ou les ONG, souvent appelées à la rescousse pour assurer l'accès aux soins, jouant, entre autres, un rôle de « tampon » entre les services de santé et les usagers (Abega, 2001 ; Eboko et al., 2005 ; Fonteneau 2007).

- 2 C'est au début des années 2000 qu'il faut situer le tournant de la prise de conscience des effets pervers de l'Initiative de Bamako en termes d'inaccessibilité des soins, voire de « *medical poverty trap* » (« piège de la pauvreté induite par la médecine »), désignant l'appauvrissement des familles dû au coût des interventions biomédicales. À cette époque, alors que les économistes de la Banque Mondiale tentaient désespérément d'orienter les choix en explorant la « *willingness to pay* » des populations, des recherches réalisées dans de nombreux pays documentaient la faillite des mécanismes d'exemption prévus pour permettre aux « indigents » d'être traités (voir notamment pour le Burkina Faso Ridde 2006a). Simultanément, l'aspect économique apparaissait comme une dimension majeure du succès ou de l'échec des programmes de traitement antirétroviral : lorsqu'à partir de 2000 les traitements sont devenus disponibles en Afrique, le paiement par les patients apparut comme le premier obstacle à l'observance – donc à l'efficacité du traitement (une méta-analyse épidémiologique montrait la corrélation entre une mortalité élevée et le fait pour le patient de devoir payer son traitement : Braitstein, 2006). Bénéficiant d'une configuration politique exceptionnelle (en termes de disponibilité des moyens financiers, de remise en cause des politiques de santé établies, de mobilisation activiste conduisant à transgresser les divisions Nord-Sud), les programmes de traitement du sida établirent la gratuité des médicaments pour certaines catégories de patients, puis pour l'ensemble des patients à partir de 2003-2004. Parallèlement, largement conduites par une logique pragmatique, les autorités sanitaires de divers pays africains ont opté au cours des trois dernières années pour la mise en œuvre de la gratuité pour les patients d'un certain nombre de soins ou traitements spécifiques (kits d'accouchement, soins des plus de 60 ans, soins au niveau primaire, consultations pour diverses catégories de populations, etc.), qui venaient compléter la liste des « maladies sociales » (lèpre, tuberculose...) ainsi traitées jusqu'alors. Il est permis de penser que ces changements radicaux se mettent en place de manière assez hétéroclite, souvent contre la volonté des soignants et en rupture avec les valeurs (Ridde, 2006b), selon des configurations institutionnelles locales hétérogènes.
- 3 Cette évolution, qui reste à analyser d'un point de vue de science politique, est liée à des initiatives pragmatiques de terrain, et à la mise en forme « biomédicale » de questions de santé publique, souvent au niveau des pays, dans des configurations diverses (purements Etatiques, interactions avec des ONG ou avec des organismes de coopération bi ou multilatérale). Les organismes internationaux ont joué un rôle ambivalent à ce propos (revirement de la politique globale de la Banque Mondiale, avancées des services techniques de l'OMS non suivies de ratification par l'Assemblée générale), sur un arrière-plan politique et idéologique assez fluctuant concernant le rôle de l'Etat et de « la société civile », articulé aux approches néolibérales en matière de santé. D'autres institutions ont joué un rôle particulier en rassemblant les contributions scientifiques pour les articuler dans le cadre de propositions stratégiques à usage politique international : ainsi très récemment le Conseil National du Sida a rendu un avis fort bien documenté sur la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement (CNS, 2007).
- 4 Concernant les « cultures du soin » au niveau microsocial, la place accordée au paiement du traitement dans la relation thérapeutique et dans les rapports sociaux au sein des services, était, encore au début des années 2000, très marquée par la notion de fonction pédagogique du paiement (qui fidéliserait le malade, contre-don nécessaire

pour établir la valeur du médicament, etc...). Les changements actuels liés à la gratuité de certains traitements pour les patients, qui génèrent des situations complexes de co-existence, dans les mêmes services, de traitements (ou de catégories de patients) payants et d'autres gratuits, mériteraient davantage d'études du point de vue de l'anthropologie – pour analyser notamment l'interaction entre ces modalités nouvelles et les dimensions « classiques » de la circulation de l'argent dans l'institution sanitaire (financement, corruption, rapport entre gestion privée et publique, etc.). Au niveau macrosocial, la nécessité de la « gratuité pour les patients » exige le montage de dispositifs de financement, imposant entre autres une redéfinition de la « collectivité » supposée partager les coûts. Le passage d'une mutualisation dans le cadre de mutuelles de santé locales, stratégie qui a fait l'objet d'investissements majeurs de la part de la coopération française au cours de la dernière décennie, à des mécanismes de financement organisés à un niveau international, est une des propositions évoquées, qui permettrait de gérer l'exceptionnalisme du sida. Ce « changement d'échelle » s'accompagne d'une redéfinition des concepts et des valeurs qui sous-tendent cette nouvelle forme de traitement de l'accessibilité économique des soins. La notion de « droit à la santé », brandie de manière essentiellement théorique et relativement utopique depuis soixante ans, ou celle de « santé comme bien public mondial », construite de manière plus politique par les courants altermondialistes et plus technique par les organismes des Nations Unies chargés des stratégies de santé publique internationale, pourraient enfin trouver une « incarnation » (Desclaux, à paraître). Un article proposant la notion d'assurance mondiale en matière de santé (Ooms, 2006) offre une « actualité » relative à un changement majeur en cours sur plusieurs années, et nous donne une opportunité pour solliciter l'avis d'un économiste à ce propos.

- 5 Restera ensuite à encourager les anthropologues à aborder les concepts et valeurs sous-jacents à ce changement de culture, ainsi que leurs effets sociaux aux niveaux micro et macrosocial, et leur interprétation émiq, en particulier par les soignants et par les populations. Entre autres questions, on peut s'interroger sur les effets que pourrait avoir une construction de la gratuité pour les patients comme « valeur » sur la construction d'une notion de « service public » chez les professionnels de santé, dont Jaffré et Olivier de Sardan (2003) identifiaient l'absence comme un des déterminants du caractère « inhospitalier » des hôpitaux ouest-africains. On peut également se questionner sur les représentations que les patients associent à différents types de « gratuité », par exemple issues de programmes affichés comme relevant d'initiatives personnelles, tels le PEPFAR ou les programmes de Fondations (Clinton, Gates, etc.) ; ou sur les effets en termes de discours identitaires de la légitimation d'instances publiques internationales dans ce domaine, après une décennie de dé-légitimation des instances Etatiques en matière de santé. Cette réflexion conduit enfin à reconsidérer une distinction « inscrite dans le marbre » – notamment entre la façon de concevoir le rôle du paiement dans la relation thérapeutique dans les pays riches et des pays pauvres – et à s'interroger sur cette dimension particulière des effets sociaux de la « globalisation » de la santé. De nombreuses questions qui montrent –en aurait-on douté ? – que le paiement des soins n'est pas seulement une affaire d'économistes.

BIBLIOGRAPHIE

- Abega S.C., Abega N.S.N., 2001. La prise en charge de la santé par les associations du quartier Biyem Assi (Yaoundé). *Le bulletin de l'APAD*, n° 21, *Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, <http://apad.revues.org/document97.html>. Consulté le 1 mai 2007
- Berche T., 1998. *Anthropologie et santé publique en pays Dogon*. Paris, Karthala - Braitstein P., Brinkhof M.W., Dabis F., et al., 2006. Mortality of HIV-1 infected patients in the first year of antiretroviral therapy : comparison between low-income and high-income countries. *Lancet*, 367 (9513) : 817-24
- Brunet-Jailly J. (ed), 1997. *Innover dans les systèmes de santé*. Paris, Karthala
- Conseil National du Sida, 2007. *Avis suivi de recommandations sur la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH dans les pays en développement*. Paris, 13 p. 15 février 2007, <http://www.cns.sante.fr/html/avis/rapportspdf/021507avissuivrecomgratuite.pdf>
- Desclaux A., à paraître. A propos de la « gratuité » des traitements antirétroviraux au Sénégal. Concrétisation d'une notion utopique ? Table-Ronde « La santé comme bien public mondial ». Maljean-Dubois S. Ed., *Les grandes pandémies à l'échelle internationale*. Presses Universitaires d'Aix-en-Provence, pp. 195-202
- Dujardin B., 2003. Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue. Paris, Karthala- Eboko F., Bourdier F., Broqua C., Fillieule O. (eds). 2005. Mobilisations collectives face au sida dans le monde. Translations internationales et dynamiques locales. Face à Face n°7, numéro thématique, http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf/archives/numero_7/index.htm
- Fassin D., 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris, PUF
- Fonteneau B., 2007. Les associations dans le champ de la santé au Burkina Faso. Diop M-C, Benoist J. (eds), *L'Afrique des associations. Entre culture et développement*. Paris, Karthala, 181-213
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J.P. (eds), 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*. Paris, Karthala.
- Ooms G., Derderian K., Melody D., 2006. Do we need a world insurance to realise the right to health ? *PLoS Medicine* Vol. 3, No. 12, <http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=getdocument&doi=10.1371/journal.pmed.0030530>- Ridde V., 2006a. *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris, L'Harmattan.
- Ridde V., 2006b. La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso. Le point de vue de quelques infirmiers et membres de comités de santé. Institut Universitaire d'Etudes du Développement. *Etude, Récit* n°12. http://idrinfo.idrc.ca/archive/corpdocs/122149/Ridde_QueEquiAccSoiSan_BF.pdf