Politiques et pratiques de la santé publique en
Afrique. La fin des modèles ?, *Santé Publique*, 1994,
6e année, n° 4.

Laurent Chillio

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/apad/1651>

DOI : 10.4000/apad.1651

ISSN : 1950-6929

Éditeur

LIT Verlag

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 1995

Référence électronique

Laurent Chillio, « Politiques et pratiques de la santé publique en Afrique. La fin des modèles ?, *Santé Publique*, 1994, 6e année, n° 4. », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 9 | 1995, mis en ligne le 26 juillet 2007, consulté le 21 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/apad/1651> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.1651>

Ce document a été généré automatiquement le 21 septembre 2020.

Bulletin de l'APAD

Politiques et pratiques de la santé publique en Afrique. La fin des modèles ?, *Santé Publique*, 1994, 6e année, n° 4.

Laurent Chillio

- 1 Le quatrième numéro de *Santé Publique* s'interroge sur la situation actuelle des politiques et pratiques de santé publique en Afrique. L'objectif est d'essayer de mieux comprendre et rendre compte des réalités auxquelles ce secteur du développement est confronté, réalités souvent trop vite analysées, et de mettre à jour les grandes directions vers lesquelles il se tourne aujourd'hui.
- 2 Dans leur introduction, D. Fassin et E. Jeannée expliquent dans quelles mesures, nous pouvons aujourd'hui parler de "fin des modèles" dans le domaine de la santé publique en Afrique. En effet, les conférences d'Alma Ata (1978), de Bamako (1987) et d'Harare (1987) ont conduit à la mise en place de modèles d'organisation applicables à l'ensemble de l'Afrique, mais correspondant à des logiques qui lui sont extérieures. Négligeant ainsi les contextes divers (économiques, politiques, sociaux...) spécifiques à chaque pays et/ou région ainsi que les dynamiques sociales en découlant, les programmes et projets élaborés dans le cadre de ces modèles ont en grande partie échoué. C'est en considérant ces échecs que les auteurs proposent d'étudier la démarche inverse : se référer aux pratiques, aux logiques et aux dynamiques propres au milieu pour engager des actions, "partir des pratiques telles qu'elles existent, telles que les sociétés les produisent en fonction de situations historiques qui font que non seulement deux pays n'ont généralement pas les mêmes référents en matière d'organisation et d'action sociales, mais qu'il est souvent vérifié que deux villages voisins ou deux quartiers d'une même ville n'ont pas non plus les mêmes histoires et les mêmes structures" (p. 328-329).

- 3 Trois rubriques sont ensuite présentées afin de rendre compte des changements qui tendent à s'opérer aujourd'hui dans les politiques et pratiques de santé publique. Chacune de ces rubriques correspond à des champs d'analyse distincts.
- 4 Sont prises en compte, dans un premier temps, quelques grandes orientations prises par ces politiques. Ainsi, les réformes que de nombreux pays et organismes de développement engagent aujourd'hui, face à la crise que connaît l'Afrique et ses conséquences sur le plan des interventions sanitaires, s'orientent vers des approches à plus long terme et reposant sur une vision plus globale des problèmes (M. Jancloes). B. Dujardin, dans sa contribution, vient justifier les raisons pour lesquelles l'OMS a choisi à partir de 1987 d'adopter les politiques de district de santé, politiques choisies au détriment de celles de l'"hospitalo-centrisme" et de celle de l'approche sélective (programmes de santé spécifique), et encore contestées par certains spécialistes de la santé. Il montre, tout en soulignant les difficultés que pose la mise en place de ces districts, que cette politique semble la plus apte à remplir les conditions préalables à l'établissement d'un système de santé. Enfin, ce sont la mise en place et l'organisation des tables rondes sectorielles définies par le PNUD depuis 1972 qui sont analysées (J. Perrot). Au cours de ces rencontres, les gouvernements exposent leurs politiques de développement sanitaire et la manière dont ils comptent les appliquer aux bailleurs de fonds dans le but d'obtenir un consensus et un engagement de leur part. Cependant la plus grande difficulté réside dans l'application de ces politiques qui, souvent élaborées hors contexte, perdent également toute dynamique au cœur d'une planification trop centralisée.
- 5 La seconde rubrique veut rendre compte de cette tendance au changement au niveau de la coopération. Faisant l'historique des politiques d'intervention de la coopération française, B. Flourey note le décalage qui pendant longtemps a subsisté entre le discours et la pratique. Face à la situation sanitaire catastrophique de 1980, la coopération française définit une nouvelle politique, défendant une approche globale des problèmes sanitaires et affirmant sa complète adhésion à la politique des soins de santé primaires. Or, peu d'attention a été portée à sa mise en œuvre concrète et l'application de cette politique n'a réellement commencé qu'à partir de 1990. Prenant le cas du Niger, Tidjani A.M. porte un regard plus précis sur les enjeux et les implications qui apparaissent dans les relations entre les projets de santé publique et l'administration publique. Ainsi, les projets mis en place par la coopération internationale, perçus ici comme une solution à l'inefficacité des structures de l'Etat, n'ont non seulement rien changé à la situation, mais se trouvent toujours sous la tutelle de l'Etat et connaissent de ce fait, des problèmes complexes de gestion où chacun défend ses enjeux. A. Degrémont, à la lumière d'expériences vécues au sein d'une agence de coopération, l'Institut National Suisse, propose un ensemble de réflexions sur la coopération en santé. Soulignant notamment le caractère international des principes à l'origine des interventions et la nécessité de pratiques transdisciplinaires, il suggère quelques propositions nouvelles.
- 6 Pour conclure, trois études de cas sont présentées exposant des résultats d'expériences et illustrant certains points signalés dans les deux premières parties. A. Soubeiga nous propose ainsi l'historique des soins de santé primaires dans la province du Sissili au sud du Burkina-Faso. n montre la manière dont le projet a été réutilisé à des fins politiques dans cette région permettant des règlements d'enjeux entre chefferie traditionnelle et Etat. La seconde étude reprend la manière dont se sont constituées progressivement au Rwanda, à partir de la région de Ruhengeri puis dans l'ensemble du pays, des

pharmacies communautaires ainsi que des comités de gestion de centres de santé (D. Landreau). Si ce succès prouve qu'ici le problème de la constitution de fonds de départ par la population a pu être surmonté, il n'a pu être maintenu face aux troubles que connaît désormais le pays. L'étude de I. Diallo, Y. Sow et I. Wone révèle enfin la manière dont s'est constitué à l'hôpital de Zinguichor (Sénégal), un comité de gestion tripartite regroupant des représentants de la direction, du personnel et de la population, pour faire face aux importantes difficultés économiques et sociales que connaissait l'établissement.

- 7 Ce numéro de Santé Publique permet de prendre connaissance de l'état actuel des politiques de santé publique en Afrique et à partir d'exemples, de la manière dont elles peuvent être accueillies sur le plan international, national et local. Ainsi nous pouvons mieux mesurer les difficultés que rencontrent et que posent leurs définitions et leurs applications à ces différents niveaux.
- 8 Enfin, si la démarche proposée en introduction par D. Fassin et E. Jeannée (priorité aux pratiques et logiques locales) paraît être une solution incontournable pour une politique de santé publique mieux adaptée, on regrettera par ailleurs que les implications et les difficultés que pose une telle orientation ne soient pas plus développées ou mieux prises en compte.