

SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET MEDECINE
TRADITIONNELLE — A PROPOS DU DEVELOPPEMENT
DES CONCEPTS DE SANTE PUBLIQUE EN AFRIQUE *

Soins de Santé Primaires — une stratégie nouvelle

Par

*Dr. BICHMANN Wolfgang ***

En 1953 déjà, l'O.M.S. souligna la nécessité de renforcer les services sanitaires de base dans les pays en voie de développement. Mais c'était seulement au début des années soixante-dix qu'on pût assister aux efforts pratiques dans ce sens. La 28ème Assemblée Mondiale de la Santé approuva le concept des Soins de Santé Primaires (SSP) comme politique officielle de l'OMS en 1975 (1) et en 1978 les gouvernements présents à la Conférence Internationale sur les SSP ont lancé, avec la «Déclaration de Alma Ata», un programme détaillé en 22 recommandations (2). Cette nouvelle stratégie des SSP s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle stratégie de l'OMS à long terme, connue sous le titre «Santé pour tous jusqu'à l'année 2000» (3). Sont à retenir les éléments les plus importants de cette stratégie :

- une réflexion sérieuse des standards d'usage de formation et des techniques appliquées dans les services médicaux ;
- la délégation des tâches aux «agents de santé communautaires», qui n'ont suivi qu'une formation pragmatique de courte durée ;
- la décentralisation des services de santé publique, qui vise en même temps à un renforcement de la participation des communautés concernées en ce qui concerne le planning et les décisions, ainsi qu'une contribution au financement des services de santé ;
- le personnel de santé est à former et recycler d'après les priorités de la pratique quotidienne ;
- des mesures écologiques qui contribuent à la prévention des maladies sont à élargir et planifier au niveau central - surtout l'approvisionnement en eau potable (4) ;
- la planification de la santé sera intensifiée par l'application de la «Programmation Sanitaire par Pays», qui s'adapte aux conditions spécifiques des différents pays.

* *Une première version anglaise de cet article fut publiée dans Social Science and Medicine, Vol. 13 B, 1979, 175-182.*

** *Circonscription Médicale de KOUANDE, République Populaire du Bénin.*

La recherche des modèles alternatives de l'organisation des services de santé, qui est à la base de ce concept, amena à une re-considération de la fonction des systèmes de médecine traditionnels. Une des raisons pour cette nouvelle attitude était le manque permanent de ressources budgétaires dans les pays en voie de développement, qui empêcha l'implantation d'un système de santé publique d'après les standards de la médecine du type «occidental» (c'est-à-dire la médecine qui se développa dans les pays industrialisés de l'Europe et aux Etats-Unies). L'exemple de développement rapide que donna la République Populaire de Chine – mentionné à maintes reprises par le Directeur Général de l'OMS, Dr. Mahler – a beaucoup influencé les réflexions sur la revalorisation de la médecine traditionnelle ainsi que la prise en considération de son intégration aux structures du système de santé national (5).

Nous allons maintenant considérer l'importance de la médecine, dite traditionnelle, dans les soins de santé des populations dans les pays Africains.

Les Soins de Santé – Structure Sociologique Complexe

La notion «médecine traditionnelle» fut souvent employée incorrectement pour indiquer les différentes formes de soins de santé qui n'appartiennent pas à la médecine universitaire occidentale ou «moderne». Dans la discussion qui suit, nous allons distinguer quatre types différents de soins médicaux qui ne sont pas toujours très bien distingués dans la réalité (6) :

1. Médecine familiale ou domestique
2. Médecine populaire
3. Systèmes médicaux traditionnels
4. Médecine cosmopolite.

Médecine familiale/domestique : Ce terme définit une forme de soins de santé pratiqués à la maison par des membres de la famille, basés sur des connaissances générales des soins médicaux. Ceci comporte également l'auto-traitement avec des remèdes de bonne-femme et aussi, de plus en plus, avec des médicaments modernes.

Médecine populaire (7) : Celle-ci est dérivée de la forme sus-mentionnée et représente une fonction déjà professionnalisée qui reflète la croissante division du travail dans la société (8).

Systèmes médicaux traditionnels (9) : Par contraste à la médecine populaire, ils représentent des systèmes structurés de classification et d'interprétation des maladies, qui comprennent également des traitements élaborés (10). Dans ce sens quelques auteurs distinguent entre «grandes» et «petites» traditions de la médecine (11). Les grandes traditions se sont développées avec les sciences écrites, avec un haut niveau de professionnalisme, normes de formation et codes éthiques.

Médecine cosmopolite : La médecine moderne, universitaire, qui s'est développée sur la base des sciences naturelles, qui – à leur tour – se sont développées pendant le progrès scientifique et technique en Europe et en Amérique du Nord, est appelée par DUNN «Médecine Cosmopolite». Au milieu du 19ème siècle, l'approche biologique et scientifique s'établit comme concept théorique de base de la médecine cosmopolite, qui quand-même n'a pas laissé tomber tous les contenus non-scientifiques (12). Par contre, comme cela a été prouvé par les fréquents traitements par «placébos», vitamines et ampoules buvables, jusqu'à nos jours les éléments pré-scientifiques coexistent avec ceux qui sont dérivés des données scientifiques.

Pendant l'ère coloniale et «l'exploration du monde», le concept médical prédominant dans les métropoles coloniales fut introduit en Afrique, également en théorie, comme structures institutionnelles (13). Il faut souligner, que le succès de l'implantation de la médecine cosmopolite ne fut que marginalement supporté par ses succès thérapeutiques, car, à la fin du 19ème siècle, les résultats chirurgicaux et chimiothérapeutiques furent encore assez insignifiants – surtout en médecine coloniale. Par contre, la diffusion et le succès de la médecine cosmopolite résulte (14) :

1. des intérêts et contraintes de l'administration coloniale – en Afrique surtout la tentative de lutte contre épidémies et endémies (15) ;
2. des interrelations entre médecine et missions (16) ; et
3. du fait que les élites autochtones et les classes au pouvoir dans les pays colonisés, avaient accepté et promu la médecine cosmopolite (17).

Les quatre catégories des soins médicaux sus-mentionnées coexistent dans des systèmes culturels et sociaux différents. Leur influence varie d'après le degré atteint dans le professionnalisme médicale. Ainsi l'importance de la médecine domestique diminue en fonction du degré de la division de travail dans les sociétés (18). Or, l'influence des différents niveaux ne dépend pas seulement du développement historique. Elle change aussi dans des cultures différentes, ou, respectivement, dans une société donnée, dans les sous-cultures (19). C'est-à-dire, pour une maladie spécifique donnée, c'est la perception subjective de l'état de santé individuel qui mène à la consultation d'un des quatre types mentionnés de médecine, quelle que soit la maladie spécifique (20).

Il existe même des communautés qui n'ont aucune notion de «maladie» – dans le sens propre du mot –, mais qui connaissent seulement une conception d'infortune, qui explique en même temps les maladies individuelles et collectives, ainsi que d'autres inconvenances individuelles et collectives, comme par exemple mauvaises récoltes, malchance en chasse ou en guerre, ou bien une tempête. UNSCHULD en conclut (21), qu'un savoir médical conceptualisé comme «médecine» – de la façon conçue dans la culture occidentale – n'était ni nécessaire ni connu.

La médecine domestique est exposée aux changements permanents, ce qui fait que ses techniques sont de plus en plus remplacées par l'utilisation des comprimés et des injections. La médecine populaire succombe également aux influences externes. Les succès de la médecine occidentale moderne par suite de l'introduction des substances antibiotiques et chimiothérapeutiques ont mené à la compétition au sujet des malades. Dans les pays en voie de développement on ne trouve pas aujourd'hui les traditions pures de la médecine populaire – à l'exception des régions très isolées. Par contre, on assiste à la création de nouvelles formes de la médecine populaire, qui sera composée d'un conglomérat du savoir traditionnel et des techniques de la médecine cosmopolite (22).

La Médecine Traditionnelle en Afrique

Encore aujourd'hui, la couverture des populations rurales n'atteint que quelque 30 % en Afrique. Devant cette insuffisance du système de santé publique, ou bien de la médecine cosmopolite, les populations ont toujours recours aux méthodes traditionnelles pour la satisfaction de leurs besoins médicaux (23). On peut ranger ces méthodes traditionnelles dans la catégorie de la médecine populaire. Les «grandes traditions de médecine» avec une importance qui dépasse le cadre régional – comme définit par LESLIE – n'existent pas en Afrique Noire.

La richesse du savoir pharmacologique et technique en Afrique en temps pré-coloniaux est bien démontrée par les récits de voyages anciens et par les études ethnographiques (24). Il existe des rapports sur des sutures des vaisseaux chez les Massai, sur des changements de la position des fœtus chez les femmes en travail (Hottentots), ainsi que sur des sections césariennes (Uganda) (25,26). Pansements, extractions des dents, tonsillectomie, uvulectomie et incisions des abcès furent pratiqués largement. Soins infirmiers, traitement des maladies internes par les herboristes, vaccinations et anesthésie par l'emploi des extractions des plantes formèrent part du savoir de la médecine traditionnelle Africaine, en étroite association avec des pratiques magiques et préventives contre les maladies contagieuses, bien qu'il existait de nettes différences régionales du niveau de développement de cette médecine (27). FORTES souligne, qu'à la fin du 19^{ème} siècle tous les anthropologues, avec ou sans formation médicale, étaient obsédés par des questions concernant les théories autochtones sur la causalité magique présumée à l'origine des modes de traitement, et par leur contraste avec d'autres formes de traitement qui furent considérées comme empiriques et fondées. Et il conclut, que par cette attitude l'étude de la santé et des maladies était réduite aux études de sorcellerie, de magie et, en général, de pratiques rituelles. La diagnose, le traitement et la prophylaxie des herboristes, fondés sur l'empirisme ne furent considérés que comme des catégories accessoires (28).

Pendant longtemps le corps médical Européen ne s'était intéressé qu'à la pharmacopée Africaine, tout en négligeant les autres aspects de la médecine Africaine. Encore en 1976 un Comité de Experts de l'OMS dut souligner, que la médecine traditionnelle Africaine consiste essentiellement de l'ensemble de «médecine» et «pharmacopée» (29). Un aspect très important de la médecine Africaine fut pendant longtemps inclus dans

le champs de la « magie » par les Blancs, qui ne pouvaient pas le comprendre : c'était l'aspect de la restauration du consensus social par la pratique rituelle en cas de violation de normes sociales. La maladie n'est pas, dans la conception Africaine, seulement un événement individuel, mais plutôt la perturbation des relations sociales (30). Une telle étiologie des maladies n'était presque plus connue dans la médecine occidentale. Elle fut re-découverte seulement par les recherches dans le domaine psycho-somatique. Ce ne fut pas facile pour la médecine scientifique, de comprendre le sens de la maladie ou bien le langage des symptômes, parce qu'elle s'était penchée sur le recensement des paramètres à mesurer objectivement (31). La médecine Africaine ne traite d'abord pas les maladies, mais les gens malades. Pour cette raison, on ne peut comprendre la médecine Africaine à travers ses concepts de pathogenèse et sa nosologie, mais plutôt à travers sa cosmopolite, ça veut dire, la hiérarchie des forces conçues comme appartenant à chaque être, vivant ou mort (32). La contribution de la médecine Africaine aux questions de médecine, dépassant le contexte Africain, fut par conséquent reconnue en premier lieu par la psychiatrie (33). Contrairement à ces aspects positifs de la médecine Africaine il existe des effets négatifs qui ont cependant reçu trop d'attention pendant longtemps. L'aspect d'intégralité de la médecine Africaine n'est que relatif et on observe ces pouvoirs d'intégration sociale au mieux dans des communautés rurales — c'est-à-dire, dans la culture même dont elle représente un sous-système. Par conséquent ce n'est pas possible de la transférer tout simplement dans un contexte social différent comme « système technique ». Cependant, en Afrique, dans les conglomérations urbaines en expansion rapide, des formes tout à fait nouvelles de la médecine populaire à caractère parfois spirituel, apparaissent (34). Elles sont composées de la médecine populaire traditionnelle à qui s'associent des connaissances de la médecine cosmopolite. Souvent elles utilisent les symboles de la médecine moderne, comme par exemple des blouses blanches, stéthoscopes, etc.

Le Dilemme de la Santé Publique

Avant 1970 les services de santé publique existants dans les pays Africains pauvres étaient insuffisants et l'objectif qui était fixé de mettre sur pied des services de santé d'après le modèle Européen n'était pas prêt d'être atteint — au moins pour des raisons économiques. On sait depuis longtemps, qu'on pourrait s'attaquer aux deux tiers des maladies qui prévalent dans les pays Africains en voie de développement facilement par des mesures préventives. Ces faits ont constitué la base du changement de la politique de l'OMS sus-mentionnée. Le but de cette politique est de recevoir des résultats optimales concernant la levée de l'état sanitaire des populations entières, en faisant appel aux ressources locales non encore touchées (35). C'est-à-dire que le concept de SSP essaie d'initier des services de santé en contact étroit avec la communauté périphérique et en même temps supportés par la communauté, ce qui ne nécessite que des ressources gouvernementales minimales. Ces services devraient satisfaire les besoins médicaux élémentaires (36) des communautés et également contenir des effets de l'éducation sanitaire.

Les moyens mis en œuvre comportent :

1. Des agents de santé communautaires ou secouristes, formés à court terme et équipés avec une trousse de premiers secours, considérés comme bénévoles, dont la rémunération ne revient pas au gouvernement, mais à la commune (37) ;
2. Les matrones ou accoucheuses villageoises, formées dans les principes de base de l'hygiène (38) ; et
3. La création de Comités Villageois de Santé qui supervisent le travail des secouristes et assurent leur rémunération. Ces comités sont en même temps responsables de toutes les activités préventives et promotrices de santé de base, de la gestion des pharmacies villageoises, et c'est dans leurs sein que sera accomplie la participation de la communauté à la planification, la décision et l'évaluation des services de santé (39).

Cette nouvelle politique favorise également la réanimation et revalorisation de la médecine traditionnelle et son intégration dans les services de santé publique.

Le concept des SSP fut approuvé en principe par chaque Etat, membre de l'OMS, — bien que la question de la participation de la communauté locale aux décisions n'ait pas été supportée largement par tous les pays. Par contre aucun concept de l'intégration de la médecine traditionnelle ne reçut l'accord unanime.

Au mois de septembre 1976 les discussions techniques de la 26^e session du Comité Régional pour l'Afrique de l'OMS furent consacrées à «la Médecine Traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique» (40). On pût remarquer des positions différentes dans ces discussions. On reconnut à l'unanimité qu'il existe certains aspects positifs dans la médecine traditionnelle, comme il y a de nombreux cas guéris sans aide de la médecine moderne. Mais il n'y eût pas d'accord concernant les relations désirables entre ces systèmes médicaux qui, de toute façon, sont complémentaires. Après la définition de la «médecine traditionnelle Africaine» et du «guérisseur traditionnel» (41) les participants proposèrent les mesures suivantes :

- le recensement de tous les guérisseurs traditionnels ;
- la création d'organisations des guérisseurs traditionnels qui veillent sur leur compétence ;
- la légitimation des tradipraticiens sur la base des tests ;
- la promotion de la recherche concernant les connaissances de la médecine traditionnelle ;
- l'intégration éventuelle des guérisseurs traditionnels dans les équipes de santé (42).

Après la période de conception initiale, on pût assister à des activités dans les pays différents comme par exemple la création des instituts de recherche s'ajoutant à ceux déjà existants. Ils dirigèrent leur attention

principalement sur la pharmacopée herboriste (43). Dans certains pays il existait déjà des législations : d'après une enquête dans 9 pays (44) en 1975 la médecine traditionnelle était légalisée dans 5 pays et nulle part officiellement considérée comme illégale. Dans la plupart des pays, elle était reconnue informellement, parfois il exista même une coopération entre les deux systèmes.

Après cette première période on n'entendait plus beaucoup des mesures entreprises par les gouvernements Africains (45). Les programmes autres que les recherches pharmacologiques et botaniques n'avaient apparemment pas été promulgués. Ils semblaient même abandonnés. Le rapport du Directeur Régional pour l'Afrique de l'OMS, donné à la Conférence Internationale des Soins de Santé Primaires à Alma Ata (URSS) en Septembre 1979 fait seulement mention de l'existence dans quelques pays de guérisseurs traditionnels formés, qui sont intégrés dans les services de santé générale, et il insiste sur la nécessité de la recherche continue en médecine traditionnelle. En tout cas, il ne semble pas évaluer la médecine traditionnelle comme facteur important dans le développement des soins de santé primaires au sein des services de santé nationaux (46).

Pour cette raison il nous semble justifié de regarder d'un point de vue théorique le concept d'intégration de la médecine traditionnelle aux services de santé modernes.

Intégration ou bien Subordination ?

Les recherches de UNSCHULD sur la possibilité de la coexistence entre les médecines traditionnelle et cosmopolite (47) montrent qu'on trouve une intégration complète seulement pour médicaments, techniques et connaissances empiriques, ce qu'il appelle «ressources primaires». Il n'a pas trouvé d'exemples d'intégration totale en ce qui concerne le personnel sanitaire — seulement une «coopération structurée» dans des systèmes de référence réciproques. En ce qui concerne les «docteurs à pieds nus» chinois, souvent cités, ils reçoivent une formation pragmatique qui s'appuie sur les médicaments et techniques dérivés de la médecine cosmopolite, mais qui emploie en même temps ceux traduits par les traditions médicales chinoises (48).

La coopération entre docteurs exige qu'ils connaissent leurs compétences et leurs limites et qu'ils acceptent leurs collaborateurs comme équivalents. Une coopération entre représentants des sous-systèmes médicaux différents, qui se disputeraient les clients, n'est pas facilement imaginable dans un marché libre des soins (49). En plus, une intégration complète des guérisseurs, représentants de leur système de connaissances médicales, est presque impossible parcequ'ils adhèrent à des conceptions médicales différentes, conséquence de leur socialisation professionnelle. Par exemple, la notion de la dichotomie chaud/froid dans les systèmes médicaux Asiatiques ne diffère pas seulement de la médecine occidentale à cause d'une terminologie différente, mais parceque ses structures cognitives sont incompatibles. Une pareille incompatibilité existe pour les paradigmes en médecine traditionnelle Africaine, différents de ceux en médecine occidentale (50). Pour cette raison le problème «d'intégration» des deux systèmes médicaux se réduit en réalité à une question de subor-

dination sous le concept médical dominant. Comme le souligne UNSCHULD, dans les pays en voie de développement l'intégration des guérisseurs traditionnels dans les systèmes de santé nationaux vise toujours à une incorporation du savoir médical traditionnel en les regroupant et les supervisant comme catégorie du personnel auxiliaire.

En obstétrique, cette intégration du personnel médical traditionnel ne semble pas être trop compliqué : la délégation de tout un ressort médical – l'accouchement normal – est faisable. La formation des accoucheuses traditionnelles dans les techniques d'asepsie, dont la supériorité se révèle par le simple empirisme, améliore leur qualifications comme matrones en même temps que leur statut social. Pour cette raison elles l'acceptent et pratiquent ces techniques même si elles entrent en conflit avec les lignes de conduite traditionnelles.

En ce qui concerne les soins primaires en médecine générale, il n'existe pas de problèmes majeurs pour conjuguer la médecine scientifique occidentale avec les techniques du traitement traditionnel dont l'efficacité vient d'être montrée. On connaît beaucoup d'exemples d'une certaine division de travail entre des docteurs formés en médecine cosmopolite et leurs collègues traditionnels en Afrique, par exemple pour le traitement des fractures, morsures des serpent, empoisonnement et psychothérapie (51). Avec UNSCHULD on désigne cela comme «coopération structurée» entre médecine cosmopolite et médecine populaire traditionnelle.

Par contre, la confrontation des paradigmes, mentionnée ci-dessus, existe en ce qui concerne les diagnostics et le choix de la thérapie adéquates. Le traitement d'une maladie par une modification de son mode de vie, par une intervention chirurgicale, par une cérémonie rituelle ou bien par une injection, dépend entièrement du concept étiologique appliqué. Bien sur, les guérisseurs traditionnels ont apprécié les effets immédiats de l'injection des antibiotiques et ils ont souvent recours à cette technique – parfois à la demande de leurs malades. Ils continuent cependant à s'identifier aux concepts médicaux traditionnels (52). La médecine cosmopolite pourtant requiert l'identification au concept scientifique d'étiologie. C'est pourquoi «l'intégration des guérisseurs traditionnels» dans les services de santé modernes n'est estimée possible qu'après une formation initiale et sous supervision continue des activités des tradipraticiens. Eux ne sont pas du tout prêts à accepter ces conditions : par contre, le statut social d'un tradipraticien dans sa propre culture dans la plupart des cas est supposé plus élevé que celui qu'il pourrait atteindre après la légitimation par l'administration sanitaire et son intégration au système de santé national comme simple «auxiliaire».

Perspectives du Développement

Compte tenu de ce qui précède, la stratégie du concept des SSP, qui consiste à ne supporter que la formation des accoucheuses traditionnelles au lieu de celle de tous les tradipraticiens et à n'encourager que la formation des «agents de santé communautaires» ou sécouristes, qui sont pour la plupart des jeunes (53), choisis par leur communauté locale, semble être évidente. Bien sûr, on n'a pas exclu qu'un guérisseur traditionnel pourrait être choisi par les populations villageoises comme candidat de

cette formation. Egalement la formation des accoucheuses villageoises sera à la longue complètement assurée par les structures du système de santé officiel, et les jeunes femmes, qui seront recrutées par la suite comme accoucheuses «traditionnelles», formeront aussi une catégorie de personnel médical tout-à-fait nouvelle. Or, les services administratifs de la santé publique cherchent à réaliser cette «coopération structurée» avec la médecine traditionnelle sur le plan national, ce qui à la longue mène à sa subordination. La liste des mesures à prendre, arrêtée par la conférence de Kampala, reflète cette intention par l'appel à la reconnaissance des tradipraticiens et à l'élaboration des codes de la pratique de la médecine traditionnelle, ainsi que par la propagande pour la création des conseils nationaux des guérisseurs. Ces mesures contribuent à restreindre la compétence de la médecine traditionnelle par une réduction du nombre des praticiens ainsi que par leur tendance à contrôler et à intervenir dans un secteur traditionnel qui – jusqu'à maintenant – était indépendant. Tout cela contribue à une accélération du changement social dans les pays en question (54). La raison en est l'approbation sur le plan administratif d'une réorientation qui est déjà adoptée en partie dans les modes de comportement de la population : la réputation de la médecine traditionnelle diminue. De plus en plus les décisions préférentielles des malades se font d'après l'ordre suivant, 1) auto traitement, 2) médecine cosmopolite, et seulement en cas d'échec, 3) médecine traditionnelle (55). Si la médecine traditionnelle ne reste que le dernier refuge des malades, c'est que dans le domaine de la médecine, l'acculturation des populations est accomplie.

Ce changement de conduite n'empêche pas la délégation de certaines fonctions aux représentants de la médecine traditionnelle. Surtout en psychiatrie on retrouve beaucoup d'exemples d'une coopération – celle-ci étant un domaine où la médecine occidentale ne semble pas avoir de moyens supérieurs aux techniques traditionnelles. Puisque beaucoup de facteurs entre en ligne de compte dans les problèmes de santé mentale, la question de savoir si la réussite de la médecine traditionnelle pour la re-structuration de l'équilibre psycho-social dans le cadre strict du village peut être obtenue dans des conditions sociales différentes du genre de celles qu'on rencontre dans les villes anonymes telles que le chômage, la prolétarianisation et les problèmes d'exode rural, reste sans réponse (56). La naissance des mouvements spirituels de guérison, déjà mentionnés, fait partie de ce développement de nouvelles formes de la médecine populaire au sein de ce milieu. De plus, on rencontre de multiples formes de charlatanerie exploiteuse.

La Santé – une Valeur Autonome ?

En guise de conclusion, outre les questions discutées qui sont d'un intérêt plus médical, il nous faut maintenant réfléchir sur la portée politique des SSP. Il faut donc se demander, pourquoi nous observons depuis le début des années 1970 l'intérêt croissant des organisations internationales et des gouvernements nationaux à un meilleur état sanitaire des populations entières – même dans les régions rurales qui n'ont pas un potentiel apparent de développement. Jusqu'à nos jours, des raisons huma-

nitaires ou idéologiques n'ont jamais été à la base d'efforts palpables pour une amélioration réelle de la santé des populations rurales et marginales. Pour expliquer ces efforts, on ne peut donc pas avoir recours aux paroles lancées comme par exemple la reconnaissance d'une identité culturelle ou l'acceptation de la santé faisant partie des droits fondamentaux de l'homme.

Les améliorations de soins de santé publique étaient toujours associées aux intérêts économiques (57). Elles constituent en même temps des améliorations des conditions de reproduction de la force de travail. Une précondition pour le déclenchement des campagnes pour l'amélioration de l'état de santé des populations rurales fut la reconnaissance de l'approche théorique, qui considère les dépenses pour la santé comme un investissement productif en faveur du développement socio-économique et non une dépense non-productive de consommation. Cette approche a pendant longtemps été contestée. L'évaluation de la politique du secteur de santé par la Banque Mondiale (58) semble avoir finalement contribué à son acceptation.

Jusqu'à maintenant il n'existe pas une théorie élaborée de l'économie politique du secteur de santé des pays dépendants (59). De l'analyse des arguments qui considèrent les dépenses pour la santé dans les pays sous-développés comme investissement productif dans le développement socio-économique, il ressort que :

1. Les dépenses pour la santé sont des préconditions nécessaires pour l'augmentation générale de la production, surtout dans l'agriculture.
2. Les dépenses pour la santé sont nécessaires pour une meilleure utilisation des investissements antérieurs en «capital humain», comme par exemple pour l'éducation (60). Cet argument est d'une grande importance surtout dans le processus d'industrialisation et en vue de la spécialisation de la force de travail associée à ce processus (61).
3. Les arguments épidémiologiques sont aussi considérés comme des raisons économiques justifiant les dépenses pour la santé (62). Des dépenses destinées à une réduction de la fréquence des endémies tropicales classiques étaient depuis longtemps considérées très importantes, même dans les régions d'un intérêt mineur pour l'économie coloniale, parceque la lutte contre les maladies transmissibles par vecteurs ne peut pas être restreint aux régions prospères.

La Santé pour tous – ou Paupérisation de la Périphérie ?

On ne trouve pas une explication rationnelle et économique pour les efforts de réalisation de la nouvelle stratégie des SSP dans toute l'Afrique rurale sans analyser l'importance du secteur rural en termes d'économie politique. L'école française d'anthropologie économique (63) nous a montré que son importance ne se limite pas au fait, que ce secteur produit les «cash-crops» et représente un marché qui n'est pas encore entièrement exploité (64). Les recherches effectuées par MEILLASSOUX

démontrent, que la perpétuation de l'existence de ce secteur traditionnel de subsistance est nécessaire en Afrique. Sa contribution à la reproduction de la force de travail constitue un fait essentiel dans le système du «capitalisme périphérique». La chute ou la disparition de ce secteur traditionnel mettrait fin à la «sur-exploitation» qui existe et qui est à la base du «mode de production impérialiste» (65).

En considérant ce contexte pendant notre observation des changements des conceptions des soins de santé actuels, on arrive mieux à comprendre, pourquoi ce n'est qu'à partir des années 1970, qu'on assiste à l'insistance et la détermination politique d'une amélioration de l'état de santé des populations entières : il existe le risque de l'écroulement du secteur rural traditionnel parceque la paupérisation de la «périphérie de la périphérie» s'accroît (66). Pour prévenir ce danger, des «inputs» pour le maintien d'un état minimal de santé de la population rurale s'imposent.

Evidemment, le concept des SSP ne fut pas développé par des économistes à la recherche du maintien du status quo. Il fut développé par des administrateurs sanitaires et des médecins qui ont utilisé à la fois leurs expériences personnelles et l'ensemble des recherches sociologiques effectuées dans les questions du sous développement. Pourtant, les problèmes de la santé publique étaient connus au moins depuis le début des années soixante et une explication satisfaisante n'a pas encore été donnée à la question de savoir pourquoi, depuis dix ans qu'on en parle, le problème de l'amélioration de la santé rurale n'a pas encore eu de salution concrète (67). Parmi les raisons pour le support dont la stratégie des SSP bénéficie de la part des organismes internationaux ainsi que nationaux, on peut noter — outre de la détermination politique d'améliorer les conditions de vie des populations appauvries — le fait, qu'on suppose la relation coût/bénéfice assez favorable. Le concept des SSP utilise une approche de «développement communautaire», et ainsi les dépenses nécessaires sont estimées moins élevées que dans les programmes habituels, parceque une bonne partie des ressources est produite par les communautés !

A l'origine, l'approche SSP contenait aussi des éléments d'émancipation, comme par exemple l'accent mis sur la participation de la communauté. C'est pourquoi nous pouvons dire, en guise de conclusion, que l'approche SSP peut s'appliquer très bien dans le contexte d'une stratégie pour vaincre le sous-développement ; mais il n'empêche pas - en tout cas - un «développement du sous-développement». S'il n'y a que des raisons économiques à la base de la large audience que les organismes officiels ont réservé à cette stratégie, il y a lieu de soupçonner, à juste raison, que l'approche progressive, contenu dans le concept des SSP et dans les tentatives de revalorisation de la médecine traditionnelle ait disparut.

Pour cette raison il est nécessaire de continuer la discussion de la dite stratégie des «besoins élémentaires» dans laquelle s'insèrent l'approche SSP et les tentatives de revalorisation et d'intégration de la médecine traditionnelle. Les problèmes rencontrés dans ce contexte ne sont pas seulement relatifs à l'organisation des soins de santé publique, mais ils soulèvent des problèmes à la fois anthropologiques, sociologiques et politiques et méritent une discussion ample et interdisciplinaire.

REFERENCES

- (1) Promotion of national health services relating to Primary Health Care. WHO Off. Rec. No. 226, Separate Printing, Geneva, 1976. Djukanovic V. and Mach E. P. Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries. A joint WHO/UNICEF study. Geneva, 1975. Primary Health Care. A joint WHO/UNICEF report. Geneva and New York, 1978.
- (2) *WHO Chronicle* 32, 425–430, 1978.
- (3) Mahler H. Health care for all by the year 2000. *WHO Chronicle* 29, 253–256 1975.
- (4) cf. Document AFR/RC22/8. In *Long-term Health Planning for the African Region 1975–2000*. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 1974. AFR/PHA/133, 8 October, 1974.
- (5) 30th World Health Assembly. *WHO Chronicle* 31, 270 1977. cf. Médecine Traditionnelle. L'Enfant en milieu tropical, No. 122, 1979. cf. Rifkin S. Public Health in China – is the experience relevant to other less developed countries? *Soc. Sci. Med.* 7, 245–257, 1973. cf. Rifkin S. and Kaplinsky R. Health strategy and development planning: lessons from the People's Republic of China. *J. Devel. Stu.* 9, 213–232, 1972/73.
- (6) Pflanz fait une différenciation entre système profane, système semi-professionnel et système professionnel. cf. Pflanz, M. Gesundheitsverhalten. In: *Der Kranke in der modernen Gesellschaft* (Edited by Mitscherlich, A. et al.), pp. 283–289. Kiepenheuer & Witsch, Köln-Berlin (West) 1967.
- (7) Correspondant au «Système Médical Local». cf. Dunn F. L. Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptive systems. In *Asian Medical Systems* (Edited by Leslie C.), p. 133. University of California Press, Berkeley, 1977.
- (8) Unschuld P. U. Professionalisierung im Bereich der Medizin. Entwurf zu einer historisch-anthropologischen studie. *Saeculum* 25, 251–274, 1974. Unschuld P. U. Professionalisierung und ihre Folgen. In *Krankheit, heilung, Heilkunst* (Edited by Schipperges H., Seidler E. & Unschuld P. U.), pp. 517–555. Alber, Freiburg/Br., 1978.
- (9) Dunn: «Systèmes Médicaux Régionaux», op.cit.
- (10) cf. Kleinman A. M. Toward a comparative study of medical systems: an integrated approach to the study of the relationship of medicine and culture. *Sci., Med. Man* 1, 55–65, 1973.
- (11) cf. Leslie C. Introduction. In Leslie C. (Ed.) op.cit., p. 2.
- (12) Riley J. N. Western medicine's attempt to become more scientific: examples from the United States and Thailand. *Soc. Sci. Med.* 11, 551, 1977.
- (13) Vyshlid J. Development of health services in the African region: a short historical review. In *An Integrated Concept of Public Health Services in the African Region*. AFRO Technical Papers No. 2, pp. 13–26. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 1970. Bichmann W. *Die Problematik der Gesundheitsplanung in Entwicklungsländern*. Medical Thesis University of Heidelberg 1977. Lang, Frankfurt, p. 199, 1979.
- (14) Faute de place il n'est pas possible de donner des exemples pour cette assertion ici. cf. aussi: Good, Hunter, Katz et Katz: The interface of dual systems of health care in the developing world: Towards health policy initiatives in Africa. *Soc. Sci. & Med.* 13 D, 146, 1979.

- (15) Vysohlid J. *op.cit.*, p. 17 Beck A. *History of the British Medical Administration of East Africa 1900–1950*. Cambridge, Mass., p. 200, 1970. Coquery–Vidrovich C. and Moniot H. *L'Afrique Noire de 1800 à nos jours*. PUF, Paris p. 169, 1974.
- (16) cf. Bichmann W., Hartog R. and Schultz U. «Westliche» Medizin in Ländern der Dritten Welt am Beispiel Tanzania: Ein Trojanisches Pferd des Neo-Kolonialismus. In *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Vol. 2, pp. 170–192, 1977. Argument, Sonderband AS 17, Berlin (West), 1977.
- (17) Unschuld P. U. Western medicine and traditional healing systems: competition, cooperation or integration? *Ethics Sci. Med.* 3, 5, 1976.
- (18) Unschuld P. U. Medico-cultural conflicts in Asian settings. *Soc. Sci. Med.* 9, 307, 1975. Unschuld P. U. Professionalisierung und ihre Folgen, *op.cit.*, p. 543, von Ferber C. *Soziologie für Mediziner*, pp. 3 and 40, Springer, Berlin 1978.
- (19) Schenda R. Das Verhalten des Patienten im Schnittpunkt professionalisierter und naiver Gesundheitsversorgung. In *Handbuch der Sozialmedizin*, Vol. III (Edited by Blohmke M., von Ferber C., Kisker K. and Schaefer H.), pp. 31–45. Stuttgart, 1976. Unschuld P. U. Die konzeptuelle Überformung der individuellen und kollektiven Erfahrung von Kranksein. In Schipperges H. *et al.* (Eds.), *op.cit.*, p. 495.
- (20) Kleinman A. M., *op.cit.*, p. 59. Becker–Pfleiderer B. Kranksein in fremden Kulturen. *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 2, 132, 1977.
- (21) Unschuld P. U. Die konzeptuelle Überformung. . ., *op.cit.*, p. 501.
- (22) Bernauer U. Partizipation. *Eine gesundheitspolitische Strategie in Lateinamerika. Analyse ihrer Abläufe und Bedingungen am Beispiel Chile*. Phil. Thesis, University of Freiburg/Br., p. 144, 1977.
- (23) Shehu U. Health care in rural areas. AFRO Technical Papers No. 10, p. 29. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 1975. Diesfeld H. J. Medizin in Entwicklungsländern. *Deutsches Arzteblatt* 73, 1118–1120 et 1178–1181, 1976.
- (24) cf. par exemple les références dans : Brandl, L. *Arzte und Medizin in Afrika*. Afrika–Verlag, Pfaffenhofen/Ilm, pp. 139–200, 1966.
- (25) Brandl, L. A short history of ethnomedicine in tropical Africa. *Ethnomedizin* II, 198–210, 1972/73.
- (26) Spencer, R. F. Embryology and obstetrics in preindustrial society. In: *Landy D.*, (Ed.) *Culture, disease, healing*. Macmillan, New York – London, p. 297, 1977. cf. Imperato, P. J. *African Folk Medicine*. York Press, Baltimore, 1977, chapter 15.
- (27) cf. Brandl, L. *Arzte und Medizin . . .*, *op.cit.*, p. 73. aussi Weisz, J. R. East African medical attitudes. *Soc. Sci. Med.* 6, pp. 323–333, 1972.
- (28) Fortes, M. Foreward, p. XIII. In *Social Anthropology and Medicine* (ed. Loudon, J. B.) Academic Press, London, 1976.
- (29) African Traditional Medicine. AFRO Technical Report Series No. 1, p. 15. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 1976.
- (30) Jahn Janheinz. *Afrikanische Medizin*. Mimeograph, Schlob Eschenau bei Heilbronn, n.d., p. 21. Lesson J. Social Science and Health Policy in pre-industrial society. *Int. J. Health Services* 4, 434, 1974. Collomb H. Public health and psychiatry in Africa. In *Biomedical Lectures 1970–71 series*. AFRO Technical Papers No. 4, p. 64. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 1972.

- (31) Jores A. *Praktische Psychosomatik*, p. 21. Huber, Bern, 1976.
- (32) Jahn J., *op.cit.* d'Almeida, T. L'Afrique et son médecin, p. 26. Editions Clé, Yaoundé 1974.
- (33) Lambo T. A. The African mind in contemporary conflict. *WHO Chronicle* 25, 343–353, 1971. Lambo T. A. The village of Aro. In *Medical Care in Developing Countries*, Chap. 20 (Edited by King M.) Oxford University Press Nairobi, 1966. Collomb H. *op.cit.*, pp. 61–70. Collomb H. Rencontre de deux systèmes de soins. A propos des thérapeutiques de maladies mentales en Afrique. *Soc. Sci. Med.* 7, 623–633, 1973.
- (34) Haaf E. Heilende Kirchen in Ghana. *Curare* 1, 73–84, 1978. cf. Little K. West African Urbanization, p. 37. *Cambridge University Press, Cambridge 1966.* cf. Lloyd T. C. Africa in Social Change, p. 245. *Penguin, Harmondsworth, 1972.*
- (35) Djukanovic V. and Mach E. P. *op.cit.*, p. 93.
- (36) WHO/UNICEF : Primary Health Care (1978), *op.cit.*, p. 10. cf. Newell K.W. Health Care development as an agent of change. *WHO Chronicle* 30, 181–187, 1976. On a pu assister à une réorientation vers les « besoins essentiels » dans les stratégies de développement en général : cf. Oldenbruch G. Zur Strategie der Erfüllung von Grundbedürfnissen. German Foundation for International Development. DSE, Bad Honnef, (DSE-Dok-Nr. 967 C), 1978. cf. also Schwefel D. *Bedürfnis-orientierte Planung und Evaluierung.* Deutsches Institut für Entwicklungspolitik, 1977. cf. Adeniyi-Jones O. Community involvement: new approaches. *WHO Chronicle* 30, 8–10, 1976.
- (37) L'agent de santé communautaire. Guide d'action, guide de formation, guide d'adaptation. Edition expérimentale. OMS(WHO), Genève, 1977. Bryant J. H. Community health workers. The interface between communities and health care systems. *WHO Chronicle* 32, 144, 1978. Primary health care. AFRO Technical Report Series No. 3, p. 52. WHO Regional Office for Africa Brazzaville, 1977.
- (38) Velimirovic H. and B. The role of traditional birth attendants in health services. *Curare* 1, 85–96, 1978. Nicolas D. D. *et al.* Attitudes and practices of traditional birth attendants in rural Ghana: implications for training in Africa. *Bull. WHO* 54, 346, 1976. Bayoumi A. The Training and activity of village midwives in the Sudan. *Trop. Doct.* 6, 118–125, 1976.
- (39) cf. Flahault D. The relationship between community health workers, the services and the community. *WHO Chronicle* 32, 149–153, 1978.
- (40) Traditional Medicine and its role in the development of health services in Africa. Document AFR/RC26/TD/1. WHO Regional Committee for Africa, 26th session, Kampala 8–15 September, 1976.
- (41) *ibid.*, p. 2.
- (42) cf. Health manpower development. The problems of the health team. AFRO Technical Report Series No. 4, p. 7. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 1977. cf. aussi: Traditional medicine and health services development in Africa. *WHO Chronicle* 30, 512, 1976.
- (43) cf. WHO: Traditional medicine and its role . . . , *op.cit.*, p. 16. cf. Comité Consultatif Régional de la Recherche Médicale en Afrique. Rapport de la première session, p. 7. Document ICP RPD 001, AFR/MR/4. Brazzaville 15–18 Novembre 1976. cf. Phytopharmacopée et médecine traditionnelle. *Envir. Afric.* 20, Octobre 1978, Supplément : kviga mayele.

- (44) Dunlop D. W. Alternatives to «modern» health delivery systems in Africa: Public Policy issues of traditional health systems. *Soc. Sci. Med.* 9, 584, 1975.
- (45) cf. Good C. M. Traditional medicine: an agenda for medical geography. *Soc. Sci. Med.* 11, 705–713, 1977. cf. Foster G. Medical anthropology and international health planning. *Soc. Sci. Med.* 11, 535, 1977. cf. Good, Hunter, Katz, *op.cit.*
- (46) International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6–12 September 1978. Report of the Regional Director for Africa. WHO, Document ICPHC/ALA/78.4 (1 April 1978), p. 4 and 10.
- (47) Unschuld P. U. Western medicine . . ., *op.cit.*, Unschuld P. U. Professionalisierung und ihre Folgen . . ., *op.cit.*, p. 543.
- (48) Tsung-Yi Lin and Wegman M. E. Present status and future perspectives. In *Public Health in the People's Republic of China* (Edited by Wegman M. E. *et al.*), p. 269. Josiah Macy Jr. Foundation, New York, 1973. Li Wang V. Training of the barefoot doctor in the People's Republic of China: from prevention to curative sector. *Int. J. Hlth Serv.* 5, 475–488, 1975. cf. Kongming New, P., Louie New, M. The Barefoot Doctors of China: Healers for all seasons. In: Landy, D. (ed.), *op.cit.*, p. 503–510.
- (49) Unschuld, P. U. Western medicine . . ., *op.cit.*, p. 10.
- (50) Référence à la dichotomie chaud/froid chez les Songhai en Afrique occidentale: cf. Bisilliat. Village diseases and bush diseases in Songhay: an essay in description and classification with a view to a typology. p. 560. In Loudon J. B. (Ed.), *op.cit.*
- (51) cf. Diesfeld H. J. Die Bedeutung des Dialogs zwischen Heilkunst und Völkerkunde für die Gesundheitsplanung in Entwicklungsländern. In *Ethnomedizin Beiträge zu einem Dialog zwischen Heilkunst und Völkerkunde* (Edited by Rudnitzki G., Schiefenhövel W. and Schröder, E.), pp. 7–12. Ethnologische Abhandlungen Nr. 1. D. Kurth, Barnstedt, 1977.
- (52) Bhatia J. C. *et al.* Traditional healers and modern medicine. *Soc. Sci. Med.* 9, 19, 1975. cf. Landy, D. Role Adaptation: Traditional Curers under the impact of Western Medicine. In: Landy, D. (ed.) *op.cit.*, p. 468–481.
- (53) WHO; L'agent de santé communautaire. . ., *op.cit.*, p. 2.
- (54) Unschuld P. U. Konfliktanalyse in medizinischen Transfersituationen. In Rudnitzki G. *et al.* (Ed.), p. 83, *op.cit.*
- (55) Foster G. *op.cit.*, p. 529.
- (56) cf. Nchinda T. C. Traditional and western medicine in Africa: collaboration or confrontation? *Trop. Doct.* 6, 134, 1976. cf. Morgan R. W. Migration as a factor in the acceptance of medical care. *Soc. Sci. Med.* 7, 865–873, 1973. cf. The promotion and development of traditional medicine. Report of a WHO Meeting. *Tech. Rep. Ser.* 622, WHO Geneva 1978, pp. 17–18. cf. Good, Hunter, Katz, *op.cit.*, p. 146.
- (57) There is much evidence from Latin America. cf. Roemer M. I. Organizational issues relating to medical priorities in Latin America. *Soc. Sci. Med.* 9, 93–96, 1975.
- (58) World Bank. Health Sector Policy Paper, Chap. 3, p. 61. Washington, D.C. March 1975.
- (59) cf. Navarro V. The underdevelopment of health or the health of underdevelopment: An analysis of the distribution of human health resources in Latin America. *Int. H. Hlth Serv.* 4, 5–17, 1974.

- cf. aussi : Gish, O. The political economy of Primary Care and «Health of the People»: A historical exploration. *Soc. Sci. Med.* 13 C, 203–211, 1979.
- (60) Engler H. Planungsprobleme im Gesundheitswesen. Staatswissenschaftliche Studien, NF Nr. 60, p. 26. Zürich, 1970.
- (61) Waddy B. B. Tropical medicine and industrial development. *J. Trop. Med. Hyg.* 77, Suppl. 19–21, 1974. Diesfeld H. J. Gesundheitsprobleme im Industrialisierungsprozeß in Entwicklungsländern. In *Arzt und Patient in der Industriegesellschaft* (Edited by Döhner, O.), p. 145. Suhrkamp, Frankfurt/M, 1973.
- (62) Hughes C. C. and Hunter J. H. Disease and «development» in Africa. *Soc. Sci. Med.* 3, 443–493, 1970.
- (63) cf. Meillassoux C. De la reproduction à la production. In *Terrains et Théories*. (Edited by Meillassoux C.), Editions Anthropos, Paris, 1977. cf. Meillassoux C. *Femmes, Greniers et Capitaux*. Maspero, Paris, 1975. cf. Rey J. P. Capitalisme négrier. La marche des paysans vers le prolétariat. Maspero, Paris, 1976.
- (64) cf. Amin S. Die ungleiche Entwicklung. *Essay über die Gesellschaftsformationen des peripheren Kapitalismus*. Hoffmann und Campe, Hamburg 1975.
- (65) Biermann W. and Köbler R. Imperialismusanalyse auf der Basis einer Akkumulationstheorie. Studien zu Imperialismus, Abhängigkeit, Befreiung, IAB, No. 1, p. 56, 1977.
- (66) cf. Adler-Karlsson G. *Der Kampf gegen die absolute Armut*. Fischer, Frankfurt/M, p. 59, 1978.
- (67) Bichmann W. *op.cit.*, p. 223.

SUMMARY

Traditional health care has received attention lately in connection with WHO's «Primary Health Care»-strategy. This article tries to outline the significance of traditional medicine for the care of African populations. Within each society, differently conceptualized medical systems coexist. As *Unshuld* showed with his theory of professionalization, nowhere does there exist a successful and complete integration of different medical systems. In the African context, apart from different forms of collaboration, we find a deliberate subordination of traditional healers and their knowledge under the dominating concept of cosmopolitan medicine.

As Primary Health Care is thought to provide medical services accessible and acceptable to the local community, the author raises the question: why have there been real efforts to improve health services for rural populations on a nation-wide scale only in the seventies, although evidence has existed for more than ten years? The author advances the hypothesis that the economic function of a traditional rural sector in the reproduction of the labour force has been menaced by progressive degra-

dation of living-standards there, and that the «basic needs»—development approach together with the Primary Health Care-strategy and the attempts at revaluation of traditional medicine, are aimed at preventing a collapse of the traditional rural sector. This would imply, that the emancipatory development approach, inherent in the original Primary Health Care—strategy has been lost.

X

X X

WORKING PAPERS OF CODESRIA RESEARCH PROJECTS

Continued from page 36

4. Project on the Impact of International financial Institution

- a) Restructuring of the World Bank?
An outsider's view by F. Mansour
- b) The World Bank and rural development
in Malawi. by T. Mkandawire

5. Projection Basic Needs and Technology

- a) Transfert de Technologie et technologie de
rupture. by B. Duhamel
- b) Le contrat «Clés en Main». Stratégie
d'importation de la Technologie. by M. Salem
- c) Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine
traditionnelles. by Adama Kone
- d) Small-Scale Industry and Transfer of
Technology. by F. Yachir
- e) Building of operation and the Choice of
Appropriate Technologies. by De Graft Johnson
- f) Le Discours Théorique sur la Technologie et
les Besoins Essentiels. by F. Stambouli
- g) Technology and Basic Needs. by Peter Anyang
Nyongo.