

Développement, Conditions Sociales et Santé de la Population en Afrique Sub-Saharienne

Jacquineau Azétsop

School of Social sciences,

Pontifical Gregorian University, Rome, Italy

Email address: azetsop@unigre.it

Résumé

De façon intuitive et non moins empirique, nous pouvons affirmer que, dans le cas du continent noir, le lien causal entre le développement et la santé est bidirectionnel voire cyclique. Plusieurs études montrent que le progrès économique a des impacts positifs sur la santé. Par ailleurs, l'impact de la santé sur les performances économiques, dans les pays africains comme partout ailleurs, n'est plus à démontrer. A la racine des faibles performances des systèmes de santé en Afrique, se trouve l'épineuse question de la pauvreté doublée de la mauvaise gouvernance dont les racines sont structurelles et contextuelles. Les conditions sociales dans lesquelles vivent les populations représentent un danger majeur pour leur santé. Ces conditions socio-environnementales sont la cause fondamentale des problèmes de santé en ce sens qu'elles exposent les populations aux intempéries de l'environnement et aux pathogènes, déterminent l'accès aux ressources favorisant le bien-être et influencent la liberté de choix. Il apparaît donc que la promotion de la santé publique ne peut être réduite aux seules interventions cliniques, mais à l'organisation de la vie sociale et à ses impacts sur la santé. Aussi, une analyse biosociale des questions de santé publique s'impose-t-elle comme un moyen permettant de déceler les logiques de production de la maladie dans leur complexité et de formuler des réponses conséquentes afin d'oser des changements radicaux tant sur le plan de l'élaboration des politiques de santé que sur celui de l'application des politiques sociales. Les politiques de développement pourraient donc servir de socle à l'amélioration des conditions de vie et des performances du système de santé si les initiatives visant le progrès économique des pays africains favorisent l'accroissement de la richesse et de l'égalité civique, accordant ainsi une place de choix aux dispositions légales et sociales qui promeuvent la bonne gouvernance et favorisent la participation des citoyens à la gestion de la res publica.

Mots clés: *Développement, santé publique, conditions sociales, approche biosociale, gouvernance*

Abstract

Both intuitively and empirically, studies show that the causal link between development and health in African countries is bidirectional or even cyclical. Several studies have proven that economic progress has positive impacts on health, while the negative impacts of poor health

on economic performance are empirically verifiable. The thorny issue of poverty coupled with poor governance, whose roots are structural and contextual, is at root of healthcare system failure. Far from having protective effects on public health, the social conditions in which most people grow and live are the source of most health challenges. These conditions increase people's exposure to environmental hazards and pathogens, determine access to resources that promote well-being and influence people's ability to overt diseases. Thus, public health promotion cannot be reduced to clinical interventions, but addresses social organization and its important effects on people's well-being. A biosocial analysis of health challenges is necessary for identifying the logics of disease production in their complexity and for formulating adequate responses in order to foster radical changes, not only in terms of public health policy but also in terms of social policy. Development policies may then serve as the basis for improving living and health conditions if initiatives aimed at the economic progress favor both the growth of wealth and the promotion of civic equality, thus giving an important authority to legal and social arrangements that promote good governance and social participation in state's affairs.

Keywords: *Development, public health, social conditions, biosocial approach, governance*

Introduction

Nous n'avons nullement l'intention de trouver une solution à la controverse théorique et empirique qui existe entre économistes au sujet de la relation entre la croissance économique et la santé de la population. De façon intuitive et non moins empirique, nous pouvons affirmer que dans le cas du continent noir, la causalité est bidirectionnelle voire cyclique (Berthélemy & Thuilliez, 2013). Plusieurs évidences montrent que le progrès économique a un impact positif sur la santé. Par ailleurs, l'impact de la santé sur les performances économiques a été prouvé par plusieurs études dont certaines seront citées dans ce texte. Nous n'allons pas définir les deux concepts qui forment l'ossature de cet article à savoir le concept de développement et de santé. Tout en interrogeant certains accents libéraux de sa pensée, nous assumerons l'approche que nous propose Amartya Sen (1999), celle du développement comme expansion des capacités humaines et comme élimination de toute entrave à la liberté (*removal of unfreedoms*). Pour ce qui est de la santé de la population, nous assumerons la définition de la santé proposée par l'OMS (WHO, 1946), toute l'anthropologie qui porte le droit à la santé (Hunt et Backman, 2008), la stratégie des soins de santé primaire d'Alma Ata (WHO, 1978) et les préalables à la santé de la Charte d'Ottawa (WHO, 1986).¹ Point n'est besoin d'affirmer que la santé est un droit fondamental et devrait être considérée comme tel (UN, 1948). Notre approche de la santé comme une sphère de la justice sera perçue sous

1 La définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dépasse le domaine de la médecine, car elle n'est « pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état optimal de bien-être physique, mental et social » (OMS, 1946). Cette définition, bien qu'idéaliste, a le mérite de ne pas se limiter aux maladies. Étant donné que cette définition de l'OMS intègre la notion de bien-être social, les interprétations du concept de santé publique devraient être élargies.

un mode systémique (Walzer, 1983), la santé étant un sous-système du système social. Elle n'est donc pas une sphère indépendante des autres ; ce qui justifiera le lien entre santé publique et développement.

A la racine des faibles performances des systèmes de santé en Afrique, se trouve l'épineuse question de la pauvreté doublée de la mauvaise gouvernance dont les racines sont structurelles et contextuelles. Au lieu de nous attarder sur les causes secondaires des défis de santé en Afrique, nous allons plutôt examiner la cause fondamentale, c'est-à-dire la cause des causes (Link et Phelan, 1995).

Pour créer un cadre analytique et théorique plus large, nous allons percevoir la pauvreté à partir de la fragilité des convictions des leaders politiques et de l'échec des gestionnaires du politique en Afrique postcoloniale (Mbembé, 1996) sans oublier la rapacité et les logiques de prédation qui informent le système économique mondial (Martínez-Vela, 2001). Comme une sphère du système social, la santé est contrôlée par le politique. Aussi, une analyse biosociale de la maladie et du fonctionnement des institutions sociales tant au niveau national qu'international devrait être considérée afin de déceler les logiques de production de la maladie dans leur complexité et de formuler les réponses conséquentes. Les conditions sociales difficiles, essentiellement liées à la mauvaise gouvernance et à la violence politique, sont à la racine de la plupart des problèmes de santé publique. Une telle affirmation, qui n'est plus à démontrer, aurait dû entraîner des changements radicaux tant sur le plan de la formulation des politiques de santé publique que sur celui de l'application des politiques sociales.

La situation sanitaire des pays africains est déterminée par plusieurs facteurs qui interagissent entre eux : le manque de ressources économiques, une démographie galopante, un indice synthétique de fécondité élevé, une mortalité infantile élevée et une espérance de vie relativement faible. Les pathologies dominantes restent fortement déterminées par les carences nutritionnelles et par les maladies transmissibles, pourtant théoriquement évitables par les règles d'hygiène, le développement de l'habitat, l'accès à l'eau potable, ou par les vaccinations. La situation nutritionnelle joue un rôle essentiel dans la production et la gestion de ces maladies infectieuses. Malgré de fortes contraintes économiques, la situation épidémiologique des pays africains a été marquée ces trois dernières décennies par la réduction de la mortalité et l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, liée notamment au recul de la mortalité infantile.

Assumant l'approche systémique et la rationalité biosociale, la présente réflexion voudrait montrer que le développement pourrait améliorer l'état de santé des populations et l'espérance de vie dans notre continent si les initiatives visant le progrès économique des pays favorisaient l'accroissement de la richesse et de l'égalité tout en accordant une place de choix aux dispositions légales et sociales qui promeuvent une vie civique de qualité. Le mot « santé » fait référence à l'état physiologique et psychologique des individus, des groupes et communautés humaines ainsi qu'à la qualité et à la durée de leur vie. La santé ne devrait pas être seulement définie en termes d'absence de maladies,

d'infections, d'infirmités ou de dépressions psychiques. La santé (comme la maladie) est au carrefour d'une multiplicité de facteurs environnementaux, sociaux, économiques, politiques et psychologiques qui s'entrecroisent pour former un ensemble complexe. L'économique ne saurait être le tout de l'affaire, il faut s'accorder sur un nouveau contrat social pouvant servir de point d'ancrage des nouvelles dynamiques porteuses d'initiatives pouvant générer une nouvelle intelligibilité des problèmes de santé. Une nouvelle intelligibilité des professions de santé, émergeant des causes structurelles du mal-être social, pourrait permettre de percevoir le professionnel de la santé comme avocat des pauvres et promoteur d'une société plus juste.

Bien qu'étant une relation difficile à cerner, le lien entre progrès économique et santé a été prouvé par plusieurs études scientifiques. En effet, la pauvreté a des impacts sur les capacités des individus à produire des biens et à se prendre en charge. Dans le cas des pays africains, la théorie des « trappes à pauvreté » de Jeffrey Sachs (2006) accorde, à la santé, une place centrale. Dans ce cercle vicieux, les situations de pauvreté sont auto-entretenues par une conjonction de facteurs liés aux défaillances du marché, à la dégradation du capital naturel mais aussi à la perte progressive du savoir et des capacités individuelles (malnutrition, maladies, vente des outils de production, etc.) et aux faiblesses des politiques publiques (comme la sécurité sociale et l'accès aux soins). Cette approche porte sur les calculs d'un groupe de chercheurs travaillant sous la coordination de Jeffrey Sachs. Ces chercheurs se sont évertués à montrer, au niveau macroéconomique, l'impact négatif du paludisme sur la croissance économique des pays atteints par cette endémie. Selon Sachs et al. « la croissance du PIB/tête des pays avec une forte prévalence de paludisme serait plus faible de 1,3 % par an. Une diminution de 10 % du paludisme serait associée à une croissance supérieure de 0,3 % » (Berthélémy et Thuilliez, 2013). Selon Berthélémy et Thuilliez (2013), l'approche de Sachs et al. « focalisée sur le paludisme est sans doute caricaturale mais a le mérite de mettre en valeur (...) un problème négligé jusqu'alors. La littérature sur la croissance a montré que ce type de résultats n'était souvent pas très robuste, en raison notamment de problèmes d'endogénéité avérés et de la qualité des données macroéconomiques utilisées, et nous invite à la prudence ». La santé est donc au cœur du sous-développement. L'Organisation Mondiale de la Santé a récemment montré que depuis 2001, la lutte antipaludique a permis d'économiser 900 millions de dollars sur les coûts engendrés par les soins de santé (OMS, 2016).

Par ailleurs, un ensemble convergeant d'observations met en évidence le lien entre santé et productivité. La santé est un bien social différent des autres biens sociaux, car tout comme l'éducation, son instrumentalité favorise l'accès à d'autres biens. Dans l'ensemble, la santé est un investissement en capital humain qui permet d'améliorer le futur économique et social d'une population par la maximisation des capacités individuelles. La santé participe à la fois au bien-être des individus et de la société tout entière. Au plan macro-économique, l'impact de la santé sur la croissance a pu être mesuré avec précision. Ainsi, Jamison et al. ont montré que des modèles de croissance s'accordent sur le fait qu'une augmentation de

10% de l'espérance de vie induit une croissance du PNB de 0,3 à 0,4% par an (Jamison, Lau et Wang, 1998). David Bloom et David Canning (2000, p. 1207) ont montré qu'une plus grande longévité conduit à un accroissement de l'épargne, nécessaire pour couvrir les besoins des individus au-delà de l'âge de la retraite.

L'impact du paludisme sur l'éducation primaire est aussi considérable. Les enfants touchés par le paludisme, avec parfois des atteintes neurologiques permanentes et des accès palustres graves, ont un taux d'absentéisme scolaire beaucoup plus élevé que les autres avec une scolarité plus lente et difficile. Une étude faite au Kenya en 2004 démontrait que la performance des écoliers qui, choisis au hasard, avaient au préalable reçu des vermifuges, était supérieure à celle des étudiants qui n'en avaient pas reçu (Edward et Kremer, 2004). Une analyse en coupe transversale montre que le lien entre l'intensité du paludisme à *Plasmodium Falciparum* et les taux de redoublement dans le primaire est fort et positif. Ces résultats suggèrent que le paludisme est une barrière à l'accumulation de capital humain chez l'enfant (Thuilliez, 2009). Les performances scolaires s'améliorent quand les élèves s'absentent moins et sont en général plus éveillés et moins fatigués. Les conditions de santé des enfants améliorent les taux de scolarisation (Miller et Marek, 1996). Or, nul n'ignore le lien très étroit entre éducation et développement.

Des analyses microéconomiques montrent l'impact de la santé sur le capital humain et, par conséquent, l'instrumentalité de la santé pour le développement économique. La santé a donc une influence sur les capacités de l'individu à mener le type de vie qu'il désire et veut mener. La maladie a un impact négatif sur les facteurs de conversion permettant de sortir de l'ornière du besoin et du manque. La maladie, en contexte de rareté matérielle, opère la réduction des capacités à faire des choix et à saisir des opportunités, produisant ainsi un effet négatif sur l'efficacité de l'économie dans son ensemble. Une analyse de l'impact des maladies, comme le paludisme, par exemple, sur le progrès économique pourrait se faire à partir de la notion de productivité. En jetant un regard sur le taux d'absentéisme au travail et à l'école ainsi que sur les performances du secteur touristique. Les épidémies et les maladies ferment des fenêtres d'opportunités pouvant favoriser l'émancipation économique des individus et groupes de personnes. Les pays les plus touchés par le paludisme ont connu une croissance économique réduite en moyenne de 1,3% par an entre 1965 et 1990 (Gallup et Sachs, 2001), les enfants perdant des jours d'étude et des adultes plusieurs jours de leur lieu de travail à chaque accès palustre. Les effets de la santé sur le développement ne peuvent pas être sous-estimés, car l'état de santé peut avoir un impact sur le progrès économique par des canaux directs ou indirects (Gallup et Sachs, 2001). D'autres facteurs indirects tels que le risque d'embaucher du personnel qui serait régulièrement affecté par des problèmes récurrents de santé peut freiner les investissements dans un pays ou une région de ce pays. Les études menées par Bloom et Canning (2000, 1207) ont montré qu'une meilleure santé et une espérance de vie plus longue sont autant d'incitations à investir dans l'éducation, car les rendements y sont alors mécaniquement plus élevés.

Amélioration de la santé de la population et développement : pourquoi pas en Afrique ?

Une spirale vertueuse entre santé et développement économique a pu être observée en Asie de l'Est au cours des dernières décennies (Bloom et Caning, 2000, p.1207). Ce qui n'a pas été le cas pour les pays africains qui ont connu des progrès dans le domaine de la santé entre 1960 et 1980. Cet enlisement dans la misère apparaît non seulement au niveau macro-économique, mais aussi au niveau micro-économique (Berthélemy, 2007). Pourquoi ce paradoxe ? Plusieurs facteurs concourent à expliquer ce paradoxe apparent. Nous en mentionnerons deux. Certaines de ces explications ne relèvent pas de la problématique santé et développement, mais méritent d'être mentionnées. Premièrement, les pays africains ont été frappés par la crise de la dette des années 1980, une crise qui a fragilisé leurs économies. Selon Jean-Claude Berthélemy (2007), « même si cette crise avait un caractère endogène, elle a aussi été amplifiée par des événements extérieurs, notamment la crise financière en Amérique Latine, qui ont conduit par effet de contagion y sont pour quelque chose. Ensuite les pays qui ont émergé dans les années 1960 n'étaient pas soumis à la même concurrence internationale que celle que l'on connaît aujourd'hui dans le contexte de la mondialisation ». Des progrès éducatifs portant sur l'instruction primaire ont permis à la Corée et à Taiwan de s'industrialiser dès les années 1960, ce qui serait impossible aujourd'hui sans un niveau plus élevé de capital humain (Berthélemy, 2007). Deuxièmement, l'expansion du VIH et SIDA a considérablement affecté les conditions de santé de nombreux pays africains, et conduit à un recul par rapport aux progrès observés antérieurement. L'espérance de vie a régressé dans toutes les régions africaines entre 1980-1985 et 1995-2000 (Berthélemy, 2007).

Cette démarche correspond à la logique du « big push » dans les secteurs sociaux (Severino, 2008). Elle peut servir de point de départ à l'amélioration des offres de santé. Cependant, elle peut se butter à la question de la durabilité, le progrès dans le domaine sanitaire ne pouvant se limiter à des projets circonscrits. Chaque projet induit une série de coûts récurrents qui requièrent un accompagnement et des transferts à long terme. La communauté internationale ne peut pas financer le secteur sanitaire à n'en pas finir. Les ressources nationales devraient progressivement se substituer au soutien financier de l'extérieur. Les pays africains se buttent à ce niveau, car leurs performances économiques ne leur permettent pas de se substituer à l'aide extérieure. Grâce à l'aide extérieure, certains pays d'Asie de l'Est comme la Chine, le Vietnam et le Cambodge ont fait un saut qualitatif dans le domaine sanitaire (Berthélemy, 2007). Cependant, de tels résultats n'auraient jamais été atteints dans un contexte d'immobilisme économique. Il n'en est pas le cas dans la plupart de pays africains où la stagnation économique est manifeste. En plus, le manque de volonté politique plombe le développement du système de santé. En 2001, dans la déclaration qu'ils ont adoptée au Sommet d'Abuja au Nigéria, tenu

du 24 au 27 avril 2001, les dirigeants africains avaient décidé de consacrer au moins 15 % du budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé. Dix ans après l'engagement d'Abuja, seuls le Rwanda 18.5%, le Botswana, le Niger 17.8%; le Malawi 17.1%; la Zambie 16.4% et le Burkina Faso 15.8% avaient pu honorer leur engagement (Economic Commission for Africa, 2011).²

Financement du système de santé et ses défis en Afrique

Face à une telle stagnation économique, l'aide au système de santé semble être la meilleure parade aux défis à la fois économiques et sanitaires auxquels font face certains pays africains. Sous l'impulsion de l'OMS, l'aide publique aux secteurs de la santé a augmenté ces trois dernières décennies. En plus des bailleurs de fond traditionnels, se sont ajoutées des initiatives privées ou en partenariat public-privé comme le Fond Mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Cependant, dans plusieurs pays africains, l'augmentation de l'aide au système de santé n'a pas favorisé l'amélioration de la santé de la population. Il sied donc de s'interroger sur l'efficacité de l'usage et la gestion de l'aide apportée au secteur sanitaire ainsi que sur les priorités pour lesquelles cette aide est utilisée. En d'autres termes, il faudrait se demander si l'aide accordée au système de santé est utilisée dans des domaines où elle pourrait avoir un impact maximal sur la santé de la population et sur leurs conditions de vie.

Le besoin des financements permettant d'intensifier la lutte contre certaines épidémies devenues endémiques est plus que nécessaire dans un continent dépourvu des ressources adéquates pouvant soutenir une riposte sérieuse. En contexte d'épidémie, une certaine verticalité est nécessaire pour accomplir une telle tâche. Les mesures prises pour faire face à la pandémie du VIH et SIDA, par exemple, soulèvent des questions quant aux fonds alloués « aux pays d'Afrique subsaharienne sont supérieurs au budget national de la santé. Dans beaucoup de ces pays, la santé est financée à plus de 50 % par les bailleurs internationaux. L'Etat assure le plus souvent moins d'un tiers des dépenses » (Maud, Girard, Thursz et Raguin, 2013). Dans un pays comme l'Éthiopie où le taux de prévalence du VIH était de 1,4% en 2005, l'aide allouée à la lutte contre la pandémie du SIDA « était de 130 millions de dollars en 2005 alors que le budget national de la santé était de 113 millions de dollars » (Lemoine et al. 2013). La comparaison des fardeaux relatifs des différentes maladies et de la distribution de l'aide reçue pour y faire face suggère que cette distribution est très déséquilibrée. La pandémie du SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles représentent moins de 6% du fardeau de la maladie. Cependant les sommes déboursées pour faire face à ces maladies représentent près de 30 % du total de l'aide dans le secteur de la santé. A l'inverse, les maladies non contagieuses qui

2 Dans la même période, quatre pays étaient clairement en passe d'atteindre l'objectif d'Abuja: le Swaziland (14,9%), l'Éthiopie (14,6%), le Lesotho (14,6%) et Djibouti (14,2%).

représentent près de la moitié du fardeau ne se voient attribuer qu'un peu plus de 20 % de l'aide (Berthélemy, 2007). Prenant en compte le fait que la lutte contre le VIH et SIDA, du moins dans la composante traitement de la maladie, a un rapport de coût d'efficacité très défavorable, comparé à des actions de vaccination, de traitement des maladies infectieuses courantes et de prévention contre le paludisme, les choix d'allocation effectués par les bailleurs de fonds n'apparaissent pas toujours pertinents. Sans négliger l'impact du VIH sur le continent noir et la nécessité d'une réplique conséquente, l'expérience a montré qu'une trop grande verticalité pourrait faire perdre de vue des pathologies qui ont des effets dévastateurs sur les populations africaines.

Avec l'expansion de la pandémie du SIDA, l'endémicité de paludisme, la résurgence de la tuberculose et d'autres maladies, on a assisté à une inflation d'interventions verticales. Ces initiatives ont le mérite d'avoir mobilisé des ressources supplémentaires pour la santé et dynamisé l'action d'organisations communautaires et du secteur privé, mais la création de toutes ces nouvelles entités compliquent la tâche des gouvernements sur le terrain. Les interventions verticales peuvent créer des problèmes, l'un d'entre eux étant l'utilisation d'une partie du personnel qualifié pour la gestion et l'administration de l'aide. Les programmes verticaux absorbent une partie du personnel de la santé, créant ainsi une pénurie quantitative dans les services de santé publique. Cette pénurie s'accroît avec la démotivation du personnel qui travaille dans des conditions précaires. Le déficit de ressources humaines dans le secteur de la santé en Afrique est important. En plus de cela, la multiplication des acteurs et le manque de coordination aboutit à la fragmentation et fragilisation du système de santé. Non seulement le personnel est attiré par les conditions de travail qu'offrent des programmes financés par l'aide, mais aussi l'efficacité du système est par ailleurs réduite en raison d'un manque de coordination entre des différents intervenants entre eux et avec les gouvernements bénéficiaires (Berthélemy, 2007). Les bailleurs de fonds traditionnels eux-mêmes ne se coordonnent que très imparfaitement. Dans plusieurs pays africains, l'afflux d'ONG exerçant dans le domaine de la santé renforce la fragmentation du système de santé national par des activités qui détournent les ressources financières et humaines du secteur public. Les ONG créent souvent des structures parallèles à ceux des services nationaux, des structures qui n'assurent pas une prise en charge durable et qui ne se préoccupent que très peu des populations isolées. L'application de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide peut aider à protéger le système de santé de la fragmentation due aux interventions verticales. La Déclaration de Paris met au défi les donateurs de soutenir l'intensification des programmes et projets efficaces visant à renforcer les stratégies de développement d'un système opérationnel capable d'intégrer des interventions verticales en leur sein (Paris Declaration, 2005). La mise en place de stratégies sectorielles, cofinancées par des donateurs, permet de répondre en partie à ces problèmes, mais de manière imparfaite. Une grande part de l'aide attribuée au secteur de lutte contre le VIH et SIDA ne correspond pas en général aux priorités des gouvernements bénéficiaires (Landis, 2005).

L'approche verticale n'est donc pas non plus favorable à l'intégration de la stratégie du secteur sanitaire dans les stratégies de développement. La concentration des interventions sur le seul secteur de santé ne tient pas compte des interactions entre la santé et les facteurs qui déterminent les risques d'infections ou de maladies. En plus, la coordination entre les donateurs, d'une part, et entre donateurs et l'état, d'autre part, est nécessaire pour une bonne utilisation des ressources et le renforcement du système de santé. Nous avons vu, comment dans le cas de la récente épidémie d'Ebola dans trois pays de l'Afrique occidentale, le manque de coordination entre les institutions nationales et les multiples acteurs internationaux a produit une réponse initiale de basse qualité.

Les pays africains peuvent-ils améliorer de façon significative la santé de leur population sans faire face de façon irréversible à la mauvaise gouvernance politique, à la marginalisation des couches entières de la population et à l'enrichissement des bureaucrates des villes et de leurs amis ? Sans un changement du mode de gestion, les inégalités de toutes sortes feront leurs lits dans le tissu social de plusieurs pays. Point n'est besoin d'affirmer que le coût humain et financier des inégalités sociales est énorme. Les inégalités injustifiables imposent des coûts qui réduisent la compétitivité des économies africaines et minent la vie sociale de l'intérieur.

Les problèmes de santé sont concentrés dans les couches les plus défavorisées de la population, posant ainsi des problèmes d'équité d'accès aux soins et dans l'allocation des ressources au secteur de santé. L'amélioration des conditions de santé ne passe pas seulement par l'accroissement de l'aide au système de santé, mais aussi par des interventions orientées vers les plus pauvres ; une couche de la population dont le faible revenu ne peut faire face aux crises récurrentes auxquelles sont confrontés les individus. Nous parlons d'une couche dans laquelle une famille frappée par la maladie d'un de ses membres peut se retrouver durablement appauvrie du fait de la perte de revenu associée à la maladie et du coût des soins. Parlant du système de santé, il faudrait malheureusement reconnaître que les pays africains n'ont pas souvent placé la personne humaine au cœur des politiques de santé. Placer la personne humaine au centre de toute initiative de soin n'est pas un luxe, mais une nécessité et un devoir de justice sociale. Seuls des services axés sur les personnes peuvent réduire les risques d'exclusion sociale et éviter de laisser la population à la merci des soins de santé commercialisés.

Sans surprise, les conditions de santé des couches les plus défavorisées sont nettement moins bonnes que celles des riches. Non seulement les pauvres bénéficient relativement peu des dépenses publiques de santé, mais en plus la majorité des dépenses de santé en Afrique sont individuelles et dépendent donc des revenus des ménages, y compris les ménages les plus pauvres. Le quintile le plus riche bénéficie de 2,2 fois plus de dépenses publiques de santé que le quintile le plus pauvre (Berthélemy, 2007). L'inégalité d'accès aux dépenses de santé publique résulte, en partie, en Afrique, comparée aux autres régions en développement, de la distribution géographique de la population. Le faible niveau d'urbanisation des pays africains ne permet pas toujours une distribution équitable des

centres de santé. Dans un pays comme le Tchad et dans plusieurs pays africains, la distance moyenne entre deux centres de santé en zone rurale dépasse les dix kilomètres prescrits par l'OMS alors que les mêmes structures pullulent dans les grands centres urbains. Au Tchad, par exemple, pour avoir accès à une institution sanitaire, le patient parcourt en moyenne 14,4 kilomètres (Ministère de la Santé, 2011). En plus, la réalisation concrète du Paquet Minimal d'Activités laissée à la charge des centres de santé et du Paquet Complémentaire d'Activités qui relève de la compétence des hôpitaux de district restent limités à cause de la faiblesse du plateau technique, de la distance entre hôpital de district et centre de santé en zone rurale, du manque de ressources humaines et des défis économiques auxquels font face les patients. Il en est de même de la distribution du personnel soignant sur le territoire national (Azétsop et Ochieng, 2015). La disproportion d'accès aux soins entre les centres urbains et les zones rurales soulève d'importants problèmes de justice distributive et d'efficacité des politiques de santé. Comment peut-on justifier une si grande concentration des ressources dans les villes alors que la majorité de la population vit en zone rurale ? Comment justifier le fait que les politiques de priorisation des soins de santé ne profitent pas aux nécessiteux ? En fait, les politiques de gratuité de soins, malgré leurs objectifs sociaux éthiquement nobles, renforcent très souvent les inégalités sociales de santé.

Une approche biosociale de la santé

Dans un rapport de 1832, le médecin et épidémiologiste français Louis René Villerme signalait une mortalité différente selon les quartiers de la ville de Paris et, notamment, selon la position sociale et le revenu de la population. La pauvreté, associée au chômage, aux bas revenus, aux mauvaises conditions de logement et à une aide sociale insuffisante, est un indicateur de morbidité, de mortalité et de mal-être (Marmot et Wilkinson, 1999). En effet, quand la pauvreté est considérée comme un indicateur combiné de carences en besoin de santé, y compris l'absence de revenu, un accès difficile à l'éducation, à l'emploi, au logement et à la protection sociale, elle devient alors un indicateur pertinent. Ce constat signifie que la capacité du secteur sanitaire à garantir la santé et le bien-être des populations est limitée et qu'une collaboration étroite avec d'autres secteurs serait bénéfique, voire indispensable.

Une analyse profonde des problèmes de santé en relation avec le développement économique appelle à la contextualisation de toute réflexion sur leur étiologie. Ce qui permet d'en parler non seulement en des termes biologiques et individuels mais aussi sociaux et donc structurels. Une telle analyse sociale permet d'éviter le réductionnisme behavioriste, cognitiviste et culturaliste dont le sectarisme et la myopie voilent les causes structurelles de la maladie. Une maladie comme le SIDA a mis en question des théories préconçues fondées unilatéralement sur les origines culturalistes et comportementales de l'infection. Une lecture biosociale s'est imposée, remettant en question une éthique de la responsabilité

essentiellement individuelle qui souligne l'immoralité des personnes infectées. Une lecture biosociale permet de mettre en évidence les déterminants supra-individuels du risque d'infection, soulignant ainsi, à la place des acteurs individuels et facteurs locaux, des acteurs institutionnels et des facteurs structurels dans le processus de propagation de l'infection et le mode de gestion de la maladie. Bien que la responsabilité individuelle ne doive pas être tue, la responsabilité sociale est reconnue. Ce qui permet d'oser une économie politique des pathologies qu'on pourrait perdre de vue si l'analyse étiologique porte essentiellement sur des mythes culturels ou une surévaluation des capacités individuelles à affronter un mal dont les racines ne sont pas moins systémiques. En fait, la question centrale se formule comme suit : *Qui profite d'une lecture étiologique biaisée ?* Dans le cas d'une pandémie comme le SIDA, les lectures comportementalistes et culturalistes sont-elles protégées par les pouvoirs politiques dont l'incapacité à inventer des solutions porteuses de bien-être n'est plus à démontrer ? Peut-on parler d'une étiologie sociale du SIDA sans parler des politiques de santé et des politiques sociales ? *Pouvons-nous, en conscience, parler d'une étiologie sociale sans mettre en évidence la responsabilité des institutions sociales et des macro-acteurs qui renforcent consciemment ou inconsciemment la civilisation de l'inégalité dont la cruauté sert de terrain propice à la transmission et la diffusion de toute sorte de pathologies en même temps qu'elle détermine leurs chances d'éradication.*

Une lecture biosociale met en relation les corps biologiques et le corps social par le moyen de l'incorporation. L'éradication des grandes épidémies qui minent les populations africaines et l'amélioration des indicateurs de santé ne se matérialiseront que si un soin particulier est accordé à la fois aux corps biologiques et au corps social. La maladie est donc un événement social, car le corps est une entité incarnée, confrontée à la complexité du monde social marqué par les logiques de pouvoir qui régissent le quotidien. L'anthropologie a montré que le corps humain n'est pas seulement une entité biologique mais le résultat d'une négociation avec les forces sociales, politiques, économiques et historiques qui le façonnent, l'influencent et à son tour sont influencés par lui. Ces forces conditionnent le corps : comment il bouge, ses postures, la forme et les techniques de transformation que l'individu met en place (Pizza, 2005). La relation entre les corps biologiques et le corps social se comprend avec clarté par le biais de la théorie de l'incorporation des inégalités sociales. L'incorporation est la façon dont les structures sociales et les normes de la société, les épreuves et les marques de l'histoire s'inscrivent sur les corps. La santé est une construction sociale, donc historique, appelant en tant que telle une définition relationnelle qui dépasse son acception biomédicale. Aussi, « plutôt qu'une réalité dérivée de définitions biologiques, médicales ou philosophiques, la santé apparaît donc simultanément comme une notion et un espace définis par les rapports entre le corps physique et le corps social » (Fassin, 1996, p. 35). Une société mal organisée et truffée de conflits ne produit que des corps malades parce que le corps social est lui-même très malade. Les inégalités sociales de santé sont la traduction dans les corps des inégalités sociales, telles qu'elles existent au niveau d'un pays ou à l'échelle du monde.

La cause fondamentale de la maladie

Une lecture biosociale montre que le lien causal entre maladie et comportement, maladie et culture resterait limité si l'on ne tient pas compte de la cause fondamentale du mal-être africain à savoir la mauvaise gouvernance et la pauvreté ainsi que les conditions de vie qui en sont l'expression. Le progrès économique peut être à l'origine de l'amélioration des conditions de santé. De manière évidente, des individus pauvres ont du mal à faire face aux dépenses en médicaments et en soins de santé qui seraient nécessaires pour faire face à la maladie. L'effet du revenu sur la santé passe aussi par le statut nutritionnel. Par ailleurs, le développement des services d'approvisionnement d'eau potable et d'assainissement exerce un effet positif sur les conditions de santé de la population. L'accès à ces services doit faire l'objet de programmes de développement des services publics, mais ces politiques sont entravées par la faiblesse des revenus et le manque de volonté politique.

La cause fondamentale est la cause des causes. Dans la chaîne causale, et suivant une perspective essentiellement éco-sociale, elle est le facteur contextuel qui détermine tout autre facteur (Link et Phelan, 1995). La causalité fondamentale serait inadéquatement analysée sans une prise en considération sérieuse de la nature même de l'état postcolonial et du système économique mondial qui exerce un contrôle répressif sur les économies émergentes. Quel type de politique peut produire un état sous contrôle de... sous contrôle du FCFA ? Quel type de politique sanitaire peut produire un état qui vit sous perfusion et s'appuie essentiellement sur l'expertise étrangère ? Quel type de politique sociale peut produire un état dont le retard technologique le réduit à un producteur de matières premières pour satisfaire les appétits homicides des états prospères dont les politiques d'immigration frisent le scandale et promet la globalisation de l'indifférence, une expression utilisée par le Pape François durant sa visite à Lampedusa ? Quel type de politique sociale peut produire un état qui fonctionne en excluant sur la base du sexe, de l'ethnie ou de la tribu, de la classe sociale ?

Lorsqu'une population développe les moyens permettant d'éviter la maladie et la mort, la capacité des individus à en bénéficier est déterminée par leur niveau d'éducation, leur revenu, le pouvoir qu'ils disposent dans la société, le prestige dont ils jouissent et les relations sociales qu'ils ont tissées avec les personnes influentes (Link & Phelan, 1995 ; Link, Northridge, Phelan et Ganz, 1998). L'impact de ces ressources sur la santé est plus important pour les personnes qui en disposent grandement. Ces ressources sont importantes d'au moins deux façons. Premièrement, ces ressources déterminent directement les comportements individuels en matière de santé par leur influence sur l'accès à l'information, aux institutions de santé, aux ressources financières et aux formes de soutien dont on a besoin pour changer de comportement. Deuxièmement, les ressources déterminent l'accès à des contextes généraux tels que le lieu de résidence, les professions et le tissu relationnel qui varient considérablement comme facteurs de risque et de protection. Le logement que les pauvres

peuvent se permettre est plus susceptible d'être situé à proximité du bruit, de la pollution et des conditions sociales nocives ; certaines professions sont plus dangereuses que d'autres, et les relations sociales avec des pairs de statut élevé sont moins susceptibles d'exposer une personne à des comportements à risque. Par conséquent, l'accès à un large éventail de circonstances affectant la santé est déterminé par les ressources socio-économiques. Les exemples sont légions, ils vont de l'accès aux meilleurs médecins et aux connaissances des procédures et interventions bénéfiques pour la santé à l'accès aux aliments qui ont des effets protecteurs sur la santé et à l'accès à un tissu relationnel dans lequel les interactions permettent d'adopter ou de maintenir des habitudes saines. Les conditions sociales sont les causes fondamentales de la maladie parce qu'elles déterminent l'accès aux circonstances favorisant la promotion de la santé.

Un peu partout sur le continent africain, les gouvernants qui se succèdent construisent de grands hôpitaux de références dans les grandes villes. Bien que le besoin de telles structures se fait sentir, il faudrait éviter de concentrer l'essentiel des interventions qui visent à améliorer la santé de la population sur la construction de grands édifices tout en oubliant de mettre sur pied les structures de soins de base dans tout le pays, des structures conçues à partir d'un système de référence conséquent et une politique de santé fiable et adaptée aux réalités locales. Tout en évitant « l'hôpital-centrisme », les gouvernants devront se laisser instruire par l'histoire de la santé publique : l'amélioration de la santé de la population ne dépend pas que du progrès de la médecine (WHO, 2008). La découverte de la pénicilline (*Penicillium Notatum*), substance qui permet de bloquer le développement des staphylocoques, par le médecin écossais et prix Nobel de médecine Alexander Fleming le 3 septembre 1928, a certainement permis d'améliorer la santé de la population. L'usage des antibiotiques a permis de prolonger d'une dizaine d'années l'espérance de vie humaine au vingtième siècle. Bien que cette découverte ait eu un impact positif sur la santé de la population, l'amélioration des conditions de vie reste le facteur qui a décisivement changé le cours de la vie. Déjà au 19^e siècle, les ressources socio-économiques permirent d'améliorer les conditions de logement et de travail en même temps qu'elles favorisaient l'accès aux circonstances permettant le bien-être. Au fur et à mesure que de nouvelles découvertes augmentent nos capacités à contrôler les processus pathologiques, de nouveaux éléments vont s'ajouter à la liste des facteurs favorables à la santé. Par conséquent, pour rester fidèle à la théorie de la cause fondamentale, les personnes qui ont accès à plus de ressources bénéficieront des nouvelles connaissances acquises. Ceci étant, nous affirmons que les conditions sociales ont été, sont et continueront d'être des déterminants irréductibles de la santé et méritent ainsi d'être regroupées sous le vocable de « cause fondamentale » de la maladie et de la mort. Nous ne conférons pas un tel statut aux conditions sociales parce qu'elles sont indépendantes des capacités individuelles, mais parce qu'elles déterminent la distribution des circonstances favorables à la santé que fournissent les actions individuelles et institutionnelles visant à promouvoir la santé.

Logiques politiques postcoloniales et responsabilité des pays africains

Point n'est besoin de souligner l'impact de la gestion de l'espace social sur la santé. Le mode de gestion de la chose publique est assez ambiguë, influencée à la fois par les logiques postcoloniales dans lesquelles les états africains sont profondément empêtrés et la violence du capitalisme triomphant dont les effets sur les économies africaines ne sont plus à démontrer. La théorie postcoloniale d'Achille Mbembé renvoie à la manière propre des sociétés sorties de la colonisation d'inventer leur avenir par des principes et modalités qui s'apparentent à la violence et au bricolage (Mbembé, 1996, p.76).³ Pour Mbembé (1996, p. 76), « la postcolonie est une pluralité chaotique, pourvue d'une cohérence interne, de systèmes de signes bien à elle, de manières propres de fabriquer des simulacres ou de reconstruire des stéréotypes, d'un art spécifique de la démesure, de façons particulières d'exproprier le sujet dans ses identités». La néantisation de toute alternative crédible et la domestication de tout élan velléitaire font partie de l'identité propre des régimes de domination en postcolonie. La relation à l'état est un rapport de promiscuité, une sorte de tension conviviale entre ceux qui assurent le commandement et ceux qui sont commandés (Mbembé, p.76). Pour pérenniser l'ambiguïté et simuler la paix, il faut avoir la main mise sur les vecteurs possibles de changement. La convivialité dont parle Mbembé nous permet de comprendre le jeu politique en postcolonie, un véritable enchevêtrement de contradictions. Cette notion renvoie au *statu quo*, une forme d'immobilisme social et politico-juridique qui ne profite qu'à la classe dirigeante. La relation gouvernant-gouverné repose sur un équilibre précaire maintenu et, sans cesse, renouvelé par des relations de promiscuité et de phagocytations dont l'unique but est de prévenir l'avènement du non-contrôlé et de l'imprévu. L'état doit donc contenir toute tentative de création de sens pouvant remettre en cause le non-sens dont le maintien se fait au moyen de la violence policière et la réduction de la pluralité bienfaisante à l'uniformité destructrice du devenir de la chose publique. Telle est la posture de l'état postcolonial devant tous les acteurs sociaux.

La stérilité socioéconomique et l'impertinence politique de l'État postcolonial résultent de la mauvaise gouvernance, de la résistance des couches exploitées face aux décideurs publics dont le pouvoir ne repose sur aucune assise populaire et des assauts des

3 Allant légèrement à l'encontre de ce que pense Achille Mbembé, nous affirmons que la notion de "postcolonie" n'est pas univoque. Elle est loin d'être une banalité comme le dit Mbembé, car elle ne renvoie pas qu'aux modalités par lesquelles la classe dirigeante s'impose au peuple mais elle prend aussi en compte la capacité qu'ont les individus et les groupes sociaux à s'organiser afin de s'opposer aux tendances oppressives des tenants du pouvoir. L'histoire du continent africain est peuplée d'initiatives de la société civile et de révoltes populaires par lesquelles les cibles du pouvoir postcolonial s'opposent à la violence politique. En réaction aux tentatives de modification de la constitution, des soulèvements populaires ont eu lieu récemment au Burkina, en République démocratique du Congo et au Bénin. Mbembé pêche par omission en passant sous silence la capacité de réplique des peuples africains dont l'existence est une longue résistance contre l'ordre établi. Le bricolage postcolonial renvoie à la fois à la banalité mais aussi aux méthodes et capacités de remise en cause à partir desquelles se forment les réactions populaires face au jeu politique.

forces néolibérales, provoquant une recomposition de l'état sous des formes fragmentées. La fragmentation de l'appareil étatique crée de nouvelles polarités fondées sur le poids économique de certains groupes, la capacité à manipuler l'invisible devant une population en quête du sensationnel et du merveilleux, le repli ethnique et le grand banditisme économique organisé par ceux qui gèrent la fortune publique. Ces derniers, véritables relais locaux du système international abusent de tout ce qui est aide extérieure, projets de développement et commercialisation des ressources. L'état postcolonial n'est donc pas une entité monolithique, mais une réalité complexe dont les contours sont difficiles à cerner. Dans le contexte de fragmentation actuelle, faire partie de ceux qui dirigent signifie s'engager dans une logique socioéconomique et politique dominée « par des acteurs qui peuvent tout se permettre dans la mesure où ils appartiennent à un système hégémonique qui choisit ses alliés afin de leur attribuer une place privilégiée dans le réseau de distribution où se partagent les dépouilles de l'Etat » (Ela, 1998, p. 246).

L'économie politique du bricolage institutionnel et de la pseudo-rhétorique du progrès économique qui prévaut dans les états sortis de l'ornière de la colonisation européenne montre bien que la nécropolitique dominante profite aux faiseurs de sens politique qui tirent leur épingle d'un jeu qui a pour seul enjeu de personnaliser la *res publica*. L'absence d'un pluralisme réel et d'un débat d'idées contradictoires propre à la raison démocratique ne favorise pas l'émergence d'un ordre social formé et informé par les aspirations profondes des populations en quête de mieux-être.

Les pays africains devraient assumer une part importante de responsabilité de la situation du désastre économique auquel ils font face aujourd'hui, car le fléau de l'impérialisme européen n'est pas spécifique à l'Afrique. D'autres régions du monde dont l'Amérique latine, l'Amérique du Nord et l'Asie en ont été victimes. Des pays comme l'Inde, la Malaisie, le Mexique, le Brésil, Singapour et d'autres blâment-ils encore les Européens pour leur passé malheureux ou se sont-ils eux-mêmes transformés en puissances économiques et politiques ? Avec la fin de la colonisation, se mettent en place des systèmes de gouvernement dirigés par une élite sans vision politique à moyen ou long terme. Loin de mettre fin au modèle maître-serviteur propre à la raison coloniale, cette élite s'est davantage affirmée par sa capacité à piller les ressources de l'Etat et à se maintenir au pouvoir par la répression, utilisant la corruption comme mode de gouvernement. La corruption est un véritable fléau en Afrique, qui touche particulièrement les élites. Les dirigeants en font usage pour créer la confusion et renforcer les liens de dépendance entre les populations et l'élite au pouvoir. La corruption généralisée donne aux potentats l'occasion d'asseoir son règne sur tout et tous. Aucun citoyen ne peut lever la tête par peur d'être jeté en prison pour corruption. En plus, en l'absence d'initiatives productrices de richesses, l'Etat restant le pourvoyeur principal d'emplois. Aussi, l'activité politique comme moyen de maintien des potentats au pouvoir est-il le seul moyen d'enrichissement rapide sans trop d'effort. Au lieu d'être un vecteur de progrès, le politique est une instance d'immobilisme économique.

Le système colonial a été perpétué sous une autre forme, car la logique maître-serviteur a été remplacée par celle qui lie le gouvernant au gouverné. A cela, il faut ajouter l'insécurité de l'environnement économique qui ne favorise pas les investissements, et le règne de l'informel. L'indépendance est donc devenue une véritable dépendance vis-à-vis des puissances étrangères, en particulier des anciennes puissances coloniales. Faute de réflexions endogènes ou prospectives et au manque de volonté politique permettant d'amorcer un changement par une synergie d'actions, les politiques actuelles sont une navigation à vue.

Le principal problème de l'Afrique est l'incompétence ou/et la mauvaise foi de ses leaders. On peut compter sur les doigts d'une seule main les pays africains qui peuvent se targuer d'avoir connu une longue stabilité sociopolitique. Or celle-ci est une condition *sine qua non* du développement. L'Afrique souffre de la faiblesse de son organisation sociale et politique. La plupart des dirigeants africains passés et présents ont fait échouer lamentablement la région. Leur amour pour le pouvoir a rendu très difficile l'alternance politique. L'amateurisme des leaders a plombé tout effort de modernisation de l'agriculture et d'adéquation du système éducatif aux réalités locales. Le manque de créativité est plus que scandaleux, quand on sait qu'avec une démographie galopante et le dérèglement climatique qui s'accroît d'année en année, les moyens agricoles traditionnels ne peuvent plus nourrir les nombreuses bouches du continent tant qu'ils n'évolueront pas. Et un homme qui a faim est un homme qui ne pense pas, et par conséquent ne se donne pas les moyens de son développement. Comment comprendre l'improductivité des gouvernants successifs ? Plus de cinquante années après les indépendances, le système éducatif est encore calqué sur les vieux modèles occidentaux usés et usagers. L'enseignement élémentaire reste encore un luxe pour la majorité. Et l'enseignement supérieur ne forme en grande partie que des chômeurs, incapables d'initiatives. L'enseignement technique et professionnel, qui devrait être privilégié, demeure le parent pauvre du système éducatif africain.

Ordre économique mondial and responsabilité *ad extra*

La théorie du système économique mondial permet d'aller au-delà de la perception bipolaire des acteurs de l'économie mondiale qui fonctionne selon le binôme centre-périphérie. Immanuel Wallerstein propose une approche qui repose sur une conception d'un monde à trois niveaux : premièrement, les pays dominants (*core countries*) qui dominent l'espace économique global ; deuxièmement, les pays semi-périphériques qui ont des secteurs développés et sous-développés dépendant des pays dominants ; et troisièmement, les pays périphériques comme les nôtres qui sont influencés par les pays dominants et semi-périphériques. Les pays périphériques sont caractérisés par des économies figées et non diversifiées, la dictature politique, la faillite institutionnelle, la

permanence des luttes de classe et l'instabilité sociale et politique (Martínez-Vela, 2001).

Le recours à la théorie de la postcolonie d'Achille Mbembé ainsi qu'à celle du système économique mondial (*World system theory*) d'Immanuel Wallarstein montre bien qu'à la racine du mal-être du continent noir, auquel nous appartenons, se trouve une violence à deux niveaux qui entretiennent entre eux une complicité marquée par une tension conviviale. La violence dont nous parlons est à la fois nationale et transnationale. Le bricolage politique par lequel s'entretient la violence *ad intra* favorise le maintien de certains au pouvoir et créer un climat qui favorise les inégalités sociales de tout genre. La violence des structures sociales permet non seulement de légitimer la nécropolitique que produit l'unilatéralisme discursif des maîtres de l'état postcolonial mais aussi de normaliser et banaliser les inégalités injustifiables. En tant qu'instance de légitimation locale du capitalisme outrancier qui a pour ambition d'assujettir tout et tout le monde, l'état postcolonial fonctionne comme l'élément d'un système plus grand. Les inégalités que produisent ce système affectent le citoyen ordinaire, involontairement pris dans une logique d'exploitation qui le rend esclave des intérêts stratégiques et des appétits démesurés de l'occident pour les matières premières des pays se trouvant au bas de l'échelle du système économique mondial comme ceux de l'Afrique.

A la racine du mal-être du continent noir se trouve une rationalité fratricide portée sur l'individualisme et la recherche absolue du profit permettant de "normaliser" et de "naturaliser" des logiques de mort et de l'inégalité par la brutalité politique et la violence du capitalisme outrancier. Nous avons encore le souvenir du PAS, une concentration amère et aigre de solutions indigestes mises sur pied par le FMI et la Banque Mondiale afin d'accroître la compétitivité des économies fragiles comme les nôtres. En plus de leurs conséquences socio-économiques, les PAS ont placé tout un continent sous la dictature du marché et du profit, soumettant les dirigeants des pays dits indépendants aux lois dictées par les bailleurs de fonds (Ela, 1998, p. 363). Sur le plan politique, le PAS a créé le mécontentement populaire et on a vu se cristalliser les régimes dictatoriaux dont le maintien au pouvoir s'est fait en échange de la reconquête économique des ressources du continent par les tenants de l'économie de marché. Fondé sur la nécessité de faire grandir le secteur privé au détriment du rôle de l'Etat dans la sphère socio-économique, le PAS a favorisé la libéralisation de la vie sociale et de l'économie. Loin de favoriser le bien-être de la population, la libéralisation de l'économie et de la vie sociale a aggravé le dénuement et la précarité (Ela, 2006, p. 113). En épousant une logique essentiellement techniciste, les experts de la banque mondiale ont totalement négligé le volet social et le substrat symbolique qui détermine les choix de ceux et de celles que l'on voudrait placer sous ajustement structurel.

Nulle part dans le monde, aucun pays ne s'est développé en réduisant drastiquement l'intervention de l'état dans les secteurs aussi vitaux que l'éducation, la santé et tous les services sociaux qui sont importants pour le bien-être de la population comme l'avaient prescrit les tenants du Consensus de Washington. Ela affirme avec force

que “Le développement (vu sous l’angle néolibéral) est en panne, sa théorie en crise, son idéologie l’objet de doute. L’accord pour constater la faillite du développement en Afrique est hélas général” (Ela, 1998). Cet échec est d’autant plus perceptible que le modèle néolibéral peine à s’affirmer dans un continent dont la culture affirme le primat de l’être sur l’avoir, la valeur de la personne humaine sur les biens matériels. L’échec cuisant des politiques d’ajustements structurels, imposées unilatéralement aux pays africains par les initiateurs du consensus de Washington est une preuve patente de l’immiscibilité du monde symbolique qui sous-tend la raison néolibérale avec l’univers de sens négro-africain. Aux lendemains du constat d’échec des plans d’ajustement structurel, Jean Marc Ela affirmait que l’Afrique ne refuse pas le progrès mais s’oppose à un mode d’exister emprunté aux philosophies individualistes qui sous-tendent les politiques de développement (Ela, 1994, pp. 152-156). Pour Ela (1999, p. 66), l’échec des premières tentatives d’industrialisation de l’Afrique est essentiellement lié à l’indocilité de la culture locale à l’égard du capitalisme.

Alors que dans le monde occidental le développement est pensé à partir de la capacité de l’individu à se prendre en charge, dans les sociétés africaines, le vrai pauvre est celui qui n’a pas de parenté : l’esprit de famille et le principe de la réciprocité enracinent les rapports économiques dans le maillage des rapports sociaux (Ela, 1998). Aussi Ela (1998) conclut-t-il par cette affirmation forte : « Compte tenu du poids de ce cadre social et culturel, les Africains ont tendance à prendre leurs distances à l’égard d’un modèle de développement pour lequel les inégalités socio-économiques sont considérées comme un des véritables moteurs du progrès. Ils remettent en cause une modernisation économique imposant la destruction du lien social. Peu d’Africains sont disposés à assumer une modernité aliénante qui vise à instaurer une manière d’être et d’agir centrée sur l’individualisme propre à l’Occident moderne ».

Par-delà le PAS, d’autres initiatives allant dans le sens du développement économique des pays africains et ayant des impacts sur la santé ont été mises sur pied par les organismes internationaux. Sans suivre ce débat de façon chronologique, nous voulons noter surtout la tendance à promouvoir l’augmentation des financements à la santé comme réponse au sous-développement associée à la santé. Mais suffirait-il d’augmenter les financements pour améliorer les indicateurs de santé ? Si nous considérons la santé comme un sous-système parmi d’autres sous-systèmes du système social, il faudrait, compte tenu de l’interdépendance qui existe entre les sous-systèmes, que l’amélioration des autres secteurs de la vie sociale soit faite pour qu’il y ait une amélioration importante de la santé de la population.

Le professionnel de santé, un avocat des pauvres ?

Rudolf Virchow, considéré comme le père de la pathologie cellulaire moderne, présentait déjà au 19^{es} la médecine comme une science sociale et la politique comme la médecine à grande échelle (McNeely, 2002). Virchow considérait la médecine non seulement comme l'étude de la maladie humaine, mais aussi comme une métaphore générale dont l'usage permet de comprendre la société. Ce que la plupart de gens considéraient comme la médecine en elle-même n'était en fait qu'un microcosme de la médecine au sens large, qui prenait la société pour patient (McNeely, 2002). S'opposant au réductionnisme biomédical sous-tendu par l'individualisme biologique, Virchow affirmait que la politique est une intervention de santé publique à une échelle plus grande. Des intérêts et des perspectives divergents s'opposent et se côtoient dans la sphère politique non sans avoir une profonde incidence sur la santé de la population. Le politique est le lieu où se décide l'avenir de la société. La promotion de la santé va au-delà de l'accès aux soins, car les déterminants de la maladie ne relèvent pas du contexte clinique. Comme nous l'avons déjà dit, les facteurs sociaux ont un impact important sur la santé. De ce fait, les politiques de santé ne peuvent donc se limiter aux facteurs purement cliniques, mais devrait prendre en compte tout le contexte de la santé (Woolf, 2009), privilégiant ainsi une approche multi- et inter-sectorielle. Le lien entre politique sociale et politique de santé n'est plus à démontrer, car les décisions concernant d'autres aspects de la vie sociale ne sont pas étrangères au domaine sanitaire. Des décisions visant à favoriser l'accès des filles à l'éducation formelle ont une incidence protectrice sur leur santé via la réduction de la dépendance par rapport aux hommes. En plus des interventions leur permettant d'avoir une connaissance approfondie des dynamiques de l'épidémie du Sida et des voies de transmission du VIH, une prise de décision régulant les lieux d'arrêt des conducteurs de grands camions sur les axes principaux auraient un effet positif sur la réduction des cas incidents de VIH dans les localités qui sont proches des grands axes (Bwayo et al., 1999 ; Morris et Ferguson, 2007). Allant dans le même sens, il a été montré que le fait de garder les filles à l'école réduit le risque de contracter le VIH. La relation entre le niveau de scolarité et le VIH a changé au fil du temps, le niveau de scolarité étant désormais plus susceptible d'être associé à un risque plus faible d'infection par le VIH qu'au début de l'épidémie. Le niveau de scolarité ne peut toutefois être isolé des autres facteurs socio-économiques en tant que cause de la réduction du risque d'infection par le VIH (UNICEF, 2004 ; Jukes, Simmons et Bundy, 2008 ; Hargreaves et al. 2008).

Nous voyons donc que les déterminants sociaux de la santé sont à chercher hors du système de santé. Le développement, par le biais de la pauvreté, est un de ces vecteurs qui augmente le fardeau des maladies auquel fait face un pays. Le professionnel de santé devrait-il limiter son travail aux interventions essentiellement cliniques ? Virchow avait

une certaine image du médecin comme avocat des pauvres (McNeely, 2002). Le médecin n'est sans doute pas un expert en sciences du développement ou en politiques sociales ou encore moins en stratégie de réduction de la pauvreté. Cependant, pour accomplir son devoir à l'égard de la société, il ne peut pas se contenter de porter son attention sur les organes humains malades mais aussi sur la société qui produit et structure les pathologies auxquelles ses membres sont confrontés. Sans négliger le travail clinique pour lequel il a prêté serment, il sied d'identifier les facteurs sociaux qui font écran au bien-être des populations afin d'oser plaider pour la mise sur pied des stratégies et politiques sociales qui protègent concomitamment la santé de la population et le progrès économique de tout un pays. Nonobstant la charge de travail qui est la leur, les professionnels de la santé peuvent, à partir de la position privilégiée qui est la leur, documenter avec attention les conditions dans lesquelles chaque citoyen mène sa vie. Ce qui permettrait de déceler les facteurs structurels qui servent de socle à ces conditions de vie et aux problèmes de la santé qui en découlent. Une telle démarche requiert une formation à l'analyse sociale et une certaine collaboration avec d'autres secteurs de la société. Faire face aux inégalités structurelles, comme corps médical ou avec d'autres institutions de la société civile, permet au personnel de la santé de faire de la biomédecine un véritable service rendu à la population et plus principalement aux plus pauvres. Les dépenses de santé sont très souvent inégalement réparties au profit des centres urbains et des lieux stratégiques en vue de la conquête du pouvoir. Dans ces lieux se construisent de grandes cathédrales médicales équipées en infrastructures technologiques de pointe alors que l'absence des infrastructures de santé primaire et la fragilité du système de santé attirent l'attention de tout observateur averti. La pratique de la biomédecine et de la santé publique devrait être informée par la solidarité pragmatique envers les personnes et groupes défavorisés, une expression de la justice sociale portée par le principe d'équité à la fois verticale et horizontale par laquelle les gouvernants traitent avec un soin particulier les problèmes de ceux et celles qui vivent sur les marges de la société. La solidarité devient pragmatique quand la reconnaissance de la souffrance d'autrui suscite l'action. Il ne suffit donc pas de reconnaître, il faut agir pour traiter et l'individu et la société comme nous l'a prescrit Virchow (Farmer, 2003, p. 230). La solidarité pragmatique va au-delà d'une simple prestation de services ou recherche académique dont l'une ou l'autre peut être entreprise à partir d'une fausse générosité pour soulager son propre inconfort, améliorer sa stature ou son avancement personnel. La solidarité pragmatique présuppose une option consciente et radicale pour les laissés-pour-compte de la société.

En plus de la bonne volonté et des connaissances biomédicales, la pratique médicale comme service requiert l'acquisition des instruments théoriques (une théorie sociale) qui permet de contextualiser la compréhension de l'étiologie de certaines pathologies ainsi que les solutions permettant de les affronter (Farmer et al., 2006, e449). Cette approche biosociale pourrait donc permettre aux professionnels de la santé d'oser un diagnostic qui soit à la fois médical et social afin de lutter contre les causes structurelles

de la maladie et les raisons de la distribution inégale de biens sociaux. Une fois de plus, une telle action ne pourrait être accomplie qu'à travers une collaboration inter- et multi-sectorielle. L'éradication des maladies de la pauvreté dont souffrent ceux et celles qui nous entourent requiert une action concertée qui dépasse le cadre des compétences individuelles. Le médecin comme individu ou l'épidémiologiste à lui seul ne peut affronter des pathologies dont les racines structurelles demandent une thérapie portée par des réseaux de solidarité. En dernier recours et pour pousser l'utopie jusqu'au bord du rêve, le professionnel de santé devrait par son travail et ses recherches inciter à une réforme structurelle de fond de nos états postcoloniaux.

CONCLUSION

Dans l'ensemble, l'approche biosociale et le principe systémique qui servent de socle à cette réflexion sur les questions de santé laissent entrevoir la nécessité d'envisager des changements structurels de fond. Nous connaissons nos pays, leurs problèmes. Nous connaissons à quoi ressemble la scène internationale où sévit le capitalisme outrancier et ceux qui en profitent. Il nous faut nous dépasser pour inventer un autre avenir. Pour ce faire, il sied de s'émanciper des paradigmes de la brutalité politique et de la dépendance inutile, pour prendre en main notre devenir.

A quand la sortie de la nuit? Quand se fera donc la vraie émancipation du continent noir? Où trouver le ressort sur lequel s'appuyer pour bondir en avant? Comment repenser notre être-ensemble et affiner notre savoir-faire de telle sorte qu'ils favorisent le progrès économique et le bien-être de tous? Près de 60 ans après les indépendances, plusieurs solutions visant à promouvoir le développement ont déjà été testées. L'ignorance n'est donc plus une justification acceptable. Non seulement il nous faut apprendre des autres; mais, en plus, l'impératif d'une lecture inquisitrice du passé nous oblige à entrevoir une introspection critique afin de déceler les raisons du retard économique et des faibles performances des systèmes sanitaires de nos pays.

L'amélioration des conditions de vie en Afrique devrait être une priorité des politiques de développement, non seulement parce que l'Afrique est la région du monde où la santé de la population est mise à l'épreuve, mais aussi parce que ces mauvaises conditions de santé contribuent à enfermer, au niveau macroéconomique, les économies africaines dans le piège de sous-développement et, au niveau microéconomique, de nombreux ménages africains et des individus sont pris dans un piège de pauvreté. L'expérience historique des pays émergents montre que l'amélioration des conditions de santé a joué un rôle décisif dans le démarrage du processus de développement, à un moment où ces pays ne disposaient que de faibles ressources financières propres ou procurées par l'aide internationale.

Des progrès en matière de santé en Afrique requièrent des efforts qui vont bien au-delà de l'augmentation de l'aide financière internationale. Les initiatives récentes en ce sens ont leur utilité, mais elles ne peuvent se substituer à des réformes importantes du système de santé. Ceci est d'autant plus vrai que les grands programmes verticaux qui ont été lancés peuvent contribuer à la désorganisation des systèmes de santé en raison des effets d'éviction qu'ils créent sur les ressources locales, notamment en personnels de santé qualifiés. Ceci se fait notamment au détriment de la prise en charge des maladies négligées. Des réformes urgentes sont plus que nécessaires, si les pouvoirs publics veulent réduire la verticalisation progressive du système de santé. De telles réformes nous obligeront à trouver des solutions à la crise des ressources humaines dans les secteurs de la santé, à créer un partenariat entre tous les acteurs du système de santé par la mise en place de politiques de contractualisation, à envisager des interventions multidimensionnelles dans le domaine sanitaire et à penser les politiques de santé en relation aux politiques de développement et aux stratégies de réduction de la pauvreté.

Par-delà les solutions techniques et administratives, les pays africains devraient faire face aux problèmes structurels qui font écran à leur progrès. Comment se développer quand le déficit d'institutions de qualité sape toute initiation de progrès ? Est-ce possible d'améliorer la qualité de la santé des populations quand l'application des politiques de santé est partiellement réalisée ? En plus, à quoi rêver quand l'absence d'une éthique publique qui devrait normer le fonctionnement des institutions publiques et déterminer la qualité des relations qui existent entre le citoyen et les institutions publiques fait défaut ? Pourquoi n'existe-t-il pas un cadre institutionnel qui régit la pratique des professions de santé, la formation du corps médical et le fonctionnement des institutions sanitaires dans certains pays africains ? Comme fruits de la libéralisation de la vie économique prescrite par le FMI et la Banque Mondiale, on assiste depuis près de quatre décennies à une inflation des institutions de santé dans le secteur privé. La qualité des services offerts par certaines de ces institutions laisse à désirer. Certaines d'entre-elles contribuent à l'enlisement du système de santé. Comment justifier l'inertie des pouvoirs publics dans un domaine aussi sensible qui touche directement à la vie de la personne humaine ? On ne joue pas avec la santé d'autrui ou celle de la population ! Le déficit de sérieux avec lequel les questions institutionnelles sont abordées est plus que choquant. Il faut envisager un vrai retour à nous pour nous reprendre et nous réinventer. Cette appropriation collective de soi par soi devrait se faire avec sérieux. Il s'agit d'une véritable réinvention de l'état postcolonial ainsi que de ces institutions et de ses symboles. Evitant toute tentation de fermeture sur soi au nom d'une certaine authenticité, une telle posture ne négligera cependant pas les logiques endogènes, ce qui permettra de trouver des solutions plus adaptées aux problèmes de l'heure.

Une approche éco-sociale des questions de santé ouvre inévitablement sur les questions de pauvreté, de développement et de gouvernance. Du coup, les questions structurelles surgissent et deviennent incontournables. Les solutions techniques et administratives

sont importantes, mais elles ouvriront sur des voies de replâtrage tant que les questions structurelles de fond ne seront pas affrontées. Les pays africains ne devront plus entretenir la mentalité d'ONG, c'est-à-dire chercher à investir sans bâtir le socle qui sert de support aux investissements. Les pays du continent africain, à l'exception de quelques-uns, ont besoin d'un nouveau contrat social qui lie ceux qui gèrent les institutions étatiques et la population. Il nous faut absolument répondre aux questions structurelles quand nous approchons le binôme santé et développement. En plus des questions structurelles, le progrès du continent noir exige des pouvoirs publics l'élaboration des stratégies décisionnelles qui portent sur des populations cibles et des domaines importants de la vie sociale. La question épineuse de la justice sociale, la justice des institutions qui organisent la vie sociale, doit être affrontée. Car, des sociétés qui se forment en marginalisation des pans entiers de leur population ont du mal à se développer. Alors que la bourgeoisie et les bureaucrates au pouvoir étalent leurs richesses en plein jour, la tranche la plus importante de la population n'a pas accès à l'eau potable, à un habitat décent, aux soins de santé... Il n'est d'aucun doute que l'équité sociale et l'équité de santé vont de pair. La question de l'équité des politiques publiques de santé se pose avec une acuité particulière en Afrique. Il est nécessaire de mener des actions ciblées orientées vers les besoins des personnes vivant en zones rurales et des bidonvilles des mégapoles africaines, des femmes, enfants et les plus pauvres. Compte tenu du rôle que joue la santé dans les pièges de la pauvreté, ces considérations d'équité doivent être mises en avant non seulement pour elles-mêmes, mais aussi pour renforcer l'efficacité des politiques de santé.

Bibliographie

- Azétso J, Ochieng M. (2015), "The Right to Health, Health Systems Development and Health Policy in Chad", *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine* 10:1.
- Acemoglu D, Johnson S. (2007), "Disease and Development: the Effect of Life Expectancy on Economic Growth", *Journal of Political Economy* 115: 925-965.
- Berthélemy J.-C, Thuilliez J. (2013), "Santé et Développement : Une Causalité Circulaire", *Revue d'économie du développement* 2(21) : 119-147. <https://www.cairn.info/revue-d-economie-du-developpement-2013-2-page-119.htm> (Consulté 24 mars 2019).
- Berthélemy J.-C. (2011), "Health, Education and Emergence from the Development Trap", *African Development Review* 23: 300-312.
- Berthélemy J.-C. (2007), "Santé et Développement en Afrique", <https://www.asmp.fr/travaux/communications/2007/berthelemy.htm> (Consulté 4 mars 2019).
- Bloom DE, Canning D. (2000), "The Health and Wealth of Nations", *Science* 278(5456): 1207-1209.

- Bwayo JJ, Mutere AN, Omari MA, Kreiss JK, Jaoko W, Sekkade-Kigonde C, et al. (1991), "Long distance truck drivers. Knowledge and Attitudes Concerning Sexually Transmitted Diseases and Sexual Behavior", *East Afr Med J*. 68:714- 9.
- Del Rosso J M, Marek T. (1996), *Class Action: Improving School Performance in the Developing World through Better Health and Nutrition*. Washington, D.C: World Bank.
- Economic Commission for Africa. (2011), "Note d'Information: 10 ans après 'L'engagement d'Abuja' d'allouer 15% des Budgets Nationaux à la Santé", https://www.uneca.org/sites/default/files/uploaded-documents/CoM/cfm2011/com2011_informationnote10years-after-theabujacommitment_fr.pdf(Consulté 9 mars 2019).
- Ela J-M. (1998), "Refus du Développement ou échec de l'Occidentalisation ? Les Voies de l'Afro-renaissance", *Le Monde Diplomatique*, <https://www.monde-diplomatique.fr/1998/10/ELA/4070> (Consulté 14 mars 2019).
- Ela J-M. (1999), *Travail et Entreprise en Afrique: Les Fondements Sociaux de la Réussite Économique*, Paris : Karthala.
- Ela J-M. (1994), *Afrique l'Irruption des Pauvres : Société Contre Ingérence, Pouvoir et Argent*, Paris : L'Harmattan.
- Ela J-M. (1998), *Innovations Sociales et Renaissance de l'Afrique Noire : Les Défis du Monde d'En-bas*, Paris: L'Harmattan.
- Edward M, Kremer M. (2004), "Worms: Education and Health Externalities in Kenya", *Econometrica*, vol. 72, p. 159-217.
- Farmer P. (2003), *Pathologies of Power: Health Human Rights and the New War on the Poor*, Berkeley, University of California Press.
- Farmer P. & al. (2006), "Structural Violence and Clinical Medicine" *PLoS Medicine* 3/10. e449 <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/file?id=10.1>(Consulté 12 Avril 2019).
- Fassin D. (1996), *L'Espace Politique de la Santé. Essai de Généalogie*, PUF, Paris.
- Gallup JL, Sachs JD. (2001), The Intolerable Burden of Malaria: A New Look at the Numbers: Supplement to Volume 64(1) of the *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2624/> (Consulté 28 Avril 2019).
- Pizza G. (2005), *Antropologia Medica. Saperi, Pratiche e Politiche del Corpo*, Roma, Carocci Editore.
- Hargreaves JR, Morison LA, Kim JC, Bonell CP, Porter JDH, Watts C, et al. (2008), "The Association between School Attendance, HIV Infection and Sexual Behavior Among Young People in Rural South Africa", *J Epidemiol Commun Health* 62:113- 119.
- Hunt P, Backman G. (2008), "Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health", *Health Hum Rights*, 10(1):81-92.

- Hunt P. (2007), *Report of the UN Special Rapporteur on the Right to the Highest Attainable Standard of Health to the United Nations General Assembly UN Doc A/62/214*. New York: United Nations.
- Jamison DT, Lau LJ, Wang J. (1998), *Health's Contribution to Economic Growth*, Discussion Paper, University of California, Los Angeles.
- Jukes M, Simmons S, Bundy D. (2008), "Education and Vulnerability: the Role of Schools in Protecting Young Women and Girls from HIV in Southern Africa", *AIDS* 22:S57–S71.
- Link B-G, Phelan J-C. (1995), "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease", *J Health Soc Behav* (extra issue):80–94.
- Link B-G, Phelan J-C. (1996), "Understanding Sociodemographic Differences in Health: the Role of Fundamental Social Causes", *Am J Public Health* 86:471–473.
- Link BG, Northridge M, Phelan JC, Ganz MC. (1998), "Social Epidemiology and the Fundamental Cause Concept: on the Structuring of Effective Cancer Screens by Socioeconomic Status", *Millbank Q.* 76:375–402.
- Mackellar L. (2005), "Priorities in Global Assistance for Health, AIDS and Population (HAP)", *OECD development Centre* n°244, 2005.
- Marmot M, Wilkinson R. (1999), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, Oxford.
- Martínez-Vela CA. (2001), "World Systems Theory", <http://web.mit.edu/esd.83/www/notebook/WorldSystem.pdf> (Consulté 28 Avril 2019).
- Maud L, Girard P-M, Thursz M, Raguin G. (2013), "Dans l'Ombre du VIH/SIDA : les Maladies Oubliées de l'Afrique sub-Saharienne. Quels Enjeux Sanitaires ? Quelle Responsabilité des Bailleurs de Fonds ? ", *Face à face* [En ligne] 12, mis en ligne le 21 octobre 2013, URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/792> (Consulté le 25 avril 2018).
- McNeely IF. (2002), "Medicine on a Grand Scale": Rudolf Virchow, Liberalism, and the Public Health . <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1029.3361&rep=rep1&type=pdf> (Consulté 12 Avril 2019).
- Ministère de la Santé Publique. (2010), *Plan National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad 2010–2020*. N'djaména: Ministère de la Santé Publique.
- Morris CN, Ferguson AG. (2007), "Sexual and Treatment-seeking Behaviour for Sexually Transmitted Infection in Long-distance Transport Workers of East Africa", *Sex Transm Infect* 83: 242–245.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016), *Rapport 2106 sur le Paludisme dans le Monde*. <http://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2016/report/fr/> (Consulté le 25 avril 2018).

- OECD. (2005), Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, Harmonization, Alignment, Results & Mutual Accountability. Paper presented at: Joint Progress toward Enhanced Aid Effectiveness, <http://www.oecd.org/development/effectiveness/34428351.pdf> (Consulté 28 Avril 2019).
- Sachs J. (2006), *The End of Poverty: Economic Possibilities for our Time*, New York, Penguin Press.
- Sen A. (1999), *Development as Freedom*, New York, USA: Alfred A. Knopf.
- Severino J-M. (2008), “La Situation des Pays en Voie de Développement”, *Les Tribunes de la santé* 4 (21) : 31-39.
- Thuilliez, J. (2009), “L’impact du Paludisme sur l’Éducation Primaire : Une Analyse en Coupe Transversale des Taux de Redoublement et d’Achèvement”, *Revue d’économie du développement* 1 (17) : 167-201.
- UNICEF. Girls, HIV/AIDS and Education. (2004) [https://www.unicef.org/publications/files/Girls_HIV_AIDS_and_Education_\(English\)_rev.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Girls_HIV_AIDS_and_Education_(English)_rev.pdf) (Consulté 28 Avril 2019).
- United Nations Committee on Economic, Social, and Cultural Rights (2000), “General Comment N. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health”, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (Consulté 20 Avril 2019).
- United Nations. (1948), Universal Declaration of Human Rights, <http://www.un.org/en/documents/udhr/> (Consulté 21 Avril 2019).
- World Health Organization. (2008), The World Health Report 2008—Primary Care (Now more than ever), <http://www.who.int/whr/2008/en/> (Consulté 21 Avril 2019).
- Walzer M. (1983), *Spheres of Justice: a Defense of Pluralism and Equality*, New York: Basic Books.
- World Health Organization. (1978), “Declaration of Alma-Ata”, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (Consulté 12 Maars 2019).
- Woolf, S. (2009), “Social Policy as Health Policy”, *JAMA*, 301(11): 1166-1169.
- World Health Organization. (1946), “WHO Constitution”, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (Consulté 28 Avril 2019).
- World Health Organization. (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42435/924154550X.pdf;jsessionid=57AFFAE9B8F59A48D947A460B8011670?sequence=1> (Consulté 28 Avril 2019).
- World Health Organization. (1986), The Ottawa charter for health promotion. Ottawa: Adopted at the First International Conference on Health Promotion, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Consulté 2 Avril 2019).
- Yamin AE. (2005), The right to health under international law and its relevance to the United States. *Am J Public Health* 95(7):1156–61.