



## **Santé, société et politique en Afrique**



## Auteur

**Cheikh Ibrahima Niang** est enseignant chercheur à l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal. Il est spécialisé en Anthropologie Sociale et en Sciences de l'Environnement. Il a réalisé plusieurs travaux sur les aspects sociaux du VIH/SIDA et des problèmes de santé publique au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Rwanda, au Burkina Faso, en Gambie et en Guinée. Il a effectué plusieurs publications sur la sexualité, les impacts sociaux et politiques du VIH et les approches culturelles en matière de prévention des épidémies. Il a servi comme conseiller technique dans plusieurs organes des Nations Unies (ONUSIDA, OMS, Banque mondiale, PNUD, BIT, etc.). Il coordonne actuellement le Réseau SAHARA (Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance) pour l'Afrique de l'Ouest.



# **Santé, société et politique en Afrique**

**Cheikh Ibrahima Niang**

Livre vert du CODESRIA





© Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales  
en Afrique, 2008  
Avenue Cheikh Anta Diop Angle Canal IV,  
BP 3304 Dakar, 18524 Sénégal  
[www.codesria.org](http://www.codesria.org)

Mise en page par Hadijatou Sy

Imprimé par Imprimerie Saint Paul, Dakar, Sénégal

Livre vert du CODESRIA

ISBN: 978-2-86978-222-8

Le Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique (CODESRIA) est une organisation indépendante dont le principal objectif est de faciliter la recherche, de promouvoir une forme de publication basée sur la recherche, et de créer des forums permettant aux chercheurs africains d'échanger des opinions et des informations. Le Conseil cherche à lutter contre la fragmentation de la recherche à travers la mise en place de réseaux de recherche thématiques qui transcendent les barrières linguistiques et régionales.

Le CODESRIA exprime sa profonde gratitude à la Swedish International Development Corporation Agency (SIDA/SAREC), au Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI), à la Ford Foundation, à la Fondation MacArthur, à la Carnegie Corporation, au NORAD, à l'Agence danoise pour le Développement international (DANIDA), au ministère français de la Coopération, au Programme des Nations-Unies pour le développement (PNUD), au ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas, à la Fondation Rockefeller, à FINIDA, CIDA, IIEP/ADEA, à l'OCDE, à Oxfam America, à l'UNICEF ainsi qu'au Gouvernement du Sénégal pour le soutien apporté aux programmes de recherche, de formation et de publication du Conseil.



## Sommaire

Résumé .....	vii
<b>1. Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Situation sanitaire</b>	
Maladies oubliées et maladies émergentes .....	6
Crises silencieuses .....	10
Epidémies invisibles .....	12
Crises dans les construits sociaux de la maladie .....	14
<b>3. Crises des approches et définitions</b>	
Inadéquation des modèles .....	22
Biologisme, culturalisme et politique .....	24
<b>4. Crises dans les déterminants</b>	
Cadre de vie et nutrition .....	27
Facteur démographique .....	31
Crises alimentaires .....	32
Mondialisation .....	33
Rapport de genre, éducation et pauvreté .....	33
Violence et contextes politiques .....	35
Systèmes et politiques de santé .....	36
<i>Faiblesse de la couverture médicale</i> .....	36
<i>Crises des politiques de santé</i> .....	37
<b>5. Conclusion .....</b>	<b>40</b>
Axes pour un agenda de recherche .....	41
<b>Références .....</b>	<b>43</b>



## Résumé

La fin des années 1990 et le début des années 2000 ont vu se développer une réflexion globale établissant une relation réciproque étroite entre la santé et le développement économique et social (Murray & Lopez 1996 ; Global Forum for Health Research 2000 ; United Nations Millenium Summit 2000 ; Sachs 2001 ; The World Bank 2001). L'étude des rapports de genre et des dynamiques sociales, culturelles et politiques est aussi apparue nécessaire à la compréhension des problèmes de santé ; tout comme le sont l'analyse des contextes de pauvreté, des situations de tensions ou de violences politiques et celle des enjeux économiques et des rapports de pouvoir à l'échelle nationale et internationale (Schoepf 2004).

L'analyse de la situation sanitaire en Afrique fait ressortir le poids énorme des pathologies infectieuses (en particulier le paludisme, la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles), de la morbidité et de mortalité maternelles et infantiles et leur développement au cours des dernières décennies des années 1990. De par son ampleur et de par ses impacts, le VIH/SIDA est certainement l'épidémie qui a le plus sévèrement touché l'Afrique au cours de ces deux dernières décennies. A ce tableau s'ajoute le poids des maladies non transmissibles dont l'importance paraît grandissante, bien que faiblement documentée.

La situation sanitaire en Afrique paraît étroitement associée aux crises multifformes qui affectent divers déterminants sociaux, écologiques, politiques ou économiques de la santé (éducation, cadre de vie, nutrition, accès à l'eau potable, niveau de vie...). Elle met à nu la décrépitude des systèmes de santé qui ploient sous les effets conjugués des contrecoups des programmes macroéconomiques, de l'exode des ressources humaines et des politiques de santé inadaptées aux besoins des individus et des communautés les plus pauvres.

La crise de la santé est aussi celle des théories et modèles qui prédominent dans l'analyse et la construction des réponses biomédicales ou socio comportementales et qui demeurent lourdement influencées par les concepts culturels occidentaux. Les systèmes de santé en Afrique portent aussi encore le lourd héritage des paradigmes et des rapports politiques qui ont servi de modèle et



Cheikh Ibrahima Niang

d'armature théorique à la médecine coloniale. Ils prolongent des approches qui reproduisent des procès d'exclusion des aspects culturels, sociaux et politiques de la maladie dans les sociétés et communautés locales.

En conclusion, il s'agit de re-conceptualiser la question de la santé dans des approches qui intègrent l'analyse des problèmes et la construction des réponses dans des processus sociaux, culturels et politiques de transformation sociale. La recherche africaine sur les problèmes de santé devrait, de ce fait, largement remettre en cause les paradigmes dominants dans lesquels elle se trouve, en grande partie, insérée.



# 1. Introduction

---

La fin des années 1990 et le début des années 2000 ont vu se développer une réflexion qui a débouché sur des approches théoriques et des concepts opératoires établissant des relations étroites entre la santé et le développement. On peut notamment repérer cette réflexion dans la recherche universitaire (Murray et Lopez 1996), dans la documentation des forums et rencontres internationaux (Global Forum for Health Research 2000 ; United Nations Millenium Summit 2000) ou dans celle des organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé (Sachs 2001) ou la Banque mondiale (2001).

Dans les approches de développement, la tendance à souligner que l'amélioration de la santé et de l'espérance de vie n'est pas seulement un produit du développement économique mais qu'elle en est également un moyen se dégage nettement (Sachs 2001). D'où l'intérêt croissant pour l'analyse des relations entre pauvreté et problèmes de santé. C'est ce cercle vicieux dans lequel la santé défectueuse crée la pauvreté et réciproquement qui souvent oriente la réflexion stratégique des rencontres et des forums de recherche sur la santé (Global Forum for Health Research 2003).

Cependant, l'établissement de liens entre pauvreté et problèmes de santé sont déjà relativement anciens : Lisa F. Berkman et Ichiro Kawachi (2000) le font remonter aux travaux de John Graunt (1662) sur les décès consignés dans les registres paroissiaux en Angleterre, une tradition de recherche qui établit des relations entre la mortalité et la pauvreté et les conditions d'habitat et de travail. Au-delà de la pauvreté, ce sont les relations sociales qui sont intégrées à l'analyse des problèmes de santé. Ainsi au xxe siècle, Émile Durkheim (2000) avait aussi mis en évidence les déterminants sociaux du suicide en référence au tissu de relations sociales et aux formes et niveaux d'intégration sociale. Plus récemment, dans leurs travaux sur l'épidémie du VIH/Sida, plusieurs auteurs ont évoqué une relation étroite entre les états de santé des individus et ceux de la société à l'instar de Brooke G. Schoepf (2004) qui écrit que les épidémies sont



« des processus sociaux influencés par l'histoire, la politique, l'économie, la culture, l'organisation et la dynamique sociale ».

La référence à la société, à la culture ou aux relations internationales permet d'opérer une distinction conceptuelle majeure entre agent pathogène et épidémie. Si l'agent pathogène renvoie au domaine de la biologie, l'épidémie, en revanche, fait ressortir des dimensions sociales, politiques, économiques ou culturelles. Meredith Turshen (1984) affirme que si les bactéries et les virus peuvent survenir spontanément dans la nature, il n'y a, par contre, « rien de naturel ou de spontané dans l'épidémie ». Dans cette logique, la santé n'est pas une variable indépendante des facteurs sociaux ou politiques, comme le dit Joseph Uyanga : «The health of a population is not independant of the social, economic and political context within which this population reside» (Uyanga 1990:649).

Les interventions biomédicales pour la résolution des problèmes de santé ne sauraient donc, à elles seules, se substituer à celles sur les déterminants écologiques, socioéconomiques ou politiques. D'ailleurs, le rapport de la Commission Macroeconomics and Health souligne que bien avant la généralisation des grandes découvertes et inventions médicales (vaccinations, découverte de pathogènes, mise au point d'antibiotiques) au *xxe* siècle, la mortalité liée aux maladies contagieuses avait commencé à diminuer dans les pays industrialisés et l'espérance de vie avait connu une augmentation sensible en raison de l'amélioration de ce que Robert William Fogel appelle « l'infrastructure de santé » (Sachs 2001:74). L'infrastructure de santé englobe des domaines tels que l'accès à l'eau potable, les systèmes d'évacuation des eaux usées, les systèmes de gestion des ordures, la transmission et la vulgarisation de mesures de protection hygiénique, la pasteurisation des produits laitiers, l'amélioration de la nutrition, l'amélioration des techniques de production agricole et du ravitaillement alimentaire des villes. Elle comprend également des savoirs, des savoir-faire, des savoir-être et des relations sociales liés à la santé.

A partir du *xxe* siècle, avec l'apparition ou l'aggravation de maladies prédominantes dans les sociétés industrialisées (cancers, maladies génétiques, troubles du comportement, maladies dégénératives, maladies de civilisation post-industrielle, troubles de l'immunologie, etc.), les recherches ont accordé une place importante à l'analyse des domaines sociaux tels que les modes vie, la nutrition, les changements culturels, les conditions sociales de stress, la cohésion sociale ; on a alors assisté à un dépassement des paradigmes qui jusque-là réduisaient la maladie à ses seuls aspects biologiques (Graham 1963 ; Kadushin 1964 ; Syme *et al.* 1965). C'est également à partir de cette période que des travaux remettent en cause la dichotomie établie par la médecine occidentale entre les maladies psychosomatiques (qui font référence aux facteurs

sociaux) et les maladies relevant du physique (qui seraient essentiellement liées aux facteurs biologiques). Comme le notent Lisa F. Berkman et Ichiro Kawachi (2000:4): «Whereas it was formerly believed that some diseases were caused by psychological states with little biological basis and other were purely 'physical', we now understand that in almost all cases this distinction is false: Most psychosomatic diseases involve varied genetic and environmental determinants, and all states of health and disease are influenced, to some extent, by psychosocial conditions».

L'agent responsable de la maladie est analysé dans des complexes pathogènes qui mettent en relation le milieu écologique et le milieu humain. L'association de facteurs écologiques et socioculturels dans l'analyse des problèmes de santé apparaît dans plusieurs travaux d'anthropologie médicale et d'épidémiologie de la seconde moitié du *xx* siècle, notamment ceux de Frank B. Livingstone ou de George Armelagos qui avaient développé des modèles écologiques d'analyse des maladies infectieuses mettant en relief des relations systémiques entre agent pathogène, milieu et populations humaines. À la fin des années 1970, on voit se développer le concept et la pratique de la santé écosystémique, c'est-à-dire une approche transdisciplinaire entre écologie, sciences médicales et sciences sociales. L'approche écosystémique cherche à appréhender les interactions entre, d'une part, les différents composants biophysiques, socio-économiques et culturels de l'environnement et, d'autre part, les états de santé des populations humaines. Elle est ainsi censée déboucher sur des stratégies communautaires de gestion de l'environnement pour l'amélioration de la santé et le développement durable (Forget et Lebel 2001).

Au cours des années 1990, une réflexion se développe pour situer les questions de santé dans le contexte de la mondialisation. La mondialisation, qui touche des sphères aussi diverses que l'économie, la politique, la culture, le social et la technologie, conduit et s'appuie sur ce que plusieurs auteurs appellent une « reterritorialisation » — c'est-à-dire de nouvelles organisations de l'espace et du temps —, qui n'est pas sans effet sur la santé (Lee *et al.* 2002). La santé globale se constitue alors en un domaine de recherche qui a pour objet l'étude des moyens par lesquels la mondialisation affecte les environnements politiques, les instruments, les processus et styles de prise de décision, la mise en œuvre des politiques et l'évaluation dans le domaine de la santé (*Ibid.*). Ici, les déterminants de la santé apparaissent comme extrêmement complexes et vulnérables aux crises financières et économiques associées à la mondialisation.

Une vision holistique se trouve aussi mise en chantier dans de nouveaux modèles d'analyse développés vers la fin du *xx* siècle. Ainsi en est-il du concept de qualité de vie liée à l'état de santé (Health-Related Quality of Life - HRQL)

développé au cours des années 1990 pour analyser le vécu des individus vivant avec des maladies de longue durée, notamment avec le sida (Burgess et Catalan 1991 ; Hays et Shapiro 1992 ; Rapkin et Smith 1993 ; Wu et Lamping 1994). Wu et Lamping (1994) incluent dans leur modèle conceptuel, le statut physiologique (les dysfonctionnements et les symptômes), les états émotionnels, les facultés cognitives, les aptitudes sociales, le sens de bien-être, les facteurs individuels, familiaux, sociétaux, politiques et culturels.

Il y a donc actuellement, surtout dans les pays industrialisés, un corpus de concepts et d'approches mettant en relation la santé et la société. Mais cette réflexion théorique ne semble pas avoir eu beaucoup d'influence sur la construction des réponses aux problèmes de santé en Afrique. En fait, le continent a connu, au cours des deux dernières décennies, l'une de ses crises sanitaires les plus graves.

Un des indicateurs les plus visibles de cette crise est certainement la baisse de l'espérance de vie qui a affecté la plupart des pays au sud du Sahara au cours des années 1980 et 1990, renversant ainsi la tendance à la hausse pratiquement partout aux lendemains des indépendances. Dans les travaux utilisant les DALYs (Disability-Adjusted Life Year : le nombre d'années de vie avec un potentiel de santé parfaite perdue du fait d'une mort prématurée ou d'un handicap), on estime que dans les années 1990, l'Afrique subsaharienne perdait 544 DALYs pour 1 000 habitants (soit deux fois plus que l'Inde, la partie du monde venant juste avant elle). Les DALYs offrent de nouvelles possibilités de lecture comparative des états de santé (en particulier des conséquences des maladies et des troubles de santé) entre pays ou régions du monde. Cependant, si l'analyse des DALYs permet de voir une faille épidémiologique et sanitaire entre l'Afrique et le monde industrialisé, elle ne semble pas être à même, à elle seule, de mettre en relief les facteurs contextuels et les dynamiques culturelles, politiques et sociales ainsi que les approches et paradigmes dans lesquels se reproduisent les mécanismes d'exclusion et d'inégalités qui alimentent les problèmes de santé.

L'analyse des problèmes de santé en Afrique suppose des approches holistiques dont on peut trouver quelques tentatives dans les travaux de Steven Feierman et John M. Janzen (1992), lesquels s'avèrent particulièrement intéressants en ce qu'ils replacent la santé et la guérison en Afrique dans le cadre élargi des sociétés et des cultures en changement. Selon eux, les changements dans la santé et la maladie ne peuvent être compris en dehors des changements dans l'agriculture, l'organisation domestique, la politique, l'émigration et autres facteurs sociopolitiques. Ils considèrent que le passé colonial et post-colonial de l'Afrique est chargé de problèmes économiques, démographiques et politiques qui ne sont pas sans effet sur la situation sanitaire actuelle. En outre, plusieurs

## Santé, société et politique en Afrique

travaux anthropologiques ont mis en évidence des constructions sociales de la maladie et de la santé en Afrique (Zempleni 1966, Fassin 1992, Janzen 1978) qu'il faudrait nécessairement intégrer dans la construction des réponses aux problèmes de santé. Les travaux de Collins O. Airhihenbuwa (1995) peuvent aussi être considérés comme fondateurs de rupture créatrice dans la mesure où ils dégagent la perspective d'un dépassement du paradigme médical occidental par une prise en compte des concepts de la médecine traditionnelle africaine et de la construction culturelle de la santé.

Le présent texte cherche à mettre en relief les relations entre la santé, les sociétés et la politique par l'analyse des cadres conceptuels et des contextes socioéconomiques, politiques et environnementaux dans lesquels se reproduisent les problèmes de santé et se construisent les politiques pour y répondre. Il comprend une présentation sommaire de la situation sanitaire en Afrique, une analyse des définitions de la santé, des approches en matière de recherche et d'intervention et enfin une analyse des déterminants écologiques, socioéconomiques et politiques des problèmes de santé.



## 2. Situation sanitaire

---

### **Maladies oubliées et maladies émergentes**

Une revue de la littérature sur les problèmes de santé en Afrique peut permettre, dans un regroupement sommaire, de classer les problèmes de santé suivant l'attention qu'ils suscitent auprès des politiques, de la recherche et des communautés. Si on suit cette logique, on pourrait classer les maladies selon une typologie qui regroupe dans des catégories distinctes les maladies oubliées, négligées ou ignorées, les maladies émergentes, les épidémies silencieuses ou invisibles. Mais l'analyse des problèmes de santé ne se limitant pas aux seuls aspects médicaux et épidémiologiques, il est également nécessaire de mener une réflexion sur les manières dont sont construites les maladies, notamment sur la stigmatisation associée à certaines d'entre elles.

On peut facilement trouver dans la littérature, l'idée que l'Afrique est un vaste ensemble de maladies infectieuses. Les pathologies infectieuses (en particulier le paludisme, la tuberculose, les maladies de nos jours appelées « Maladies Sexuellement Transmissibles » (MST) et les problèmes de santé maternelle et infantile, qui représentaient des défis majeurs de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au moment de sa création en 1948, ont connu, au cours de ces dernières décennies, un regain de virulence et de prévalence dans plusieurs pays en développement, en Afrique en particulier (Brunham et Ronald 1991). Selon les statistiques de 1990, 16,5 millions des 17,3 millions de décès ayant pour cause des maladies infectieuses, des problèmes de santé maternelle et néonatale ou des déficiences nutritionnelles étaient recensés dans les pays en développement. Le poids des maladies transmissibles en Afrique au sud du Sahara est de deux à trois fois plus élevé qu'il ne l'est dans le reste des pays en développement (Castro-Leal *et al.* 1999).

Au cours de ces dernières décennies, la prévalence du paludisme en Afrique subsaharienne a sûrement été la plus élevée de son histoire. Le paludisme est une des maladies transmissibles les plus dévastatrices pour cette partie du con-



minent : elle concentre à elle seule environ 90 % des décès dus au paludisme dans le monde (Global Forum for Health Research 2003). Les jeunes, les enfants et les femmes (en particulier les femmes enceintes) sont les plus sévèrement touchés. Un enfant meurt du paludisme toutes les trente secondes. Le paludisme a un poids considérable sur la qualité de vie des individus et des familles et sur les conditions économiques aux plans domestique, communautaire et national. La Banque mondiale estime que dans les pays africains les plus touchés, le paludisme a pour conséquence une réduction de la croissance économique de 1,3 %.

Le paludisme, comme la plupart des maladies infectieuses qui ont connu un net déclin dans les pays industrialisés (lèpre, cholera, tuberculose), apparaît comme typique des maladies « oubliées » de la recherche et de son financement à l'échelle internationale. Selon le Global Forum for Health Research (2003), une proportion dérisoire de 1/10e des dépenses en matière de recherche sur la santé est allouée à 90 % des problèmes de santé du monde ; ces problèmes étant ceux concernant plus particulièrement les pathologies infectieuses dans les pays en développement :

«Global spending on health research by both the public and private sectors amounts to about US \$ 56 billion per year (1992 estimate). However, less than 10 % of this is devoted to 90 % of the world health problems — a misallocation often referred to as «the 10/90 gap». For example, it is estimated that pneumonia, diarrhoea, tuberculosis and malaria, which together account for more than 20 % of the disease burden in the world, receive less than 1 % of the total public and private funds devoted to health research».

La résurgence des pathologies infectieuses a lieu alors que, dans le même temps, les antibiothérapies deviennent de plus en plus inefficaces du fait des phénomènes de résistance. L'Afrique est aussi confrontée à de nouvelles menaces émanant d'une trentaine de virus tous aussi dévastateurs que le VIH ou le virus Ebola (Poku et Whiteside 2002). Ces nouvelles menaces restent cependant l'objet de très peu d'études. Les rares travaux les concernant s'intéressent surtout aux aspects cliniques et biologiques, ignorant presque totalement les facteurs socioculturels de vulnérabilité et les éventuels impacts sur les sociétés.

Le VIH/Sida est certainement l'épidémie qui a le plus sévèrement touché l'Afrique au cours de ces deux dernières décennies. Selon ONUSIDA (2004), l'Afrique subsaharienne compte à elle seule près de 70 % des personnes vivant avec le VIH, alors que sa population représente à peine 10 % de la population mondiale. On estime que sur les 4,8 millions de personnes nouvellement infectées en 2003, 3 millions vivent en Afrique. Sur les 2,9 millions de décès survenus

en 2003, l'Afrique en compte 2,2 millions, 12 500 000 des 15 700 000 femmes de 15 à 49 ans vivant avec le VIH sont en Afrique. L'Afrique compte également plus de 80 % des enfants infectés et 90 % des décès pédiatriques dus au SIDA.

De manière globale, les statistiques sur l'Afrique au sud du Sahara indiquent une progression exponentielle du VIH depuis l'apparition de la pandémie. Mais une analyse plus fine montre des reculs dans diverses parties du continent. Ainsi, l'Ouganda enregistre depuis la seconde moitié des années 1990, une baisse continue des taux de prévalence beaucoup plus sensibles chez les jeunes. En Afrique du Sud, le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de moins de 20 ans est passé de 21 % en 1998 à 15,4 % en 2001. Le même phénomène a été enregistré parmi les jeunes femmes de 15 à 24 ans en consultation prénatale des quartiers pauvres d'Addis-Abeba (Éthiopie) où la prévalence a baissé de 24,2 % en 1995 à 15,1 % en 2000 (Meda *et al.* 1999). Des pays comme le Sénégal et le Mali continuent à enregistrer des taux de prévalence relativement faibles et stables (ONUSIDA 2004).

Mais quels que soient les profils et les tendances épidémiologiques, bien qu'il y ait peu d'études sur la question, les impacts du VIH sur les économies et les sociétés africaines paraissent très profonds. L'espérance de vie a diminué dans les pays les plus sévèrement touchés alors qu'elle était en évolution constante avant la pandémie. Pour des pays comme le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe, les prévisions estiment que l'espérance de vie pour les personnes qui naîtront dans la prochaine décennie descendra à moins de 35 ans (UN Population division 2003, cité par UNAIDS 2004).

Par ailleurs, les impacts sur les enfants constituent une des formes les plus graves de la crise du sida en Afrique. En plus des forts taux de morbidité et de mortalité dus, 12,3 millions d'enfants ont déjà perdu un ou les deux parents du fait du sida (UNAIDS, UNICEF, USAID 2004). Dans certaines zones, la structure démographique et sociale des unités domestiques change avec de plus en plus de familles prises en charge par des enfants ou par des grands-parents (Guest 2001). Des études révèlent que suite au décès d'un ou des deux parents, les orphelins ont moins de probabilités de fréquenter l'école, et que ceux qui sont toutefois scolarisés y restent moins longtemps (World Bank 1997). Les études sur les enfants n'abordent que très peu les questions relatives aux impacts sur les processus de socialisation, sur les systèmes traditionnels de prise en charge des enfants en situation difficile ou l'impact des contextes politique et économique sur ces systèmes.

Les études sur les impacts du VIH sur les systèmes éducatifs sont aussi relativement rares, mais là où elles ont été faites, elles montrent que l'épidémie a assurément de terribles effets sur les eux et sur la scolarisation en Afrique. On

estime que pour des pays comme la Zambie, le Swaziland et le Zimbabwe, le nombre projeté d'enfants allant à l'école primaire en 2010 sera de 20 % inférieur à celui qu'il est dans le scénario sans le sida. Mais, le sida affecte aussi l'offre d'éducation. Le nombre d'enseignants morts de cette pandémie est très élevé et documenté en Côte d'Ivoire, en Zambie et au Kenya. Dans une province du Kenya, chaque mois vingt à trente enseignants meurent du sida à chaque mois (ONUSIDA, Banque mondiale 2001). La qualité de l'éducation est détériorée par des facteurs tels que l'absentéisme des enseignants, l'absentéisme des élèves, la baisse du moral des professeurs, les traumatismes associés à la survenue répétée de deuils, l'angoisse liée au sentiment d'insécurité et d'absence de continuité, la tristesse et la peur de la stigmatisation (Kelly 2001).

Sur le plan économique, des études révèlent que le VIH/Sida a des impacts négatifs dans le domaine agricole ; il entraîne notamment une baisse de la productivité, un abandon de certaines cultures, une diminution des surfaces cultivées et une réduction de la main d'œuvre pouvant aller jusqu'à - 26 % pour la Namibie et 23 % pour le Botswana et le Zimbabwe (World Food Programme 2004). Une étude réalisée en Namibie par l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) conclut à un impact considérable sur le bétail avec une forte différence selon les sexes : les ménages gérés par des femmes et des enfants perdent généralement leur bétail, ce qui met en péril la sécurité alimentaire des membres de la famille. Dans les entreprises, plusieurs études sectorielles mettent en évidence une hausse marquée de l'absentéisme (8 000 jours de travail perdus pour cause de maladie entre 1995 et 1997 dans une entreprise au Kenya), une baisse de la productivité (- 50 % de sucre extrait de la canne entre 1994 et 1997), une augmentation des coûts des heures supplémentaires payées aux travailleurs qui doivent remplacer leurs collègues malades et une hausse du coût des avantages sociaux due aux enterrements et aux frais médicaux (ONUSIDA, Banque mondiale 2001)

Le VIH/Sida apparaît donc comme une menace pour les économies africaines dans leur globalité ; des études estiment qu'en Afrique la croissance du revenu par habitant a été réduite de 0,7 % par an environ. Le revenu par habitant aurait progressé au rythme de 1,1 % par an, soit près de trois fois le taux moyen annuel de 0,4 % obtenu entre 1990 et 1997 (World bank 2000). Selon des modèles économétriques appliqués à l'économie sud-africaine, d'ici à 2010, le PIB sera globalement de 17 % inférieur et le revenu moyen par habitant de 7 à 10 % inférieur aux niveaux qu'ils auraient atteints en l'absence de l'épidémie (Arndt et Lewis 2000).

En relation directe avec l'épidémie du VIH/Sida, on assiste à une recrudescence des cas de tuberculose. Actuellement, on estime qu'un tiers des cas de

Cheikh Ibrahima Niang

tuberculose sont attribués au VIH (OMS, 2006). Le VIH atteint les défenses immunitaires des personnes infectées et les rend plus vulnérables aux infections opportunistes dont celle-ci. L'infection au VIH favorise l'apparition de cette maladie évolutive aussi bien chez les individus récemment infectés par le bacille tuberculeux que chez ceux qui ont une infection latente. Selon les spécialistes, chez une personne infectée à la fois par le VIH et par M. Tuberculosis, le risque annuel de tuberculose oscille entre 5 et 15 %. Le VIH accroît également le taux de récurrence de la tuberculose (OMS 2006). Mais dans un contexte de forte prévalence du VIH, la prévalence de la tuberculose n'est pas seulement en augmentation chez les personnes vivant avec le VIH, elle l'est aussi chez les autres personnes, en particulier les enfants qui se trouvent de plus en plus exposés (OMS 2006). La Banque mondiale estime que dans les années à venir, 25 % des décès de la tuberculose sur des personnes séronégatives seront liés au VIH (UNAIDS 2000). Ainsi l'Afrique est la seule partie du monde où le nombre de nouveaux cas de tuberculose a augmenté au cours de ces dernières années. Cependant, le nombre d'études consacrées aux aspects sociaux de la tuberculose (ou des autres infections opportunistes du sida) est encore très limité ; dans la plupart des cas, il s'agit de thèses de Doctorat de médecine.

### **Crises silencieuses**

L'Afrique connaît aussi des crises sanitaires que l'on pourrait qualifier de « silencieuses » en ce sens qu'elles ne sont pas l'objet de vastes couvertures médiatiques, de recherches internationales poussées ou de mobilisations soutenues et massives sur les plans politique et financier. On peut citer parmi ces crises la mortalité maternelle qui n'a pas d'écho non seulement au niveau international, mais également souvent au sein des communautés africaines où il y a généralement une sorte de construction sociale du silence autour de la mort d'une femme en couche.

La recherche sociale en Afrique n'a encore qu'insuffisamment investi les domaines de la santé de la reproduction, alors que l'Afrique compte plus de la moitié des cas de mortalité maternelle dans le monde (OMS 2006). Certains pays ont des taux de mortalité maternelle de plus de 500 pour 100 000 naissances vivantes, avec des chiffres supérieurs à 1 000 dans certaines régions de pays tels que l'Angola, la Guinée, le Sénégal, le Mozambique, l'Ouganda ou le Burkina Faso. Les facteurs généralement associés à cette mortalité sont la déficience nutritionnelle, la prévalence de maladies contagieuses, les maladies cardiovasculaires, les conséquences des avortements, l'insuffisance des visites prénatales et la fréquence des accouchements non assistés par un personnel

médical. Les complications liées aux avortements provoqués (le plus souvent clandestins) sont la cause de 40 % à 54 % des cas de mortalité maternelle dans plusieurs pays africains. Les études sont encore rares sur les dynamiques sociales, les concepts et les facteurs économiques en jeu dans la gestion de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Sur un autre plan, l'Afrique enregistrerait en 2000, 43 % des décès des enfants de moins de 5 ans dans le monde, alors qu'en 1960 elle en concentrait que 14 %. Dans certains pays, notamment ceux affectés par la guerre, plus de 200 enfants pour mille meurent avant l'âge de 5 ans. Dans plusieurs pays africains, la tendance à la baisse de la mortalité infantile qui avait été observée dans les années 1960 et 1970 a été inversée dans les années 1980 et 1990, surtout du fait du VIH/Sida (African Union 2004). Des études mettent en évidence le rôle de la malnutrition dans la mortalité infantile. On estime que 25 % des décès des enfants de 1 à 4 ans seraient liés à des formes de malnutrition (Morley 1973). La malnutrition se trouve par ailleurs souvent associée à la susceptibilité à des infections qui augmentent les taux de mortalité infantile (Scrimshaw et Behar 1976). L'état nutritionnel de la mère apparaît également comme ayant des effets sur le poids de l'enfant à la naissance, sur l'accouchement et sur les chances de survie de l'enfant (Thompson 1963 ; Naeye 1973).

Dans le registre des crises silencieuses, on peut aussi citer les problèmes de santé associés aux formes de violence généralement subies par les femmes et par les enfants. Ces problèmes demeurent encore très peu documentés. Les problèmes de santé résultant des situations de violence peuvent être abordés en référence aux types de violence (guerres et conflits armés, troubles politiques, violences de la rue, violences domestiques, viols, tortures, violences faites aux femmes et aux enfants). Les conséquences de ces formes de violence peuvent être directes (les mutilations, la mort, les blessures et les atteintes à l'intégrité physique) ou indirectes (la dégradation de l'environnement) et favorisent l'exposition à la maladie ou réduisent l'accès aux soins et à la prévention (Swiss *et al.* 1998 ; Médecins sans frontières 1996).

On dispose également de très peu d'études sur les handicaps dans la littérature en sciences sociales en Afrique alors que le Réseau d'information des Nations unies (United Nations Population Information Network) estime que sur les 50 millions des 800 millions de personnes vivant en Afrique souffrent d'une forme de handicap. Seuls 2 % d'entre elles ont accès à des structures de réhabilitation spécifiques. Par ailleurs, 90 % des enfants souffrant d'un handicap mental meurent avant l'âge de 5 ans et la plupart des adultes vivent dans la pauvreté et le manque d'emploi. Il y a des relations étroites entre la prévalence des handicaps et les contextes de guerres ou de violences politiques : les Nations unies

Cheikh Ibrahima Niang

estiment à 4 millions, le nombre de mines enfouies dans onze pays africains. L'état de pauvreté nutritionnelle, la prévalence de maladies infectieuses et la faible couverture vaccinale sont aussi des facteurs généralement associés à cette prévalence.

Par ailleurs, en Afrique comme dans les autres pays en développement, les études sur la mortalité et la morbidité associées aux situations accidentelles (accidents de la route, chutes, incendies, noyades, effondrements de bâtiments) sont aussi très rares et très peu systématisées alors qu'on estime que 85 % des décès sur la route ont lieu dans ces pays. Les catastrophes écologiques (inondations, tremblements de terre, sécheresses, éruptions volcaniques, accidents écologiques telles que les explosions d'usines, de pipelines ou les émanations de gaz toxiques entraînent des problèmes de santé qui se trouvent eux aussi très peu documentés. Des études montrent que les chutes graves, les blessures accidentelles, les traumatismes et les brûlures chez les enfants touchent plus fréquemment les pauvres. En Afrique du Sud, ils sont la première cause de mortalité chez les enfants âgés d'1 an ou plus.

### **Épidémies invisibles**

La littérature en sciences sociale est très pauvre en ce qui concerne les maladies non transmissibles. Il s'agit d'épidémies non visibles en Afrique et dans les pays en développement. Les maladies non transmissibles apparaissent même dans les représentations habituelles comme étant des « maladies de riches » (Marmot et Mustard 1996). Cependant, l'étude sur le poids global de la maladie (Global Burden of Disease) conclut à une augmentation des maladies cardiovasculaires dans les pays en développement. La part de ces maladies dans l'ensemble des décès a tendance à s'élever avec la caractéristique que dans les pays en développement, contrairement aux pays riches, la plupart des décès surviennent avant 70 ans. Aussi, des études sectorielles réalisées dans certains hôpitaux en Afrique mettent en relief des prévalences élevées du diabète, d'accidents cardiovasculaires ou de cancers. Les cancers du col de l'utérus ou du sein sont très peu documentés aussi bien en ce qui concerne leur prévalence que leur poids économique et social.

Dans le même ordre d'idées, on note que si dans les pays industrialisés, les maladies mentales (définies comme désordre mental caractérisé par des altérations de la pensée, des humeurs ou de comportement) constituent de nos jours un sujet principal d'études ; en Afrique, ces maladies et les troubles du comportement ont très peu été étudiés. En 1989, une revue de la littérature sur la psychiatrie en Afrique a trouvé moins de cent références et aucune d'elles ne portait

spécifiquement sur les femmes (Turshen 2000). Dans un autre texte, Doudou Sarr *et al.* (1997) indiquent qu'il y a un silence assez révélateur des archives officielles sur les problèmes de santé mentale dans l'ancienne Afrique occidentale française. Le malade mental ne faisait l'objet d'une attention que lorsqu'il constituait un trouble à l'ordre public colonial et, dans ce cas, la réponse la plus fréquente était celle de l'internement dans des établissements spéciaux ou tout simplement dans les prisons (Sarr *et al.* 1997).

Cependant, quelques études sectorielles suggèrent des prévalences élevées de maladies relevant de la neuropsychiatrie (Ndour *et al.* 2003). L'épilepsie est une des maladies neurologiques les plus fréquentes à travers le monde. Des travaux indiquent une prévalence de 8 % au Sénégal (Ndiaye *et al.* 1986). Dans les pays industrialisés, 80 % des personnes souffrant d'épilepsie sont sous traitement et bénéficient d'un suivi médical qui améliore leur qualité de vie alors que dans les pays en développement, on estime que 85 % des personnes vivant avec des crises d'épilepsie ne bénéficient d'aucune assistance médicale.

Par ailleurs, la toxicomanie ne semble pas être l'objet d'une grande attention dans les études sur la santé en Afrique. De manière globale, l'ONUDC (Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime) estime qu'environ 205 millions d'individus consomment de la drogue ou des substances illicites dont la plus répandue est le cannabis suivie par les amphétamines, la cocaïne et les opiums. L'ONUDC estime que 3,5 % des personnes âgées de 15 ans ou plus ont au moins une fois consommé du cannabis dans l'année au cours de la période 1998-2001. Le poids global de la maladie (GDB) de toutes les substances psychoactives est de 8,9 % en termes de DALYs. Selon les statistiques de la Banque mondiale, si en 1990 sur trois décès imputables au tabac deux avaient eu lieu soit dans les pays à revenu élevé, soit dans les anciens pays socialistes, en 2030 sept décès sur dix frapperont les pays à revenu faible et intermédiaire, dont ceux d'Afrique subsaharienne. Seules quelques études ponctuelles signalent les prévalences de consommation d'alcool, de drogue ou de tabac dans cette région du monde, notamment chez les jeunes et les adolescents (Boye 2003).

Les problèmes de santé liés à la pollution atmosphérique ou à la pollution domestique ne sont pas encore l'objet d'une attention soutenue bien que le lien soit établi entre la pollution atmosphérique et les problèmes respiratoires et maladies pulmonaires chez les enfants (Colley et Brassier 1980 ; Dassen *et al.* 1986 ; Goren et Hellmann 1988). Kirk R. Smith a montré, dans des études faites dans des pays en développement, qu'une femme pouvait inhaler une grande quantité d'oxyde de carbone et l'équivalent en substances dangereuses de plusieurs paquets de cigarettes par jour simplement en respirant la fumée provenant de la combustion des essences liquides dans des espaces de cuisine généralement

mal aérés. Les conséquences sur la santé des femmes, des nourrissons et des petites filles ont été analysées dans certains travaux qui mettent en évidence des infections respiratoires, plusieurs formes de cancer, des maladies des yeux et probablement la tuberculose. Quelques rares études en Afrique (par exemple au Nigeria) montrent un nombre élevé d'enfants souffrant de bronchite capillaire ou de broncho-pneumonie à la suite d'une exposition prolongée à la fumée de combustion du bois de chauffage au moment où les mères les portent en même temps qu'elles s'occupent de la cuisine ou du feu (OMS 1984 ; Smith 1987).

L'Afrique est aussi sous la menace de graves problèmes de santé résultant de la dégradation de l'environnement au niveau mondial. Les émissions de chlorofluorocarbures (CFC) et autres gaz tels que le halon, le tétrachlorure de carbone et le méthylchloroforme sont responsables d'un appauvrissement de la couche d'ozone qui n'est pas sans conséquence sur la santé (risque de certains cancers, cataractes et affaiblissement du système immunitaire). Le réchauffement de la planète pourrait favoriser l'apparition de maladies graves et d'agents infectieux plus résistants. On s'attend à des modifications au sein des espèces végétales et animales susceptibles de transformer les relations entre les parasites, les vecteurs et leurs hôtes. Des modifications des systèmes agricoles sont également envisagées, ce qui entraînerait une augmentation de l'utilisation des pesticides qui ne sont pas sans danger pour la santé humaine et animale. L'Afrique utilise d'ors et déjà certains de ces pesticides, par exemple le DDT, fabriqués dans des pays industrialisés mais qui y sont interdits. Les contextes sociaux et politiques dans lesquels se reproduisent les problèmes d'environnement n'ont pas encore été l'objet d'études systématiques en ce qui concerne l'Afrique.

### **Crises dans les construits sociaux de la maladie**

La stigmatisation de certaines maladies est apparue comme un problème affectant les questions de santé. Elle réduit en effet l'accès aux ressources, aux traitements et aux opportunités et conduit à une faible estime de soi pouvant affecter les capacités de prévention ou de prise en charge. S'agissant du VIH, Jonathan Mann, l'ancien responsable du Programme mondiale sur le sida de l'OMS, disait de la stigmatisation qu'elle était la troisième épidémie du sida. La première épidémie étant celle silencieuse et imperceptible de l'infection au Sida et la deuxième, celle de maladies liées au VIH et apparaissant plus tard (Mann 1987).

Erwing Goffman (1986) avait effectué des travaux pionniers sur la stigmatisation en rapport avec la maladie mentale, la déformation physique et le comportement considéré comme déviant, en considérant la stigmatisation comme le fait de porter ou de faire porter un stigmate. Le stigmate est un attribut considéré

comme source de pollution. Cette question renvoie à la construction de la normalité. Il montre qu'en regardant les autres (ceux qui sont stigmatisés) à travers un jugement négatif, l'individu ou le groupe se conforte dans sa propre normalité, laquelle légitime la dévaluation de l'autre. Il avait décrit trois sources principales de stigmatisme: l'anormalité physique (caractérisée par la difformité), la transgression morale et le fait d'appartenir à un groupe social méprisé, dans ce dernier cas le stigmatisme se transmet donc à travers des générations de membres.

Les travaux sur la stigmatisation associée à la maladie remontent surtout aux années 1960 et sont essentiellement marqués par le contexte culturel occidental. Ceux sur la stigmatisation associée au sida en Afrique soulèvent souvent la question de l'absence du mot « stigmatisation » dans les langues africaines. Avec le sida, Peter Aggleton et Richard Parker (2003) développent l'idée que les deux premières sources citées par Erving Goffman (anormalité physique et transgression morale) ne viennent en fait que renforcer la source principale qui est l'appartenance à un groupe méprisé. Ainsi, la question de la stigmatisation se pose en relation avec les rapports de pouvoir et le contrôle social.

Très peu d'études ont été faites sur la stigmatisation de la maladie dans les contextes culturels africains. Celles qui existent portent essentiellement sur le VIH/Sida. On retrouve dans les travaux de Abdoulaye Bara Diop (1981) une analyse des conduites de dévalorisation, d'évitement et de réduction des relations sociales qui si elles s'appliquent à la stigmatisation et aux discriminations dans les systèmes de castes n'en présentent pas moins des similitudes avec la stigmatisation liée à la maladie. Des recherches sur les modes et mécanismes de stigmatisation sociale aideraient à combler le vide actuel des définitions de la stigmatisation du VIH en Afrique. Une réflexion sur les replis identitaires traditionnels en cas de maladie stigmatisante pourrait aussi aider à situer les réseaux de solidarité.



## 3. Crises des approches et définitions

---

La crise de la santé est aussi celle des théories et modèles de changement de comportements en matière de santé qui se sont avérés limités quant à leur capacité d'intégrer les variables contextuelles africaines et la complexité des processus de prise de décision concernant la santé. Les systèmes de santé en Afrique portent encore le lourd héritage des paradigmes et des rapports politiques dans lesquels s'est construite la médecine coloniale.

### **Gap des définitions**

En 1946, seul un seul pays africain (l'Égypte) participait aux travaux préparatoires devant aboutir à la définition de la santé par l'OMS. L'essentiel des participants provenaient des anciennes puissances coloniales, des États-Unis et de l'ex-Union soviétique. De nos jours encore, l'Afrique est marginalisée dans la réflexion théorique et opérationnelle sur la santé. Une analyse des productions intellectuelles dans lesquelles sont construites les visions globales des problèmes de santé laisse apparaître le fait qu'elles intègrent très peu de discours émanant du continent.

Or, il existe plusieurs travaux sur la médecine en Afrique. Une tradition ancrée par Cheikh Anta Diop qui a étudié les inventions et découvertes médicales que l'Afrique, à travers l'Égypte ancienne, a légué à la médecine grecque présentée comme fondatrice de la tradition médicale occidentale (Anta Diop 1981). Les connaissances techniques et les performances des médecines traditionnelles africaines ont été l'objet de travaux (Finch 1990 ; Airhihenbuwa 1995) ainsi que la référence à la société ou à la communauté comme champ d'investigation nosologique et comme lieu de recréation des conditions de résolution du problème de santé (Zemplini 1966). Les enjeux politiques des problèmes de santé ont été abordés dans certains travaux (Fassin 1992).

Cependant, ces travaux ne donnent pas de manière spécifique des définitions complètes de la santé en Afrique. Une analyse des principaux concepts



permet néanmoins de se faire une idée sur la manière dont la santé est représentée. Ainsi, dans la langue wolof, on peut trouver deux concepts majeurs qui renvoient à l'idée de santé. Le premier a une connotation nettement systémique. Il s'adresse à plusieurs objets qui sont interreliés et qui s'emboîtent l'un dans l'autre. Le terme *jamm* est utilisé pour désigner un état d'harmonie que vit l'individu, on parle de *jammu yaram*, littéralement la paix au sens d'harmonie du corps. Mais le corps n'est pas séparé de l'esprit, du psychisme et du mental, au contraire, il constitue l'enveloppe dans laquelle ils devraient vivre en harmonie. Pour parler de troubles, que la médecine occidentale qualifierait de psychiques, les Wolof parleraient d'un corps troublé qui aurait perdu son harmonie interne. Le terme *jamm* s'applique également à la famille, à la parentèle, à la communauté et aux identités sociales ou culturelles vivaces. Ce niveau collectif est troublé quand certains de leurs membres ou ces entités ne sont pas liés par des relations harmonieuses ; la guerre, la violence, les relations conflictuelles étant en quelque sorte l'opposé de ce *jamm*. Ce terme désigne également les relations harmonieuses censées exister entre l'individu et son milieu naturel : les accidents écologiques et les perturbations de l'environnement sont considérés comme des ruptures de l'harmonie dans ces relations. Par ailleurs, cet état d'harmonie a une dimension spirituelle et religieuse dans la mesure où il est recherché dans toutes les relations constitutives du surnaturel et du sacré. La santé se réfère simultanément à l'harmonie interne du corps, à celle de la famille, de la parentèle et de la communauté.

Le second terme utilisé pour traduire l'idée de santé est *wërr*. Ce concept a plutôt une connotation individuelle, il concerne la personne ou un de ses organes ou une de ses fonctions biologiques. *Wërr* renvoie à l'idée de guérison, il désigne à la fois le fait d'être guéri et celui de ne souffrir d'aucune maladie ou infirmité. Sous cet angle, il se distingue du terme *tanne* qui signifie aller mieux ou être dans le processus de guérison. Le terme *wërr* sous-entend l'importance d'avoir accès aux soins pour «traverser » ou vaincre la maladie. Une seconde connotation de ce terme renvoie à l'idée d'invulnérabilité (*Dara xoci wuko*). Il donne l'idée d'un « blindage » (*wërr pëh*). Il s'agit là de chercher à renforcer les capacités individuelles pour accumuler une puissance qui réduise la vulnérabilité. Le terme s'applique aussi bien à la santé physique que psychique. *Wëer* est considéré comme une des conditions premières à l'accomplissement des aspirations individuelles, rien de durable ne peut se faire sans lui. Il constitue une ressource qui autorise l'espoir et entre dans le concept plus englobant de *jamm*. L'harmonie aux plans individuel, familial, communautaire et cosmologique est considérée comme étant le cadre de base dans lequel peut se construire tout projet d'épanouissement individuel.

À la différence des définitions africaines où l'idée d'harmonie systémique prend une place importante dans la définition de la santé, on retrouve celle de capacité de réaction dans des définitions proposées par des auteurs occidentaux. Ainsi, Frederick L. Dunn et Graig R. Janes définissent la santé comme « la capacité de l'individu (du groupe ou de la société) de bénéficier de l'expérience pour répondre aux atteintes physiques, biologiques, sociales ou psychologiques ». La santé est conçue comme une capacité d'apprentissage et d'adaptation qui reflète les caractéristiques personnelles articulées à tout ce qui a été appris (y compris au plan de l'immunologie). Dans cette optique, toute forme de santé affectée reflète à un degré ou à un autre une limitation de la capacité à réagir ou à apprendre (Janes *et al.* 1986:30). Cette définition n'est cependant pas prédominante dans les systèmes de santé occidentaux comme le montrent les enquêtes effectuées dans les pays industrialisés sur la manière dont le public et les professionnels de santé définissent la santé. Elles mettent en effet en relief des définitions qui soulignent l'absence de maladie, d'infirmité ou de malaise (Herzlich 1973 ; D'Houtaud 1989). Ces définitions paraissent perpétuer ce que Myron Echenberg (2002) appelle le paradigme cartésien de la médecine clinique qui prend comme objet la physiologie individuelle du corps humain à l'exclusion du corps politique et social.

Les approches de santé qui ont servi de modèle et d'armature théorique aux systèmes officiels de santé coloniaux ou post-coloniaux se sont souvent développées en excluant les paradigmes et les constructions sociales de la santé reproduits dans l'histoire et dans la vie des communautés africaines. Selon Korrie De Koning et Marlon Martin, ce n'est que récemment que l'on a assisté à un début de reconnaissance de la distance conceptuelle entre la santé officielle et la communauté : « There is an increasing recognition of the gap between the concepts and models professionals use to understand and interpret reality and the concepts and perspectives of different groups in the community. The biomedical interpretation and understanding of diseases, supported by studies carried out in laboratories, is in many cases different from the understanding embedded in a local culture and history » (1996:1).

L'organisation mondiale de la santé (OMS), quant à elle, définit la santé comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'une infirmité ». Ainsi, elle met en exergue une vision holistique qui englobe les dimensions plurielles physiques, mentales et sociales.

Cependant, bien que la notion de bien-être occupe une place importante dans la définition de l'OMS, celle-ci ne la définit pas. Dans le dictionnaire de la langue française, le bien-être est défini comme étant une disposition agréable du

corps ou de l'esprit ou comme étant une situation qui permet de satisfaire l'ensemble des besoins matériels. Dans la pensée économique néolibérale, le sens et la mesure du bien-être sont laissés à l'appréciation de l'individu qui, lui-même, est considéré comme suivant un comportement rationnel. L'individualisme, tant au niveau conceptuel que méthodologique, occupe une place importante dans la production de la pensée scientifique en Occident (Von Hayek, Popper, Boudon). Sur le plan des doctrines et courants politiques ou économiques, l'individualisme est généralement associé au libéralisme.

Enfin, la définition de l'OMS, bien qu'elle semble transcender la vision réductrice qui considère la santé comme une simple absence de maladie ou d'infirmité, n'en est pas moins liée aux paradigmes occidentaux prévalant au moment de sa création. Toujours est-il que les aspects liés à sa vision holistique ne semblent pas avoir influencé de manière substantielle les systèmes de santé officielle en Afrique. Ceux-ci semblent surtout, sur de nombreux aspects essentiels, reproduire l'héritage de la médecine coloniale.

### *Héritage de la médecine coloniale*

Peu d'études ont analysé les relations entre les problèmes sanitaires actuels en Afrique et la reconduction sans critiques soutenues de la médecine coloniale dans les systèmes de santé. La médecine coloniale semble avoir été en opposition radicale avec l'un des paradigmes les plus fondamentaux de la médecine traditionnelle africaine : l'établissement de relations causales entre d'une part la maladie, le trouble ou la douleur vécus par l'individu et, d'autre part, les dysfonctionnements des relations harmoniques entre membres du groupe (famille, lignage, communauté) ou la perturbation des relations entre groupes ou avec les éléments naturels, cosmiques ou surnaturels. La médecine coloniale repose également sur des bases axiologiques qui paraissent différentes de celles de la médecine traditionnelle africaine. Cependant la réflexion sur les paradigmes épistémologiques et éthiques de la médecine ne figure pas dans les agendas des facultés de médecine africaines de sorte que les nouveaux docteurs en médecine continuent de prêter uniquement le serment d'Hippocrate ignorant tout de la continuité liant l'histoire de la thérapie et les philosophies et cultures de la guérison et de la santé en Afrique.

Frantz Fanon donne une clef d'explication des oppositions entre les deux types par son analyse des contradictions entre la médecine coloniale et les sociétés et communautés locales. Selon lui, la médecine coloniale exprimait les valeurs du groupe dominant (celui des colonisateurs) et servait les intérêts du système colonial (Fanon 1965) alors que les médecines traditionnelles afri-

caines procèdent de logiques sociales différentes. Philip Curtin (1985) a montré que les politiques de santé publique étaient en interaction inextricable avec les idéologies de la race et des relations raciales. Dans la plupart des villes coloniales, la ségrégation raciale était considérée comme un moyen de préserver la santé des Blancs. De manière plus précise, Maynard Swanson (1977) montre que les relations entre la maladie et la ségrégation dans les espaces résidentiels urbains sont marquées par le « syndrome sanitaire ».

Le syndrome sanitaire renvoie à des sentiments de crainte de contamination associés à une représentation de la maladie considérée comme essentiellement causée par des agents pathogènes proliférant dans les espaces résidentiels habités par les non-Européens. Cet argument a été évoqué pour justifier l'avènement des politiques de discrimination dans l'habitat appliquées aussi bien dans les principales villes d'Afrique du Sud (à partir du XIXe siècle) qu'à Dakar (lors de sa fondation en 1857 et lors de l'épidémie de peste bubonique en 1914) ou dans les métropoles des colonies françaises, anglaises et portugaises d'Afrique (Echenberg 2002).

Philip Curtin a montré, dans le cas de l'Afrique du Sud, que le racisme colonial a développé le mythe de « l'autochtone malade » et l'a utilisé dans son argument pour séparer les unités résidentielles des Noirs et des Blancs. Mais cette séparation se basait aussi sur des rapports d'inégalité ; les unités résidentielles des Noirs étaient manifestement moins pourvues en termes d'accès à l'eau potable, au système d'égout, au système médical ou à l'infrastructure de santé. En confinant les Africains dans de tels espaces, on a augmenté le risque de contracter les maladies transmissibles (Curtin 1985). Les arguments sanitaires étaient utilisés pour rendre légalement inacceptable toute sorte de contact intime entre Blancs et Noirs (Maunier 1932:171, cité par Stoler, 1989).

Dans les pays colonisés, l'enjeu de la santé des Blancs était d'autant plus important que la représentation de la dégénérescence physique, morale ou mentale était considérée comme grave pour l'ordre social et la domination politique. En cas de maladies graves, le « retour en Europe » était encouragé. Les évacuations sanitaires vers la Métropole ne s'expliquent pas seulement par l'insuffisance d'infrastructures médicales dans les colonies, mais aussi par l'importance de l'image sociale du colonisateur. « On n'a jamais vu de Blancs malades mentaux, handicapés physiques » (femme sénégalaise née vers 1935), se plaignent souvent à répéter des informateurs des générations d'avant les indépendances.

Pour la période post-coloniale, Didier Fassin (2000) a procédé à plusieurs analyses des enjeux politiques de la santé. Les infrastructures de soins étaient organisées dans des systèmes hiérarchiques dont les sommets se trouvaient en

Europe. Les gouvernants des régimes post-coloniaux ont reproduit, souvent très rapidement, les mêmes réflexes d'évacuation sanitaire vers les anciennes métropoles coloniales. Avec les indépendances, les offres de services ont été le plus souvent centralisées dans les villes occupant les rôles de capitales politiques, administratives ou économiques. Les itinéraires thérapeutiques qui débutent dans les villages conduisent inmanquablement à la ville s'ils nécessitent une expertise poussée dans la médecine officielle. En revanche, quand la pause de diagnostic identifie une maladie, un trouble ou un dysfonctionnement que la médecine d'inspiration occidentale ne peut traiter, une expertise plus poussée est généralement recherchée en milieu rural.

La division du système de santé en espaces réservés aux européens et d'autres réservés aux africains est un trait que l'on retrouve aussi bien dans les colonies anglaises que dans les colonies françaises. Cette distinction d'espaces se prolongeait également dans le statut et la qualité de la formation dispensée aux praticiens de santé. Un corps dit de « médecins africains » était formé dans les écoles de médecine africaines considérées comme inférieures à celles des métropoles coloniales.

Par ailleurs, la question des origines de la maladie porte souvent la charge d'un jugement moral ou d'une position idéologique pouvant conduire à la stigmatisation d'entités nationales, voire continentales. Ainsi en est-il du sida dont l'évocation d'une origine supposée africaine a légitimé la montée de discours racistes et de pratiques discriminatoires à l'encontre des Africains et des personnes de descendance africaine, comme le note Brooke G. Schoepf (2004) :

Stigma rapidly led to discrimination, in what Farmer (1992b) calls a «geography of blame». Haitians were denied housing, dismissed from jobs, and required to undergo tests to enter the United States. In Europe, Africans were targeted. In Russia, several African students were Killed by mobs; others interrupted their studies and fled home (Osman Kabia, Personal Communication, May 2000). In Britain, African sex workers were hounded from their homes and denied service in local shops (Sabatier 1996).

À l'instar de l'individu chez qui le déni constitue l'une des premières réactions face à la peur d'être stigmatisé, certains Etats ont pu nier l'existence du Sida par crainte que la stigmatisation entraîne des conséquences dévastatrices sur les plans économique et politique. Ces réactions de déni se sont révélées par la suite catastrophiques pour leur population. Si l'on suit la thèse de Peter Aggleton et Richard Parker selon laquelle la stigmatisation du sida vient renforcer des stigmatisations déjà existantes à l'encontre des groupes marginalisés comme les prostituées ou les homosexuels, on peut supposer que la stigmatisation des

Africains du fait du sida vient certainement renforcer des rapports d'exclusion politique, sociale et culturelle et des rapports de pouvoir à l'encontre des Africains.

### **Inadéquation des modèles**

La recherche épidémiologique et les interventions de santé publique semblent être dominées en Afrique par des modèles et théories qui ont fait leur preuve dans des contextes différents (aux États-Unis en particulier). Collins Airhihenbuwa (1995) énumère les plus importants de ces théories et modèles dans son ouvrage sur la communication en matière de lutte contre le VIH/Sida en Afrique ; il s'agit du modèle de croyance à la santé, de la théorie de l'action raisonnée, de l'apprentissage social et des théories cognitives, du modèle de réduction des risques de sida, des étapes du changement, de la hiérarchie des effets, de la diffusion de l'innovation et du marketing social (ONUSIDA, Pennstate 2000 ; Airhihenbuwa 1995).

Selon Collins Airhihenbuwa, en raison de son antériorité, le modèle de croyance à la santé semble avoir exercé une influence déterminante sur les autres théories et modèles. Ce modèle met en exergue des éléments clefs dans les processus individuels de prise de décision par rapport à un problème de santé (perception de la susceptibilité individuelle, perception du danger encouru, perception des bénéfices que l'individu obtient en changeant de comportement, perception des barrières, préparation à l'action de changement et confiance en soi individuelle). Il montre que les modèles en question présument qu'il y a une relation séquentielle, linéaire, entre les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques. Une analyse des paradigmes peut mettre en évidence des liens de continuité entre, d'une part, les approches quantitativistes et statistiques prédominant dans les paradigmes scientifiques de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et du XX<sup>e</sup> siècle et, d'autre part, les théories et modèles de changement de comportement en matière de santé. Ces théories et modèles ne semblent pas aussi indépendants des modèles et idéaux de comportement enracinés dans les cultures et sociétés occidentales. Une part importante de la recherche (notamment sur le VIH) en Afrique et dans les pays en développement ne semble pas avoir apprécié de manière critique ces théories et modèles qui paraissent occuper une place stratégique dans l'organisation de la recherche internationale.

D'une manière générale, dans les réponses du système officiel de santé aux crises sanitaires en Afrique, une tendance lourde a été de prendre pour objet l'individu au plan biomédical et comportemental. Au plan biomédical, il s'agissait de réaliser des interventions biologiques ou physiques pour réduire les ris-

ques de transmission ou d'infection par des agents infectieux. D'ailleurs, dans plusieurs cas, ces interventions ont été renforcées par des actions légales ou des actions coercitives appliquées aux individus, les médecines coloniale et post-coloniale se sont construites les légitimités nécessaires à l'usage de la force. Au plan comportemental, il était question d'influencer l'individu pour qu'il adopte des pratiques et des comportements susceptibles de réduire son exposition aux agents infectieux ou sa probabilité de transmettre la maladie.

La notion de risque individuel a occupé une place importante dans la construction de stratégies d'intervention et de modèles de recherche au cours des premières décennies de la pandémie du sida. Le risque est défini comme la probabilité qu'une personne a d'être infectée par une maladie. Certains comportements individuels sont considérés comme augmentant cette probabilité. Les premières réponses en matière de lutte contre le VIH/Sida ont donc été la réduction des comportements dits à risque.

La critique soulevée par Collins Airhihenbuwa est qu'une des hypothèses majeures de ces théories et modèles de changement de comportement, qui postule que les individus ont la maîtrise totale de leur comportement, a conduit à orienter la recherche et les interventions vers l'individu plutôt que vers des variables contextuelles alors que celles-ci interviennent pour une part déterminante dans les comportements individuels. Dans le même sens, Brooke G. Schoepf (2004) écrit: «Ignoring declining health services, gender inequality, and mounting poverty, planners funded 'KAP' surveys of AIDS knowledge, attitudes, and sexual practices around the world. They acted as though increased information would be sufficient to change complexly determined actions and as though individuals could exercise control over the social and cultural constraints to prevention. They focused on individuals in special 'risk groups' and their 'high risk behaviors', rather than on processes of economic empowerment and sociocultural change ».

Les enquêtes KAP (Knowledge Attitudes and Practices) qui ont fonctionné comme des concentrés méthodologiques des modèles et théories de changement de comportement visaient à quantifier et à ramener au niveau de l'individu, qui constitue l'unité d'analyse de base, les informations sur les comportements à risque. La question de la validité de ces recherches a très peu été remise en cause. Le travail de Brooke G. Schoepf (1992) sur le sida au Zaïre avait, dès le début de la pandémie, dégagé un questionnement méthodologique qui, malheureusement, a été passé sous silence à cette époque par la domination des recherches KAP dans les travaux et le financement de la recherche sur le sida.

Mais, les choix de modèles ne sont pas neutres, ils correspondent à des politiques et à des intérêts définis. Brooke G. Schoepf indique qu'au début de la

pandémie en Afrique, le modèle épidémiologique prédominant dans la recherche était largement tracté par le manque de volonté politique d'engager les fonds nécessaires pour des efforts de lutte élargie. En outre, en définissant le sida comme le résultat de comportements personnels, les pouvoirs politiques, aux niveaux national et international, se donnaient la possibilité de diluer leurs responsabilités de santé publique en les transformant en responsabilités individuelles.

Enfin, les approches centrées sur l'individu permettent de renforcer les conditions de violation des dispositions éthiques universelles lors des essais thérapeutiques. En effet, les protocoles éthiques semblent souvent ignorer les rapports de pouvoir et les pesanteurs économiques susceptibles d'influencer les décisions individuelles. Par ailleurs, certains auteurs ont montré comment, dans des rapports de pouvoir déséquilibrés, le paradigme scientifique génère le manque de considérations éthiques pour les catégories dominées. Ainsi, Jean Comaroff (1993) a établi un lien entre la philosophie des progrès de la médecine au <sup>xxe</sup> siècle et le peu de considération éthique qui a entouré les expériences médicales faites sur les Africains.

Mais dans ce contexte, des mouvements de résistance se font jour. Ils revendiquent un droit universel à la santé qu'ils veulent faire reconnaître comme bien public. C'est le cas par exemple des mouvements de la société civile, qui ont pris une ampleur considérable en Afrique du Sud, qui se mobilisent pour que l'accès aux traitements antirétroviraux soit garanti. La notion d'économie morale développée par Nicoli Nattrass (2004) prend son origine dans cette revendication. Elle est, selon lui, liée à l'analyse de E. P. Thompson qui légitimait les émeutes du pain dans l'Angleterre du <sup>xviii</sup> siècle par des raisons morales: «Such forms of popular dissent, were 'legitimised by an older moral economy, which taught the immorality of any unfair method of forcing up the price of provisions by profiteering upon the necessities of the people' (1963:63). They comprised a 'last desperate effort by the people to reimpose the older moral economy as against the economy of the free market'».

### **Biologisme, culturalisme et politique**

On se réfère aux caractéristiques biologiques des populations susceptibles – l'hôte du vecteur ou de l'agent pathogène – pour expliquer que la maladie est une tradition assez répandue dans l'histoire de l'épidémiologie (Berkman et Kawachi 2000). La relation au cadre géographique et au milieu écologique s'inscrit également dans cette tradition.

Une grande partie de l'Afrique se trouve dans une zone géographique au sein de laquelle a été construite une catégorie spécifique de maladies appelées « maladies tropicales » (même si un grand nombre parmi elles se sont historiquement retrouvées en dehors de cette zone géographique). Ce cadre de référence a non seulement orienté une tradition de recherches biomédicales, mais a aussi été l'organisateur d'institutions et de communautés académiques ou scientifiques, en France, en Belgique au Royaume-Uni et pratiquement dans tous les pays européens dominant des colonies. On note, dans le même temps, que la médecine tropicale s'est d'abord constituée au service des armées engagées dans la conquête coloniale.

En fait, l'établissement du caractère déterminant de la relation entre milieu écologique et pathologie représente une réduction à quelques variables identifiables de la complexité des relations sociales dans lesquelles se construisent les interfaces entre les populations humaines, le milieu et les agents pathogènes.

Le contexte géographique et le milieu écologique sont aussi des rapports culturels, des relations socialement construites dans lesquelles sont projetés les rapports politiques. C'est dans ce sens que les travaux de John Ford (1971) sur la trypanosomiase en Tanzanie s'avèrent particulièrement intéressants. Ils montrent en effet que la politique a une influence sur les contacts entre humains et vecteurs de maladies. John Ford affirme que les sociétés africaines avaient développé des contrôles effectifs d'écologie par la trypanosomie. Elles avaient réussi à isoler les formes les plus dangereuses de trypanosomie dans des zones naturelles (les *Grenzwildnisse*) de façon à ce que la population et le troupeau ne soient pas en contact avec les mouches tsé-tsé. Avec la perte du contrôle politique, les communautés africaines perdirent aussi le pouvoir de décision sur leur environnement, ce qui conduisit à la propagation rapide de l'épidémie (Giblin 1990).

Sur le plan culturel, notamment lorsqu'il s'agit des problèmes de santé relatifs à la reproduction et au VIH/Sida, on entend souvent la culture comme un ensemble statique de valeurs et de normes immuables constituant des obstacles aux connaissances considérées comme « vraies » et susceptibles de provoquer des changements de comportement (Obbo 1999 ; Airhihenbuwa 2000).

Les perspectives culturalistes peuvent être résumées en des approches qui expliquent le problème de santé uniquement par la présence d'une pratique culturelle considérée comme étant à risque. C'est la raison pour laquelle, Brooke G. Schoepf (1992) dénonce une littérature spéculative sur une prétendue sexualité africaine faite de pratiques érotiques analysées hors de leur contexte historique et social.



Cheikh Ibrahima Niang

L'ignorance de la complexité des relations a souvent orienté les démarches de recherche vers « ce qui pose problème », alors qu'un élargissement de la complexité aurait pu aider à une meilleure connaissance de l'hétérogénéité des situations et des potentiels locaux à renforcer ou à articuler avec des processus de construction pour donner des réponses pertinentes.



## 4. Crises dans les déterminants

---

L'exposition des populations africaines aux complexes pathogènes s'est accentuée au regard de la détérioration des conditions de vie (logements insalubres, insécurité alimentaire, manque d'accès à l'eau et aux sanitaires, violences politiques et sociales, etc.) les rendant encore plus vulnérables aux maladies. La crise sanitaire en Afrique se déroule dans des environnements qui sont eux-mêmes en crise. L'environnement renvoie à des interactions entre les milieux géographiques, écologiques et humains, au plan macro, méso et microsociologique. L'analyse de la crise de la santé en Afrique renvoie aussi à l'étude des systèmes et politiques de santé qui ne sont pas sans rapport avec les situations socioéconomiques et les contextes politiques nationaux et internationaux.

### **Cadre de vie et nutrition**

La référence au contexte géographique est très présente dans les travaux sur le paludisme en Afrique : « Le paludisme dans le monde est dominé par l'immense foyer d'Afrique tropicale qui s'étend de l'Atlantique à l'Océan indien, du Sahara au Kalahari et déborde dans les îles voisines notamment Madagascar. Cet énorme foyer africain, sans discontinuité, se caractérise par la stabilité du paludisme qui ne diminue que sur des bordures semi désertiques, dans les régions montagneuses au-dessus de 1200-1500 mètres et dans la partie australe du continent » (Mouchet 1991). Il existe cependant d'autres travaux qui montrent que le cadre géographique où le paludisme existe à l'état endémique est lui-même le produit d'un processus de transformation anthropique généralement connu sous le terme de « savanisation ». La savanisation semble avoir servi de cadre à des dynamiques complexes d'interactions entre l'agriculture céréalière, la configuration prise par certaines stratifications sociales (par exemple, le système de caste selon Clément), les vecteurs de certaines maladies infectieuses ou la résistance immunitaire inscrite dans des patrimoines génétiques.

Les travaux de Allison (1954, 1961), Livingstone (1958, 1964) et Wiesenfeld (1967) ont montré que le paludisme devrait être perçu comme un assemblage



biologique et culturel qui inclut le parasite, le vecteur, le milieu écologique et les activités humaines, en particulier la déforestation, la colonisation par l'agriculture et les aménagements hydro-agricoles. Plus récemment, un rapport de l'OMS indiquait que dans les années 1990, 90 % des décès dus au paludisme (1,5 million à 2 millions par an) sont liés à la colonisation des forêts tropicales et à la construction de larges systèmes d'irrigation à ciel ouvert qui augmentent les contacts des êtres humains avec les moustiques, vecteurs de la maladie. En plus de ces facteurs, comme le notent certains travaux, (André, Vaillancourt et al. 2003) l'utilisation de pesticides est aussi un élément qui contribue à augmenter la population des moustiques porteurs du parasite responsable du paludisme et qui renforce la résistance des moustiques aux insecticides.

Les aménagements hydro-agricoles, en particulier la construction des barrages sans mesures d'accompagnement sanitaires appropriées, ont conduit presque partout au développement de maladies transmissibles. La création de vastes plans d'eau a eu comme conséquence la multiplication d'habitats favorables à de nombreux insectes : anophèles, simulies, mouches tsé-tsé et autres vecteurs de maladies endémiques. Ainsi, en est-il de la schistosomiase ou de la bilharziose qui prolifèrent chez les populations humaines résidant à proximité de retenues d'eau ou pratiquant la culture irriguée. L'onchocercose se développe également dans les zones riveraines à l'aval des barrages.

Des travaux sur l'habitat humain mettent aussi en évidence le poids des déterminants socio-démographiques dans la prévalence des maladies infectieuses. Gérard Salem, dans son étude de la santé à Pikine (une ville de la banlieue de Dakar), avait trouvé des relations significatives entre d'une part la densité de moustiques dans les habitations et, d'autre part, la densité de la population dans les quartiers et la proximité de ceux-ci avec les gîtes des anophèles (Salem 1998). Déjà au début du siècle, des travaux avaient mis en évidence la présence plus importante du paludisme dans les quartiers pauvres, les quartiers de banlieue ou les quartiers africains que dans les quartiers des centres-villes, des populations aisées ou ceux habités par les populations coloniales (Thiroux et D'Anfreville 1908). D'ailleurs, l'analyse de plusieurs cas de réussite dans la lutte contre les maladies transmissibles, notamment en Amérique centrale (Costa Rica, Cuba, Trinidad et Tobago), montre que l'incidence de plusieurs maladies infectieuses parasitaires (paludisme, ankylostome et autres infections helminthiques) a diminué dans les pays en développement qui ont pu améliorer l'accès à l'éducation et la situation de leur population sur les plans socioéconomique et écologique (UNICEF/PNUE 1990).

Aujourd'hui, l'analyse de la dégradation des cadres de vie (systèmes de collectes d'ordures, d'évacuation des eaux usées, etc.) observables dans les gran-

des villes africaines, en particulier dans les quartiers les plus pauvres, permet de restituer le développement du paludisme dans les contextes sociaux et politiques de sa reproduction. En fait, le type d'habitat, la densité de population et la relation aux gîtes des anophèles ne sont pas que des variables géographiques ou écologiques, ils renvoient également aux questions relatives à la répartition des revenus, aux relations sociales et aux rapports de pouvoir qui influencent l'organisation et l'occupation de l'espace.

De même, on peut noter que dans les services les plus fréquentés par de larges publics (hôpitaux, écoles, gares, universités), les sanitaires sont souvent inexistantes, très mal entretenus ou simplement réservés à une « élite ». Cette situation met en exergue à la fois l'absence de contrôle social de ces lieux publics par le public lui-même et, souvent, la réduction des fonds publics destinés à ces services, en effet, dans les choix et arbitrages en matière d'allocation de ressources réduites, l'investissement dans l'hygiène n'est pas considéré comme une priorité.

On peut retrouver des problématiques de santé dans l'analyse des écosystèmes dégradés par l'exploitation des ressources naturelles. Certaines régions ont fortement été contaminées par les déchets toxiques auxquels s'ajoutent souvent des cas de pollution atmosphérique qui ne sont pas sans effets sur la santé humaine du fait de l'exploitation pétrolière par les multinationales. Le Nigeria, notamment le pays Ogoni exploité par la compagnie multinationale SHELL, fournit en l'espèce un exemple très illustratif (Thomas-Slayter 2003). L'exploitation et le transport du pétrole dans les régions pauvres et déshéritées d'Afrique sont associés à l'exposition continue des populations au dioxyde de carbone, au méthane et autres gaz toxiques et, en l'occurrence, aux fuites dans les pipe-lines, aux explosions et incendies entraînant un grand nombre de morts, de blessés, de personnes handicapées et de séquelles physiques et psychosociales. Les zones pétrolières d'Afrique offrent très souvent le tableau de populations vivant dans la pauvreté et le dénuement — à cause, entre autres, de la dégradation des terres qui induit une perte d'autosuffisance alimentaire et un très faible accès à l'eau et à l'électricité — et dans l'insécurité au regard des contextes politiques, qui, comme c'est le cas au Sud du Soudan ou en pays Ogoni, sont marqués par des cycles de conflits armés, de répressions violentes et de violations massives de droits humains.

L'analyse des accidents écologiques conduit à s'interroger sur les conditions sociales environnant ces accidents. Ainsi, les fuites de pétrole qui ont provoqué des incendies au Nigeria ou les fuites de gaz survenues dans certaines entreprises industrielles du Sénégal ont surtout touché les populations à revenus modestes. Ce sont elles qui vivent dans les agglomérations les plus proches des

zones à forte concentration de risques industriels. Les systèmes de collecte des ordures ou des eaux usées sont souvent défectueux ou inexistantes dans les espaces habités par les plus pauvres ; ce qui peut être lu comme un indicateur du faible poids qu'ils représentent dans l'allocation des ressources et dans le partage du pouvoir politique.

Les catastrophes et crises écologiques (inondations, sécheresses, raz de marée) ont, en Afrique, des impacts de loin plus importants que dans les pays industrialisés. Les capacités de réponse ou de récupération suite aux catastrophes industrielles ou écologiques sont aussi fonction des conditions économiques, sociales et politiques. Dans le contexte africain, les catastrophes sont souvent silencieuses : elles sont très peu couvertes par les médias ou tardent à l'être et les manifestations de solidarité internationale accusent souvent beaucoup de retard ou sont totalement insuffisantes, voire inexistantes. Là où de graves problèmes de santé surgissent à l'issue de catastrophes, les réponses internationales sont souvent ponctuelles sans perspective de durabilité. Dans tous les cas, les universités et les institutions africaines de recherche sont rarement impliquées dans leurs résolutions. En outre, les causes structurelles des catastrophes et de leurs conséquences sanitaires sont très peu intégrées dans leurs agendas. La problématique de la santé inclut également la question de l'accès aux sources d'énergie et celle de la pollution qui lui est subséquente. Plus de la moitié de la population mondiale utilise comme énergie pour la cuisson et le chauffage le charbon de bois, les carcasses d'animaux et les végétaux qui sont connus pour être des sources importantes de pollution domestique. L'Afrique concentre la proportion la plus large de populations qui n'ont pas accès à l'électricité ou au gaz domestique. Les niveaux de pollution de l'air dans les unités domestiques sont très souvent de plusieurs fois supérieurs au seuil toléré de pollution atmosphérique dans les pays industrialisés.

Par ailleurs, la collecte et le transport du bois mettent les femmes dans des situations de stress et de surcharge de travail qui vont en s'accroissant avec le déboisement, la désertification et le prix d'achat des énergies modernes (gaz, électricité) qui, presque partout en Afrique, ont subi des hausses sévères après la privatisation du secteur de l'énergie et le retrait des subventions des États.

L'analyse de l'environnement au regard des accidents de la route met en évidence l'état des investissements pour la reconstruction des routes et leur maintenance, l'allocation des ressources financières ou humaines, le respect des règles de transparence, d'équité et de participation dans la gouvernance et les rapports entre les commanditaires et les bénéficiaires intentionnels d'une part, et les populations locales environnant les espaces traversés par ces routes d'autre part. On pourrait donner de nombreux exemples de routes dont la

construction de la chaussée a emprunté, pour certains secteurs, les technologies et les normes propres aux pays industrialisés, alors qu'elles n'offrent pas de chaussée pour les piétons des villages et quartiers pauvres traversés ou de passage pour la traversée des personnes et du bétail.

### **Facteur démographique**

La situation de la santé en Afrique est très souvent mise en relation avec les données démographiques, notamment celles ayant trait à la fécondité et à la croissance de la population. Il existe une littérature importante sur les effets de la croissance démographique ou sur les équilibres écosystémiques dont les perturbations entraînent des conséquences néfastes sur la santé (Chevalier et Gosselin 2003). D'autres auteurs insistent sur le lourd héritage des crises démographiques et sanitaires qui ont marqué l'Afrique pendant la période coloniale. Ainsi, Lesley Doyal (1979) a examiné les effets de l'expansion coloniale sur la santé en Afrique. Myron Echenberg (2002) pense que si la conquête européenne de l'Afrique n'est nullement comparable au désastre démographique qui a accompagné le même phénomène en Amérique, elle n'en a pas moins provoqué de sérieuses crises médicales et démographiques, surtout entre 1880 et 1920. Elle a eu pour effet de bouleverser les conditions sociales dans lesquelles se produisent et se reproduisent les déterminants de la santé. En Afrique australe, on signale de sévères famines et des situations de malnutrition pendant le premier quart du XXe siècle.

Le développement des maladies sexuellement transmissibles en Afrique a certainement aussi un lien avec les mouvements militaires et les flux migratoires engendrés par la conquête et l'établissement du système colonial. Certains auteurs ont montré que les maladies comme la syphilis se sont développées le long des côtes africaines, contrôlées par les colonisateurs à l'intérieur des territoires (Doyal 1979).

Dans le sillage des travaux sur le sida, des études ont analysé les rôles joués par l'explosion démographique urbaine au cours des années 1960-1970 et les flux migratoires dans la survenue de nouvelles épidémies. Elles révèlent que le développement d'activités nouvelles et les rapides changements sociaux sont les principaux facteurs qui ont bouleversé les conditions d'habitat, d'hygiène, de nourriture et de contrôle social de la sexualité, lesquelles ont favorisé l'expansion de l'épidémie du VIH/Sida (Miller et Carballo 1989).

## Crises alimentaires

On retrouve chez Lesley Doyal, l'idée selon laquelle les problèmes de santé en Afrique se rencontrent dans un contexte de crise alimentaire qui résulte autant de la situation de l'agriculture que de celles plus globales de l'économie et de la politique. La malnutrition et ses conséquences sanitaires sont étroitement liées aux facteurs politiques. Dans les années 1970, pratiquement aucun des enfants des travailleurs blancs sud-africains ne souffrait de kwashiorkor, une déficience nutritionnelle extrêmement courante parmi les enfants des travailleurs noirs, alors qu'en 1930, ce syndrome était fréquent parmi les enfants blancs. Dans les années 1940, le gouvernement en place avait pris des mesures drastiques pour améliorer la santé des enfants blancs à des fins électoralistes.

Certains indicateurs aident à la description de la crise de l'alimentation et de la nutrition en Afrique subsaharienne. C'est la seule partie du monde à ne pas connaître, de 1980 à 1990, une augmentation de sa production céréalière et de la quantité de céréales par habitant. Au contraire ; on a noté une baisse de la production alimentaire *per capita* entre 1979 et 1991 dans des pays comme le Mozambique (- 3,1 %), le Rwanda (- 1,8 %) ou le Soudan (- 2,8 %). Le nombre de calories par jour et par personne en Afrique subsaharienne est passé de 2 100 à 2 040 au cours de la même période, et le nombre de personnes sous-alimentées a doublé (CTA-DES-GTZ-DLG 1997).

La question alimentaire se pose à la fois aux plans macro et méso-sociologique (disponibilité des facteurs de production, accessibilité du marché) et au plan familial ou domestique (allocation des ressources et distribution de la nourriture). Ces deux niveaux sont à leur tour très liés comme le montrent les études sur les conséquences alimentaires des politiques macroéconomiques, telle la dévaluation du franc CFA survenue en 1994. Une étude sur la Côte d'Ivoire révèle que, suite à cette mesure, le nombre de repas par jour et par personne a diminué (Fouéré et al. 2000).

Pour certains auteurs, la malnutrition en Afrique est une donnée de l'héritage colonial. Selon Lesley Doyal (1979:102-103), « les dévastations répétées de terres agricoles pendant trente ans ont eu des effets structurels persistants. Elles ont non seulement sapé les économies de quelques-unes des principales populations du Tanganyika, mais réduit d'une manière inquiétante la capacité des campagnes de nourrir le reste de la population ».

Cependant, la plupart des travaux soulignent les carences alimentaires sur le continent (OMS 2006). La surconsommation des aliments riches en protéines, associée à l'obésité et à certaines maladies cardiovasculaires, est très peu étudiée alors que, dans le même temps, ce qu'il est convenu d'appeler la « mal

bouffe » envahit l'univers médiatique africain qui véhicule de nouveaux modèles de consommation dans le contexte de la mondialisation.

Sur un autre plan, des études mettent en évidence le lien entre la qualité et la quantité d'eau disponible et le risque d'infection par des agents pathogènes (OMS 2006 ; Chevalier et Gosselin 2003). L'accès à l'eau potable ne contribue pas seulement à réduire la mortalité infantile et l'exposition des catégories les plus vulnérables aux sources d'infection, il permet également aux femmes de mieux contrôler leur temps et réduire ainsi les situations de stress associées à la collecte et au transport de l'eau en l'absence de branchement hydraulique.

Seuls 54 % de la population africaine bénéficient de l'accès à l'eau potable, ce taux est le plus bas du monde, avec de très grandes inégalités entre villes et campagnes ou entre la capitale et le reste du pays. En outre, la privatisation des services de l'eau prive de plus en plus de pauvres de l'accès à l'eau courante (Mamba 2004).

### **Mondialisation**

On retrouve dans la littérature des analyses sur les impacts de la mondialisation et de la dégradation de l'environnement sur la santé. L'OMS estime que la dégradation de l'environnement en rapport avec les processus associés à la mondialisation est responsable d'environ un quart des cas de maladies ou de blessures dans le monde (Evans 2002).

Garrett note que plusieurs maladies infectieuses ont été identifiées pour la première fois au cours de ces deux dernières décennies. Elles sont liées à des changements de comportements qui prennent corps dans le cadre de la mondialisation de maladies qui, jusqu'alors, étaient restées endémiques et ont pris une envergure planétaire avec la nouvelle configuration des déplacements, des transports et de la communication (Garrett 1994).

### **Rapports de genre, éducation et pauvreté**

Pour beaucoup d'auteurs, la féminisation de l'épidémie du sida sur le continent éclaire sur la pénétration des rapports de pouvoir du domaine de la sexualité. Les thèses les plus communément répandues insistent sur l'inégalité de positions dans les négociations sexuelles. Ce sont les femmes qui souffrent en général de cette inégalité qui est décrite comme reposant sur les disparités économiques et sociales (Sherr, Hankins et Bennett 1996).

Les inégalités de genre affectent l'ensemble des domaines relatifs aux problèmes de santé : risques et vulnérabilité, accès à la prise en charge et au traitement,

impacts de la maladie, etc. La situation et la condition des femmes influencent également la construction des réponses aux problèmes de santé. Ainsi, la Banque mondiale a documenté plusieurs cas qui indiquent une relation entre l'augmentation du niveau d'éducation des filles et l'amélioration de la santé des femmes et des enfants.

Il existe un large consensus au niveau international s'agissant du lien entre pauvreté et problèmes de santé : la pauvreté conduit à un pauvre état de santé (World Bank 1993). Les enquêtes effectuées dans huit pays africains montrent que 20 % de la population regroupant les plus pauvres reçoivent moins de 10 % des subventions publiques en matière de santé, alors que 20 % de la population regroupant les plus riches reçoivent presque 25 % de ces subventions (World Bank 1993). Or, de manière générale, ce sont les femmes qui constituent les couches les plus pauvres.

Le rapport de la Banque mondiale 1999-2000 indique 57 % des 6 milliards d'êtres humains vivent dans les soixante-trois pays les plus pauvres du monde, dont trente-sept pays africains. Le nombre de pauvres a globalement augmenté : de 511 millions de personnes en état de pauvreté absolue en 1965 on est passé à 712 millions en 1988, l'augmentation la plus rapide ayant été enregistrée en Afrique (Jazairy 1992). Dans des pays qui ne sont pourtant pas parmi les plus pauvres d'Afrique, comme le Kenya, le nombre de personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté a augmenté de façon drastique (Thomas-Slayter 2003). Pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, le nombre de personnes vivant avec moins d'un dollar par jour est passé de 180 millions en 1987 à 219 millions en 1993, selon les statistiques de la Banque mondiale avec un déclin de l'agriculture, une augmentation du chômage et du sous-emploi, une paupérisation croissante, un poids énorme de la dette extérieure et une incapacité à prendre en charge les dépenses sociales fondamentales, les programmes d'investissement et la maintenance des infrastructures. De 1970 à aujourd'hui, la dette africaine a été multipliée par dix-neuf (World Bank, cité par Thomas-Slayter 2003).

Les programmes d'ajustement structurel n'ont pas amélioré les conditions de vie en Afrique subsaharienne au regard de certains indicateurs. Ainsi, après une dizaine d'années de leur application, le niveau de vie a baissé de 2 % par an et était, dans les années 1990, inférieur à celui des années 1970, le chômage a augmenté presque partout en Afrique et les revenus et le pouvoir d'achat ont baissé en terme réel.

Même si, par rapport aux catégories sociales les plus pauvres les courbes de progression et les facteurs associés à l'incidence ne sont pas identiques, de fortes prévalences du VIH ont été enregistrées dans les catégories les plus aisées et ayant les niveaux d'instruction les plus élevés. La pauvreté peut être lue comme

l'indicateur d'une inégalité. Ce sont les conditions économiques qui sont à la base de l'inégalité, s'agissant de la vulnérabilité à la maladie. Ainsi, l'analyse de la pauvreté s'inscrit dans les disparités dans plusieurs domaines (disparités régionales, inégalités sociales, différences de genre, etc.). C'est la raison pour laquelle certains auteurs ont établi des liens entre l'augmentation des cas de sida et l'effritement ou les atteintes à la cohésion sociale. Cependant, le développement de la pauvreté est aussi à mettre en rapport avec les approches et paradigmes de développement fortement associés à la configuration des relations internationales dans lesquelles l'Afrique se trouve placée (O'Manique 2004).

### **Violence et contextes politiques**

Rares sont les pays africains qui, au cours des deux dernières décennies, n'ont pas connu de guerres (à leurs frontières ou civiles) ou de violences politiques. Les impacts des conflits sur la santé sont fonction de leur nature, des technologies militaires en œuvre, de la situation sanitaire et sociale antérieure et des réactions au plan international. En tout état de cause, les populations civiles paient toujours un lourd tribut en morts et en blessés pendant les conflits. L'Afrique a vécu des conflits avec des centaines de milliers de morts et des atteintes à l'intégrité physique (mutilations, tortures, viols, etc.). Shana Swiss *et al.* (1998) indique, après une étude sur un échantillon aléatoire de 205 femmes de 15 à 70 ans au Libéria, que 49 % d'entre elles ont subi au moins un acte de violence physique ou de violence sexuelle par un soldat ou un combattant. Les enfants sont aussi victimes de la violence dans les situations de guerres ou de conflits armés (UNICEF 2003). La violence sexuelle a démultiplié la vulnérabilité par rapport au VIH/Sida. Une étude d'ONUSIDA sur 2 000 femmes au Rwanda montre que pour beaucoup d'entre elles le viol a été la première expérience sexuelle, et 95 % de ces femmes ont contracté le sida.

Les situations de conflit ont de lourdes conséquences sur l'accès aux services de santé en même temps qu'elles affectent l'infrastructure d'hygiène, l'alimentation et le mode de vie ce qui entraîne souvent une augmentation de la mortalité infantile. Les réfugiés et les personnes déplacées suite aux conflits sont également très vulnérables aux maladies (Toole *et al.* 2000). Dans certains camps de réfugiés comme à Goma en RDC, on déplorait de vingt à trente-cinq décès par jour pour 10 000 personnes (Goma Epidemiology Group 1995). Partout la malnutrition, les diarrhées, le paludisme, la tuberculose, le sida ont entraîné de fortes mortalités, en particulier chez les enfants et les femmes, et de fortes morbidités. Le nombre de réfugiés est passé de 2,5 millions en 1970 à 23 millions en 1997 (Deacon 2000). Derrick Silove (2000) a analysé l'impact des conflits sur la

Cheikh Ibrahima Niang

santé mentale qui entraînent des dépressions, des conflits intrafamiliaux, l'abus d'alcool et de drogue, des traumatismes après des tortures et des violences physiques, etc.

## Systèmes et politiques de santé

### *Faiblesse de la couverture médicale*

Les systèmes de santé dans les pays africains sont marqués par une insuffisance des infrastructures et du personnel de santé. Le Nigeria compte un médecin pour 33 000 habitants, le Malawi a dix-sept infirmiers pour 100 000 habitants, l'Ouganda a six médecins pour 100 000 habitants. Dans certains pays africains, on a assisté à une diminution en chiffre absolu du personnel de santé. Le Ghana, qui forme 600 infirmiers par an, comptait 20 000 infirmiers il y a quinze ans, il n'en compterait que 10 500 environ aujourd'hui.

Pratiquement partout, en Afrique subsaharienne, on a noté des écarts entre les principaux indicateurs de couverture de santé et les normes de l'OMS, comme le montre le tableau ci-dessous qui présente la situation du Sénégal en 1999.

**Tableau 3.1** : Nombre d'habitants par personnel et par infrastructure de santé

	1999	Normes de l'OMS
Nombre d'habitants par médecin	17 000	5 000 à 10 000
Nombre de femmes en âge de reproduction par sage femme	4 600	300
Nombre d'habitants par infirmier	8 700	300
Nombre d'habitants par hôpital	545 800	150 000
Nombre d'habitants par centre de santé	175 000	50 000
Nombre d'habitants par poste de santé	11 500	10 000

**Source** : Plan national de développement sanitaire et social 1998-2007, juin 1997.

Les écarts entre les données nationales et les normes de l'OMS cachent cependant des disparités encore plus grandes à l'intérieur même d'un pays. Ainsi, le Kenya compte un médecin pour 10 000 habitants à l'échelle nationale, mais en zones rurales, il n'y a un médecin pour 50 000 habitants. Le Sénégal ou le Nigeria indiquent des disparités encore plus grandes entre zones urbaines et zones rurales. Ces inégalités reflètent la structuration des systèmes de santé. Les services offrant l'expertise la plus poussée sont presque inmanquablement dans la capitale du pays.

Des facteurs historiques ont joué un rôle sur le développement de déséquilibres dans la couverture sanitaire. C'est le cas par exemple des compagnies minières, de l'action des missionnaires ou de celle des militaires.

Les systèmes de santé africains souffrent en outre de l'exode des cerveaux, en particulier des médecins, techniciens, infirmiers, des chercheurs ou gestionnaires de programmes. Au Ghana, 60 % des médecins formés dans les années 1980 ont quitté le pays. La fuite des cerveaux touche aussi les universitaires, on estime dans une vingtaine de pays africains que 35 % des diplômés d'université partent à l'étranger. Au Ghana et au Zimbabwe, les trois quarts des médecins émigrent dans les premières années suivant l'obtention de leurs diplômes. Les hôpitaux américains recrutent des milliers d'infirmiers provenant des Caraïbes, des Philippines, de l'Inde et de l'Afrique (Dovlo et Nyonator 1999). Selon l'OMS, 2 158 médecins nigériens pratiquaient aux États-Unis en 2004 (OMS 2007).

La détérioration du système de santé officiel se fait en même temps que celui de la médecine traditionnelle. La déperdition des savoirs thérapeutiques traditionnels est flagrante dans l'analyse des résultats de certaines enquêtes d'ethnobotanique. Les savoirs botaniques sont souvent très étroitement associés aux techniques de prise en charge ou de guérison de la maladie à tel point que dans plusieurs langues d'Afrique, comme le wolof ou le didammari, on utilise exactement le même mot pour désigner le remède et la plante. Llyod Timberlake (1985) cite le cas de certaines personnes âgées du groupe Nupe qui connaissaient plus de cent plantes alors que les jeunes gens n'en connaissaient que quatorze. Il revient également sur une étude réalisée par R. Harjiula, qui présente un herbaliste tanzanien qui pouvait identifier facilement 130 espèces végétales avec lesquelles il pouvait fabriquer les remèdes contre 187 affections humaines et animales. A. T. Bryant (1966) note que les Zoulou d'Afrique du Sud connaissent plus de 700 plantes médicinales. Or, les savoirs phytosanitaires ont tendance à disparaître sous les effets conjugués des crises multiformes, des dévalorisations sociales des savoirs locaux, des disparitions des forêts et de la réduction de la biodiversité. En fait, s'il y a un certain nombre de travaux sur l'organisation ou les savoirs en cours dans la médecine traditionnelle, il y en a très peu sur les crises qu'elle traverse.

### *Crises des politiques de santé*

La déclaration d'Alma-Ata en 1978 avait appelé à des reconstructions sociales dans les domaines de la santé et de la maladie. Elle projetait la santé pour tous en l'an 2000 par l'intervention de l'État et des communautés dans l'organisation, la mise en œuvre et le suivi de programmes compréhensifs de santé pri-

maire. La stratégie d'Alma-Ata visait à rendre les soins de santé accessibles universellement. Le développement des services de santé dans les communautés rurales était donc essentiel. La plupart des pays africains s'étaient engagés dans des politiques sanitaires ambitieuses de développement des infrastructures de santé et d'amélioration de la couverture médicale.

La crise économique qui a touché les pays africains dans les années 1970-1980 a marqué le point d'arrêt de ces politiques. Elle s'est traduite par un arrêt des investissements et des difficultés à assurer le fonctionnement des services de santé existants. Ainsi, l'augmentation du nombre d'habitants par personnel de santé, si caractéristique de la dégradation des systèmes de santé en Afrique, est surtout liée aux politiques macro-économiques mises en œuvre par les États sous l'égide des organisations financières internationales (FMI et Banque mondiale). Le Sénégal, à l'instar de plusieurs pays africains, avait adopté, à partir des années 1980, les Programmes d'ajustement structurel visant à rétablir les équilibres macro-économiques, essentiellement, par une réduction des dépenses de l'État. C'est dans ce cadre que le gouvernement du Sénégal avait procédé au blocage du recrutement d'agents de la fonction publique, dont ceux des services de santé publique. Ainsi, le personnel affecté à la santé publique a connu des problèmes de renouvellement de ses effectifs et a vu ceux-ci diminuer consécutivement aux décès, démissions et départs à la retraite. On est passé de 5 904 agents en 1989 à 4 886 en 1995 (MSPAS 1996).

Les performances des systèmes de santé sont également liées aux moyens budgétaires investis. Au Sénégal, au cours de la décennie 1960-1970, la part du budget de la santé dans le budget national n'avait cessé de croître pour atteindre, en 1970-1972, 9 %. À partir de 1972, elle enregistre plusieurs baisses, atteignant son point le plus bas, 4,16 %, au milieu des années 1990. C'est à partir de 1995 qu'elle augmentera pour atteindre environ 7 % à la fin des années 1990. La progression se poursuivra dans les années 2000. La part de la santé dans les budgets nationaux correspond à des choix politiques : la Guinée, en situation de paix, avait consacré 29 % de son budget entre 1986 et 1990 à la défense contre 3 % pour la santé (Hollaway 2000).

C'est dans ce contexte que s'est posée la question du recouvrement des coûts dans les systèmes de santé. Les Programmes d'ajustement structurel dans plusieurs pays d'Afrique, comme le Zimbabwe, le Ghana et le Kenya, ont incité à la mise en place de tickets de consultation. Lors de leur introduction en 1992 au Zimbabwe, les dépenses de santé du gouvernement diminuèrent de 14 % entre 1990 à 1992, puis de 29 % en 1992-1993. Le recours aux services de santé publique a diminué de 50 %, en particulier s'agissant des soins de santé prénatale et des services d'accouchement. Au Kenya, le nombre de patients en consultation

externe a diminué de 40 %, en affectant surtout les personnes atteintes de maladies sexuellement transmissibles. Dans certains cas, en raison du coût élevé des services, les patients ne réalisent pas tous les examens recommandés.

Le recouvrement des coûts a été présenté comme une réussite au Ghana et au Sénégal. Mais au Kenya et au Zimbabwe, il est plutôt présenté comme un échec. En fait, il n'y a pas d'étude qui ait analysé les impacts épidémiologiques et les conséquences sanitaires de ces politiques sur les populations les plus pauvres. Cependant, des études révèlent que les politiques de recouvrement des coûts auront contribué à réduire l'accès des plus pauvres aux services de santé ; ceci dans un contexte de privatisation de la médecine où seules les catégories sociales les plus aisées ou celles contrôlant les hautes sphères de l'État accèdent aux meilleures prestations et prises en charge.

La mondialisation pose le problème fondamental de la transformation de la santé en un service commercial, d'autant que les institutions financières internationales – la Banque mondiale et l'OMS – se chargent de définir les politiques à mettre en place en imposant des mesures aux États. Les approches de coopération, comme les documents stratégiques de réduction de la pauvreté qui intègrent les programmes de santé, sont conçus sous l'égide de la Banque mondiale. Ses cadres intègrent très peu les définitions et concepts de la santé tels qu'ils sont socialement construits dans les sociétés et cultures africaines.

L'Organisation mondiale du commerce a intégré la production biotechnologique dans le registre des droits de propriété intellectuelle de sorte qu'il devient de plus en plus difficile de produire un médicament sans l'accord de la compagnie pharmaceutique qui l'a mis au point la première. Dans le domaine des antirétroviraux, l'application par le Brésil et par l'Inde des accords de l'Organisation mondiale du commerce risque d'avoir un impact considérable sur la production de génériques et, par conséquent, sur l'accès des plus pauvres aux traitements.

Si des dispositions spéciales existent pour les cas de désastres ou de catastrophes, le problème reste entier et pose la question du contrôle des ressources génétiques africaines qui pourraient être utilisées dans la production de la nouvelle génération de médicaments ou de vaccins vers laquelle s'oriente la biotechnologie. Un des scénarios plausibles est que la tendance à la perte des savoirs pharmacologiques traditionnels et l'érosion de la biodiversité conduisent au déclin de l'usage de plantes médicinales, avec comme conséquence la production de médicaments tirés de travaux scientifiques sur ces plantes dont les grandes compagnies pharmaceutiques prendraient le contrôle.

## 5. Conclusion

---

Il est évident que l'Afrique vit actuellement l'une des plus graves crises sanitaires de son histoire contemporaine. Les problèmes de santé mis en relief peuvent être regroupés selon le type et le degré de perception qu'on en a. Ainsi, certaines maladies comme le paludisme, le choléra, la tuberculose et plusieurs autres maladies infectieuses ont pratiquement disparu ou sont en nette régression en Europe, mais connaissent un essor considérable en Afrique. À ces maladies oubliées ou négligées par les politiques, les puissances financières, le monde pharmaceutique et les milieux de la recherche en Occident, s'ajoutent les maladies émergentes, dont la plus catastrophique par ses impacts démographiques, socioéconomiques et sociétaux est certainement le VIH/Sida.

La mortalité maternelle, néonatale et infantile, de même que la mortalité liée aux maladies non transmissibles, constituent des épidémies dont la visibilité concernant l'Afrique est limitée.

La crise de la santé en Afrique met à nu la décrépitude des systèmes de santé qui ploient sous les effets conjugués des contrecoups des Programmes d'ajustement structurel, de l'exode des ressources humaines et des politiques de santé inadaptées aux besoins des individus et des communautés les plus pauvres. Les autres déterminants de la santé (éducation, conditions socioéconomiques, cadre de vie) sont aussi marqués par des crises multiformes qui interagissent avec les situations épidémiologiques.

La crise de la santé est aussi celle des théories et modèles de changement de comportements, en matière de santé, qui se sont révélés limités quant à leur capacité d'intégrer les variables contextuelles africaines et la complexité des processus de prise de décision concernant la santé. Les systèmes de santé en Afrique portent encore le lourd héritage des paradigmes et des rapports politiques dans lesquels s'est construite la médecine coloniale.

Finalement, il s'agit d'une crise multiforme qui requiert la reconceptualisation et l'opérationnalisation de nouvelles approches susceptibles de rendre compte de la complexité des problèmes de santé et d'augmenter la capacité à les traiter. La construction de ces approches nécessitera certainement une redéfinition de

la santé qui intègre la pluralité des discours, produise des concepts et émane de contextes culturels et sociaux différents de ceux de l'Occident.

Les problèmes de santé semblent être articulés aux dynamiques sociales et politiques aux niveaux national et international. Ce faisant, il est important que des perspectives se dessinent pour intégrer les réponses aux crises de santé dans des processus sociaux, culturels et politiques de transformation des rapports de pouvoir à ces échelles.

### **Axes pour un agenda de recherche**

Il semble que les universités africaines, qui devraient être de puissants vecteurs de recherche sur les questions de santé, ne soient pas outillées pour prendre en charge l'analyse des articulations entre les contextes socio-économiques et politiques et les problèmes de santé. La santé continue à être du domaine exclusif des facultés ou institutions de médecine où l'enseignement sociologique sur la maladie et le discours philosophique sur la santé en Afrique constituent des domaines extrêmement marginalisés, sans articulations profondes avec les lieux de production des assurances biomédicales. Il est, de ce point de vue, important qu'une recherche opère une sorte de symptomatologie de la production universitaire sur les problèmes de santé en Afrique et que de ces recherches puissent émerger des reconstitutions de dynamiques intégrées de production de savoirs interdisciplinaires dépassant les horizons des paradigmes biomédicaux.

La recherche sociale sur les questions de santé en Afrique devrait se positionner dans la réflexion en cours articulant la santé et le développement. Cette articulation devrait autant analyser les impacts des problèmes de santé sur le développement que les conséquences sanitaires et épidémiologiques des choix de développement.

Ces impacts sur la santé devraient se constituer comme un domaine de recherche articulé à toute recherche sur les politiques économiques, les crises socio-économiques et les dynamiques politiques. Dans cette perspective, il est important de renforcer les analyses sur les impacts des programmes de la Banque mondiale et des approches politiques dominant la scène internationale sur la situation sanitaire.

Les enjeux sanitaires et épidémiologiques des processus de mondialisation mériteraient d'être étudiés tant au niveau global que sur le plan local.

La recherche sur les problèmes de santé ne pourra se développer que si les approches interdisciplinaires permettent à la fois de construire des repérages épidémiologiques et d'interroger les contextes socio-économiques et politiques.



Cheikh Ibrahima Niang

L'agenda de recherche devrait aussi inclure une analyse des politiques de santé à la fois au niveau de leur histoire et de leur cohérence interne et au niveau de leurs impacts sur les populations africaines.

L'analyse des politiques de santé devrait documenter les processus de leur conception et de leur mise en œuvre et situer les rapports politiques, économiques ou culturels nationaux et internationaux qui les influencent.

L'agenda de recherche devrait aussi comprendre des travaux sur les patrimoines historiques africains, non seulement dans le domaine des pratiques et des systèmes thérapeutiques, mais également dans celui des paradigmes et des philosophies de la santé.

## Références

---

- Airhihenbuwa, C.O., 1995, *Health and Culture Beyond the Western Paradigm*, SAGE Publications.
- Airhihenbuwa, C.O., Kumanyika, S.K., TenHave, T., Morssink, C.B., 2000, «Cultural Identity and Health Life Styles Among African Americans: A New Direction for Health Intervention Research?», *Ethn Dis*, Vol. 10, pp. 148-164.
- African Union, 2004, *The Young Face of NEPAD. Children and Young People in the New Partnership for Africa's Development*, Addis Ababa, African Union.
- Allison, A.C., 1954, «Protection Afforded by Sickle-Cell Trait Against Subtertian Malarial Infection», *British Medical Journal* 1, pp. 290-294.
- Allison, A.C., 1961, «Genetic Factors in Resistance to Malaria», *Annals of the New York Academy of Sciences* 91, pp. 710-729.
- André, P., Vaillancourt, J. G. et al., 2003, L'apport des sciences sociales en santé environnementale, in *Environnement et santé publique. Fondements et pratiques*, Gérin M., Gosselin P., Cordier S., Viau C., Quénel P., Dewailly E., Edisem, Canada, pp. 229-276.
- Arndt, C., Lewis, S., 2000, «The Macro Implications of HIV/AIDS in South Africa: A Preliminary Assessment», *The South African Journal of Economics*, Vol. 68, n° 5, pp. 1-32.
- Banque mondiale, 2001, *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 : combattre la pauvreté*, Washington DC., Banque mondiale.
- Berkman, L., Kawachi, I., 2000, *Social Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press.
- Boye O., 2003, «Contextes environnementaux et usage de la cigarette chez les élèves des établissements d'enseignements secondaires à Diourbel et à Tivaouane», Mémoire de Diplôme d'études approfondies en sciences de l'environnement, ISE/UCAD, Dakar.
- Bryant, A.T., 1966, *Zulu Medicine and Medicine-men*, Cape Town, Struik, p. 84.
- Brunham, R.C., Ronald, A.R., 1991, «Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases in Developing Countries», in Wasserheit, J.N., Aral, S.O., Holmes, K.K., Hitchcock, P.J., eds., *Research Issues in Human Behavior and*

Cheikh Ibrahima Niang

*Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era*, Washington DC., American Society for Microbiology.

- Burgess, A., Catalan, J., 1991, «Neuroscience of HIV Infection: Basic and Clinical Frontiers», *Aids Care*, 3(4): 467-71.
- Castro-Leal, F., Dayton, J., Demery, L., Mehra, K., 1999, «Public Social Spending in Africa: Do the Poor Benefit?» *The World Bank Research Observer*, Vol. 14, no. 1, pp. 49-72.
- Chevalier P., Gosselin P., 2003, La planète et nous, in Environnement et santé publique. Fondements et pratiques, Gérin M., Gosselin P., Cordier S., Viau C., Quénel P., Dewailly E., Edisem, Canada, pp. 3-38.
- Colley, J.R., Brasser, L.J., 1980, *Chronic Respiratory Disease in Children in Relation to Air Pollution*, Report on a WHO Study, WHO.
- Comaroff, J., 1993, «The Diseased Heart of Africa: Medicine, Colonialism, and the Black Body», in Lindenbaum, S., Lock, M., eds., *Knowledge, Power, and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Berkeley, University of California Press, pp. 305-29.
- CTA-DES-GTZ-DLG, 1997, *Agriculture + Rural Development*, Vol. 4, no. 2.
- Curtin, P.D., 1985, «Medical Knowledge and Urban Planning in Tropical Africa», *American Historical Review*, Vol. 90, pp. 594-614.
- Dassen, W, Brunekreef, B, Hoek, G, Hofschreuder, P, Staatsen, B, de Groot, H, Schouten, E, Biersteker, K., 1986, «Decline in Children's Pulmonary Function during an Air Pollution Episode», *J Air Pollut Control Assoc*, 36(11):1223-1227.
- Deacon, B., 2000, *Globalization and Social Policy: The Threat to Equitable Welfare*, Geneva 2000 Occasional Paper 5, UNRISD.
- De Koning, K., Martin, M., eds., 1996, *Participatory Research in Health: Issues and Experiences*, London, Zed Press.
- Desmond, C., Gow, J., 2002, *Impacts and Interventions. The HIV/AIDS Epidemic and the Children of South Africa*, UNICEF, University of Natal Press, South Africa.
- D'Houtaud, A., 1989, *La santé – Approche Sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*, Collection Espace social, Presses universitaires de Nancy, 256 p.
- Diop, A. B., 1981, *La société wolof: tradition et changement. Les systèmes d'inégalité et de domination*, Paris, Karthala.
- Diop, Cheikh Anta., 1981, *Civilisation ou barbarie*, Paris, Présence africaine.
- Dovlo, D., Nyongator, F., 1999, «Migration by Graduates of the University of Ghana Medical School», *Human Resources for Health Development Journal*, 3(1), pp. 40-51.

## Santé, société et politique en Afrique

- Doyal, L., 1979, *The Political Economy of Health*, London, Pluto Press.
- Dunn, F.L., 1984, «Social Determinants in Tropical Disease», in Warren, K.S., Mahmoud, A.A.F., eds., *Tropical and Geographical Medicine*, New York, McGraw-Hill.
- Durkheim, E., 2000, *Le suicide*, Paris, PUF, 11e Édition.
- Echenberg, M., 2002, *Black Death, white Medicine. Bubonic Plague and the Politics of Public Health in Colonial Senegal, 1914-1945*, Porthsmouth, Heinemann.
- Evans, T., 2002, «A Human Right to Health ?», *Third World Quaterly*, Vol. 23, no. 2, pp. 197.
- Fanon, F., 1965, «Medicine and Colonialism», in *A Daring Colonialism*, trans. by Haakon Chevalier, New York, Grove Press, 121-45.
- Fassin, D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Les Champs de la santé, Paris, PUF.
- Fassin, D., 2000, *Les enjeux politiques de la santé : études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.
- Feierman, S., Janzen, J.M., 1992, *The Social Basis of Health and Healing in Africa*, University of California Press.
- Finch, C. S., 1990, *The African Background to Medical Science. Essays on African History, Science & Civilizations*, London, Karnak House.
- Ford, J., 1971, *The Role of the Trypanosomiasis in African Ecology. A Study of the Tse-Tse Fly Problem*, Oxford, Claredon Press.
- Forget, G., Lebel, J., 2001, *An Ecosystem Approach to Human Health. International Journal of Occupational and Environmental Health*, Supplement to Vol. 7, no. 2, S3-S36.
- Fouéré, T., Maire B. et al., 2000, «Dietary Changes in Africa Urban Households in Response to Currency Devaluation : Foreseeable Risks for Health and Nutrition», *Public Health Nutrition*, 2 (3), pp. 293-301.
- Garrett Laurie, 1994, *The Coming Plague. Newly Emerging Diseases in a World out of Balance*, Penguin Books, United States of America.
- Giblin, J.L., 1990, «Trypanosomiasis Control in African History an Evaded Issue?» *Journal of African History*, Vol. 31, pp. 59-80.
- Global Forum for Health Research, 2000, *The 10/90 Report on Health Research 2000*, Geneva, Global Forum for Health Research.
- Global Forum for Health Research, 2003, *Strategic Orientations 2003-2005*, Geneva, Global Forum for Health Research.
- Goffman, E., 1986, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Trade Paperback.

Cheikh Ibrahima Niang

- Goren, A., Hellmann, S., 1988, «Prevalence of Respiratory Symptoms and Diseases in Schoolchildren Living in a Polluted and in a Low Polluted Area in Israel», *Environ Res*, 45(1):28-37.
- Graham, S., 1963, «Social Factors in Relation to Chronic Diseases», in Freeman, H., Levine, S., Reeder, L.G., eds, *Handbook of Medical Sociology*, New Jersey, Prentice Hall.
- Graunt, J., 1662, *Natural and Political Observations made Upon the Bills of Mortality*.
- Guest, E., 2001, *Children of AIDS: Africa's Orphan Crisis*, Sterling, Va., Pluto Press.
- Hays, R.D., Shapiro, M.F., 1992, «An Overview of Generic Health-Related Quality of Life Measures for HIV Research», *Quality of Life Research*, 1: 91-97.
- Herzlich, C., 1973, «La représentation sociale», in Moscovici, S., *Introduction à la psychologie sociale*, Paris, Larousse 1.
- Hollaway, J., 2000, *All Poor Together, The African Tragedy and Beyond*, Johannesburg, Capricorn Books.
- Janzen, J.M., 1978, *The Quest for Therapy, Medical Pluralism in Lower Zaire*, University of California Press.
- Jazairy, I., 1992, *The State of World Rural Poverty, an Inquiry into the Causes and Consequences*, International Fund for Agricultural Development, New York University Press.
- Kadushin, C., 1964, «Social Class and the Experience of Ill Health», *Social Inquiry*, 34:67-80.
- Kelly, M.J., 2001, *Défier le mal qui nous défie. Comprendre et amplifier la riposte des universités africaines au VIH/Sida*.
- Lee, K., Buse, K., Fustukian, S., 2002, *Health Policy in a Globalising World*, Cambridge University Press.
- Livingstone, F.B., 1958, «Anthropological Implications of Sickle-Cell Gene Distribution in West Africa», *American Anthropologist*, Vol. 60, pp. 533-562.
- Livingstone, F.B., 1964, «Aspects of the Population Dynamics of the Abnormal Hemoglobin and Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency Genes», *American Journal of Human Genetics*, 16(4), pp. 435-450.
- Mamba, M. J., 2004, «Géographie de l'eau. Cas des quartiers de Fass, du Point E, de Grand Yoff, de Pikine Icotaf et de Guinaw Rail». Mémoire de Diplôme d'études approfondies en sciences de l'environnement, ISE/UCAD, Dakar.
- Marmot M. G., Mustard J. F., 1996, «Les maladies coronariennes et la santé des populations», in *Etre ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, sous la direction de Evans R. G., Barer M. L., Marmor T. R., Les Presses de l'Université de Montréal, pp. 194-219

## Santé, société et politique en Afrique

- Meda, N., Ndoye, I., Mboup, S., Wade, A., Ndiaye, S., Niang, C., Sarr, F., Diop, I., Carael, M., 1999, «Low and Stable HIV Infections Rates in Senegal: Nature Course of the Epidemic or Evidence for Success of Prevention?», *AIDS*, 13: 1397-1405.
- Médecins sans frontières, 1996 (rapport annuel), *Populations en danger*, Paris, La Découverte, 194 p.
- Miller, N., Carballo, M., 1989, «Aids: a Disease of Development?», *Aids and Society*, Vol. 1, no. 1.
- Morley, D., 1973, *Paediatric Priorities in the Developing Countries*, Butterworth, London.
- Mouchet, J., 1991, *Paludisme*, Paris, Ellipses.
- Murray, C.J.L., Lopez, A.D., 1996, *The Global Burden of Disease, A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Vol 1. Cambridge, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- Naeye, R.L., 1973, «Pulmonary Arterial Abnormalities in the Sudden Infant Death Syndrome», *New Eng J Med*, 189:1167-1170.
- Nattrass, N., 2004, *The Moral Economy of AIDS in South Africa*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Ndiaye, I.P., Mauferon, J.B., Diagne, M., 1986, *Épidémiologie de l'épilepsie au Sénégal*, Communication presented to the 7th Congress of the Pan-African Association of Neurological Sciences, Abidjan, (Côte d'Ivoire), April 23-30.
- Ndour D., Diop A.G., Ndiaye M, Niang C., Sarr M.M., Ndiaye I.P., 2003, «Enquête sur l'épilepsie chez des enseignants d'un pays en développement : exemple du Sénégal», *Revue Neurol*, Paris.
- O'Manique, C., 2004, *Neoliberalism and AIDS Crisis in Sub-Saharan Africa: Globalization's Pandemic*, New York, Palgrave Macmillan.
- OMS, 2006, *La santé des populations. Rapport sur la santé dans la Région africaine*, Geneve, OMS.
- ONUSIDA, Banque mondiale, 2001, Sida, lutte contre la pauvreté et allègement de la dette. Module de formation sur l'intégration des programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans les instruments de développement.
- ONUSIDA PENNSTATE, 2000, *Cadre de communication sur le VIH/Sida*, Geneve, ONUSIDA.
- ONUSIDA, 2004, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*, Geneve, ONUSIDA.
- Parker, R., Aggleton, P., 2003, «HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: Conceptual Framework and Implications for Action». *Social Science Medicine* 57, 13-24.

Cheikh Ibrahima Niang

- Poku, N.K., Whiteside, A., 2002, «Global Health and the Politics of Governance», *Third World Quarterly. Journal of Emerging Areas*, Vol. 23, no. 2, pp.191-195.
- Rapkin, B.D., Smith, M.Y., 1993, «Assessment of Functional Status in Persons with HIV Infection», *Physical Medicine and Rehabilitation: State of the Art Reviews*, 7:s43-s72.
- Sachs, J., 2001, «Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development», *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Geneva, World Health Organization.
- Salem, G., 1998, *La santé dans la ville. Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*, Paris, Karthala-IRD, 368 p.
- Sarr, D., Seck, A.M., Ba, M., 1997, « Quarante ans de psychiatrie au Sénégal (1938-1978) », in Association des chercheurs sénégalais (ACS), *La folie au Sénégal*, Dakar, ACS, pp. 201-229.
- Schoepf, B.G., 1992, «AIDS, Sex and Condoms: African Healers and the Reinvention of Tradition in Zaire», *Medical Anthropology*, Vol. 14, pp. 225-242.
- Schoepf, B.G., 2004, «AIDS, History, and Struggles over Meaning», in Kalipeni, E., Craddock, S., Oppong, J.R, Ghosh, J., eds., *HIV & AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*, Malden, MA, Blackwell Publishing Ltd.
- Sherr, L., Hankins, C., Bennett, L., 1996, *AIDS as a Gender Issue: Psychosocial Perspectives*, London, Taylor and Francis.
- Silove, D., 2000, «Trauma and Forced Relocation», *Current Opinion in Psychiatry*, 13(2), pp. 231-236.
- Smith, K.R., 1987, *Biomass Fuels, Air Pollution and Health. A Global Review*, New York, Plenum Press.
- Stoler, A.L., 1989, «Making Empire Respectable: the Politics of Race and Sexual Morality in 20th-Century Colonial Cultures», *American Ethnologist*, Vol. 16, no. 4, pp. 694-660.
- Swanson, M., 1977, «The Sanitation Syndrome: Bubonic Plague and Urban Native Policy in the Cape Colony, 1900-1909», *Journal of African History*, 18, 387-410.
- Swiss, S., Jennings, P.J., Aryee, G.V., et al., 1998, «Violence Against Women During the Liberian Civil Conflict», *Jama*, 279(8):625-629.
- Syme, S., Hyman, M., Enterline, P., 1965, «Cultural Mobility and the Occurrence of Coronary Disease», *Journal of Health and Human Behavior*, no. 6, pp. 178-190.
- Thiroux, A., D'Anfreville, Dr., 1908, *Le paludisme au Sénégal pendant les années 1905-1906*, Paris, Baillièere et fils, 59 p.

## Santé, société et politique en Afrique

- Thomas-Slayter, B., 2003, *Southern Exposure, International Development and the Global South in the Twenty-First Century*, Sterling, Kumarian Press.
- Thompson, E.P., 1963, *The Making of the English Working Class*, New York, Pantheon Books.
- Timberlake, L., 1985, *L'Afrique en crise : la banqueroute de l'environnement*, Paris, L'Harmattan, 205 p.
- Turshen, M., 1984, *The Political Ecology of Disease in Tanzania*, New Brunswick N.J., Rutgers University Press.
- Turshen, M., 2000, *African Women's Health*, Trenton, N.J., Africa World Press, Inc.
- UNAIDS, 2004, *The Report on the Global AIDS Epidemic*, Geneva, UNAIDS.
- UNICEF/PNUF, 1990, Les enfants et l'environnement. La situation de l'environnement, 73 p.
- United Nations Millennium Summit, 2000, *Millennium Development Goals*, New York, UNDP.
- Uyanga, J., 1990, «Economic Development Strategies: Maternal and Child Health», *Soc. Sci Med.*, Vol. 31, no. 6, pp. 649-659.
- Wiesenfeld S. L., 1967, «Sickle-Cell Trait in Human Biological and Cultural Evolution», *Science*, Vol. 157, Issue 3793, pp. 1134-1140.
- World Bank, 1993a, *World Development Report, Investing in Health*, Washington, World Bank.
- World Bank, 1993b, *World Development Report 1993*, Washington, World Bank.
- World Bank, 1997, *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. A World Bank Policy Research Report*, New York and Oxford: Oxford University Press for the World Bank, European Commission and UNAIDS.
- World Bank, 1999, *Better Health for Africa*, Washington, no. 46.
- World Bank, 2000, *Entering the Twenty-first Century: World Development Report 1999/2000*, New York, Oxford University Press.
- World Health Organization, «Crisis in Human Resources for Health in the African Region», *African Health Monitor. A Magazine of the World Health Organization Regional Office for Africa*, January-June 2007, Vol 7, no. 1.
- Wu, A.W., Lamping, D.L., 1994, «Assessment of Quality of Life in HIV Disease», *AIDS* 8 (1, suppl.): S349-S359.
- Zempleni, A., 1966, « La dimension thérapeutique du culte des rab, Ndëp, tuur et Samp, rites de possession chez les Lébu et les Woolof », *Psychopathologie africaine*, III, Dakar, pp. 295-439.