



HAL
open science

L'aide humanitaire en neurologie. Réflexion sur la pratique médicale en milieu rural dans les pays tropicaux en développement

Simon Gaud

► **To cite this version:**

Simon Gaud. L'aide humanitaire en neurologie. Réflexion sur la pratique médicale en milieu rural dans les pays tropicaux en développement. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01732735

HAL Id: hal-01732735

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732735>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Simon GAUD

le 29 Mars 2013

L'AIDE HUMANITAIRE EN NEUROLOGIE. REFLEXION SUR LA PRATIQUE MEDICALE EN MILIEU RURAL DANS LES PAYS TROPICAUX EN DEVELOPPEMENT.

Examineurs de la thèse :

Monsieur Hervé VESPIGNANI	Professeur en Médecine	Président
Monsieur Alain GERARD	Professeur en Médecine	Juge
Monsieur Marc DEBOUVERIE	Professeur en Médecine	Juge
Madame Mathilde SAUVEE	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUÉL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET -
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre
DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean -Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-
Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert
GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude
HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS Michel
MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-
VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques
POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-
Jean ROYER Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)
Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : *(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : *(Réanimation ; médecine d'urgence)*

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : *(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)*

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

- 1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
- 2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)**
Docteur Isabelle THAON
- 3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)**
Docteur Laurent MARTRILLE
- 4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**
Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

- 2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))**
Docteur Lina BOLOTINE
- 3^{ème} sous-section : (Immunologie)**
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
- 4^{ème} sous-section : (Génétique)**
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

- 3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT
Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

- 1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)**
Docteur Anne-Christine RAT
- 3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)**
Docteur Anne-Claire BURSZTEJN
- 4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**
Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

- 4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**
Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

- 1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**
Docteur Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

- 3^{ème} sous-section :**
Docteur Olivier MOREL
- 5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)**
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

- 5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**
Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST
Docteur Arnaud MASSON
Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

- Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER -
- Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel SCHMITT
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER -
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Michel WAYOFF

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

Remerciements.

A notre Maître et Président de thèse,

**Monsieur le Professeur VESPIGNANI,
Professeur en Neurologie,
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques,**

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Votre bienveillance et vos qualités pédagogiques ont éclairé
notre internat.

Apprendre à vos côtés fut un privilège.

Veillez trouver ici la manifestation de notre profonde
reconnaissance et de notre plus grand respect.

A notre Maître et juge,

**Monsieur le Professeur Alain GERARD,
Professeur en Réanimation médicale,**

Nous tenons à vous exprimer notre plus grande reconnaissance
pour votre relecture attentive.

Nous vous remercions pour l'accueil chaleureux que vous avez
réservé à notre travail.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre thèse.

Veillez recevoir l'expression de notre grand respect et de
notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse,

**Monsieur le Professeur Marc DEBOUVERIE,
Professeur en Neurologie,**

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance pour votre encadrement dans ce travail, votre disponibilité et vos conseils.

Nous avons pu apprécier vos qualités humaines et pédagogiques.

Nous avons pu apprécier vos analyses et votre pratique.

Nous avons pu apprécier votre enthousiasme.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude.

Nous espérons que ce travail que vous avez accueilli avec cœur sera à la hauteur de vos enseignements.

A notre juge,

**Madame le Docteur Mathilde Sauvée,
Docteur en médecine,**

Nous tenons à vous exprimer notre plus grande reconnaissance
pour votre relecture attentive.

Nous vous remercions pour votre soutien, votre enseignement et
pour votre sympathie.

Veillez recevoir l'expression de notre profond respect et de
nos sincères remerciements.

A tous ceux qui ont aidé à la réalisation de ce travail,

- **Docteur Faralahy Noratra,**
- **Professeur Lalah,**
- **Docteur Clotilde Latache,**
- **Docteur Anne-Marie Worms,**
- **Docteur Marc David,**
- **Gaëlle Roure.**

A nos aînés ayant participé à notre formation,

- **Monsieur le Professeur Bertrand Godeau**, merci pour votre enseignement précieux et l'excellence de votre pratique médicale, merci pour votre accessibilité.
- **Madame le Professeur Annette Schaeffer**, merci pour votre enseignement et votre Porsche rose.
- **Madame le Professeur Anne-Catherine Bachoud-Levi**, merci pour votre enseignement et pour m'avoir ouvert à la neuropsychologie.
- **Monsieur le Docteur Marc Ladrière, Madame le Docteur Assetou Diarassouba, Madame le Professeur Joelle Cridlig** pour avoir encadré mes premiers pas.
- **Monsieur le Docteur Sébastien Richard**, merci pour ton enseignement, ta bonne humeur et ta convivialité. A ton potager et à la télé-médecine.
- **Monsieur le Docteur Jean-Christophe Lacour**, merci pour ton enseignement précieux, tes encouragements et ta mélomanie.
- **Monsieur le Professeur Xavier Ducrocq**, merci pour votre enseignement.
- **Monsieur le Docteur Patrick Beauchesne**, merci pour ton enseignement, tes visites avec Mirela et ton « sgo ».
- **Monsieur le Professeur Luc Taillandier**, merci pour ton enseignement, ta rigueur et ta logan.
- **Madame le Docteur Mirela Muresan**, merci pour ton enseignement et ta convivialité.
- **Monsieur le Docteur Nicolae Gospodaru**, merci pour ton enseignement et pour ta bonne humeur constante.
- **Madame le Docteur Sarah Louis**, merci pour ton enseignement en électromyographie et pour ta patience face au mauvais élève que j'étais.
- **Madame le Docteur Sophie Pittion**, merci pour ton enseignement.
- **Monsieur le Professeur Louis Maillard**, merci pour votre enseignement, en souvenir de ma première astreinte à vos côtés.
- **Monsieur le Docteur Jean-Pierre Vignal**, merci pour votre enseignement.
- **Monsieur le Docteur Philippe Longchamp**, merci pour votre enseignement.
- **Monsieur le Professeur Gérard Barroche**, merci pour votre enseignement.
- **Monsieur le Docteur Francis Boquel**, merci pour votre enseignement riche et passionnant.
- **Madame le Docteur Aline Prot**, merci pour ton enseignement et ton soutien pour mes premiers pas en psychiatrie.

- **Monsieur le Docteur Bernard Huttin**, pour votre enseignement, votre accueil chaleureux et vos qualités humaines.
- **Monsieur le Docteur Sébastien Delassaux**, pour ton enseignement précieux, ton savoir et ton savoir-faire, ta sympathie.
- **Monsieur le Docteur Romain Boyer**, pour ton enseignement et ton soutien, ta constance.
- **Madame le Docteur Emmanuelle Schmidt**, pour ton enseignement et ta sympathie.

A ma famille,

A mes parents, pour m'avoir donné l'envie et le courage de mener jusqu'au bout ces études, pour m'avoir transmis leur curiosité et m'avoir donné leur amour. Merci de m'avoir ouvert à la vie et à sa multitude, de m'avoir permis la tolérance.

A mes frères, merci aux petits frères de mon enfance, merci aux frères que vous êtes aujourd'hui et aux bonnes parties de plaisirs fraternels qui nous attendent encore.

A mes cousins, merci pour cette expérience en famille inoubliable, merci aux loucroq, merci pour toutes ces complicités, pour la première cigarette et merci au triptik.

A mon « demi-frère », engeneer, merci pour cette indescriptible complicité et ces rires inoubliables, pour les bons moments et ceux plus difficiles, à la rue Pétion et à Chevreuse, aux cartons et aux poulet-patates.

Au moustik,

Pour ces quatre années passées tout simplement merveilleuses. A toute ta féérie. Au bonheur ensemble. Au plaisir de marcher à tes côtés et à ta joie de vivre inébranlable.

A mes amis,

A tous mes amis de Nogent, Tonio et Daisy, Womdu gourdin et Grochke, Sassouel et Marion, Watonski et Judith, Mijo et Mélanie, Irvin, Guérôme, Jess, Thomas et Mouf, Mousse, Nico toumite et Camille, Neya, Steave, Justin, Sef, Lucie, Erwann, Papus, Gisoumichel, Tony, Jeanjean, Yann.

Aux amis de Berlin, Gorgre, Yoan, Tine, Inge, Clara, kleinMo, Levin.

Aux autres amis d'enfance, Marion, Sarah, Lucie, Aurélien, Florian, la famille Mignot.

Aux amis de la fac, Delphine, Florent, Antoine, Estelle, Quentin, Charlotte, Guillaume, Amanda, Jess et Steave, Damien, Cathy, François Legendre.

A mes amis de Nancy et co-internes,

Monseigneur et Maetouf, Lyoubi, Phlip, Barouk et Hélène, Thibalman et Bibi, Nico et Elodie (et Raphaël), Thomas et Claire, Solène, Cilou, Miki, Charlotte, Pierre le Belge, Constance et Emeric, Steph, François l'ophtalmo.

Aux amis de Madagascar,

Faralahy, Agnès, Stivana, Père Gilbert, Antoine, Lia, la famille Didier (Didier, Tina, Diamondra, Aina, Abolatiana, Radonavalona, Dinah), Monsieur Emile, Hubert, Marie.

Et aussi,

A toute l'équipe de l'unité 1 du CPN, à toutes les équipes des différents secteurs du service de neurologie de Central, à toute l'équipe de la neuro à Epinal, à Chantale, Françoise, Isabelle, Sandrine, à toute l'équipe du centre mémoire d'Epinal, merci à tous pour votre accueil chaleureux.

A Trufaz, Metonski, Grand pianoramax, Julien Daian, Bonobo, au CD « ? », Souchon, M, et Bach, Le Clézio, Magasin général et JC Rufin, dubonnet, la baltringue, hours, scoubidou, qui m'ont gentiment accompagné tout au long de ce travail.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

Table des matières

INTRODUCTION.

PREMIERE PARTIE : LA MEDECINE HUMANITAIRE AUJOURD'HUI : UNE PRATIQUE NEE DE DEUX PROCESSUS HISTORIQUES, L'AIDE HUMANITAIRE D'URGENCE ET LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT.

1/ Une médecine née des conflits.

- 1.1/ Préhistoire de l'humanitaire.
- 1.2/ Dunant et le CICR.
- 1.3/ Naissance des organisations internationales.
- 1.4/ Le conflit Biafra : moment fondateur, les « french doctors » et le « sans-frontiérisme ».
- 1.5/ L'intensification des conflits armés.
- 1.6/ Des crises d'un genre nouveau.

2/ Une politique publique héritée du fait colonial.

- 2.1/ L'expansion coloniale européenne et la création du corps de santé des colonies.
- 2.2/ La création d'instituts spécialisés.
- 2.3/ Le bilan.
- 2.4/ Du « point IV » ou l'invention du développement à la conférence de Bandoeng.
- 2.5/ L'école de la dépendance et la « self-reliance ».
- 2.6/ Le Tiers mondisme.
- 2.7/ La politique de Coopération et le clientélisme.

3/ Une médecine humanitaire professionnalisée à l'ère de la globalisation.

- 3.1/ Entre urgence et développement.
- 3.2/ L'Humanitaire d'Etat.
- 3.3/ Professionnalisation et transnationalisation.
- 3.4/ Humanitaire et médias.

DEUXIEME PARTIE : L'AIDE HUMANITAIRE A L'EPREUVE DE L'ETHIQUE.

1/ Pourquoi l'aide ?

- 1.1/ Quels sont les bénéficiaires légitimes de l'aide ?
 - 1.1.1/ Le droit naturel.
 - 1.1.2/ Comment la Déclaration universelle des droits de l'homme a-t-elle vu le jour ?
- 1.2/ Quelle finalité ?
 - 1.2.1/ l'absence d'obligation : la charité.
 - 1.2.2/ l'obligation d'humanité et la justice substantive.
 - 1.2.3/ La justice procédurale : l'obligation de justice distributive et l'obligation de justice corrective.
 - 1.2.4/ Droits individuels ou droit des peuples ? Justice globale, égalité des chances et cosmopolitisme.

2/ Comment aider ?

- 2.1/ Les politiques d'aide au développement et leur histoire.
- 2.2/ La double responsabilité, les principes éthiques de l'aide humanitaire.

3/ Les fondements éthiques de l'aide humanitaire remis en question.

- 3.1/ Universalisme et relativisme culturel.
 - 3.1.1/ Une morale universelle ?
 - 3.1.2/ Un humanitaire à l'occidental.
 - 3.1.3/ Le relativisme, jusqu'à quel point ?
 - 3.1.3.1/ Les relativismes.
 - 3.1.3.2/ Quelles critiques du relativisme ?
 - 3.1.3.3/ La diversité culturelle.
 - 3.1.3.4/ Conclusion.
- 3.2/ Guerres humanitaires et devoir d'ingérence.
- 3.3/ Humanitaire et biopouvoir.

4/ Conclusion.

TROISIEME PARTIE : LE SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT AU CŒUR DU SYSTEME DE SANTE AUJOURD'HUI. L'HERITAGE DE 30 ANNEES D'EVOLUTION DES POLITIQUES SANITAIRES DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT.

1/ Historique des politiques sanitaires.

- 1.1/ Alma-Ata et « la santé pour tous en l'an 2000 ».
- 1.2/ Bamako et le désengagement de l'Etat.
- 1.3/ L'aide santé aujourd'hui : des paradigmes en mutation.

2/ Le système de santé de district au cœur du système de santé des pays en développement aujourd'hui.

- 2.1/ Présentation du concept.
- 2.2/ Le système de santé de district (SSD).
- 2.3/ Service de santé du premier échelon.
- 2.4/ Service de santé de deuxième échelon : l'hôpital de district.
- 2.5/ Ressources humaines et formation complémentaire.
- 2.6/ Approvisionnement en médicaments.
- 2.7/ La participation communautaire.
- 2.8/ Financement.
- 2.9/ Conclusion.

QUATRIEME PARTIE : ESQUISSE D'EPIDEMIOLOGIE GENERALE ET DE NEURO-EPIDEMIOLOGIE DES PAYS EN DEVELOPPEMENT ET SURVOL DES PRINCIPALES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES RENCONTREES EN MILIEU TROPICAL.

Introduction.

1/ Esquisse d'épidémiologie générale et de neuro-épidémiologie des pays en développement.

- 1.1/ L'espérance de vie à la naissance.
- 1.2/ Le taux de mortalité infanto-juvénile.

- 1.3/ La mortalité maternelle.
- 1.4/ Les principales causes de morbidité et de mortalité.
- 1.5/ Conclusion.

2/ Quel est le poids de la pathologie neurologique dans les pays en développement ?

3/ Survol de la pathologie neurologique rencontrée en milieu tropical.

- 3.1/ La pathologie neuro-infectieuse.
 - 3.1.1/ Les infections bactériennes.
 - 3.1.1.1/ Les méningites purulentes.
 - 3.1.1.2/ La tuberculose neuro-méningée.
 - 3.1.1.3/ La neurosyphilis.
 - 3.1.1.4/ Les manifestations neurologiques de la lèpre.
 - 3.1.2/ Les infections parasitaires.
 - 3.1.2.1/ Le paludisme cérébral.
 - 3.1.2.2/ La neurocysticercose.
 - 3.1.2.3/ Autres.
 - 3.1.3/ Les infections virales.
 - 3.1.3.1/ L'encéphalite japonaise.
 - 3.1.3.2/ La dengue.
 - 3.1.3.3/ Rougeole et poliomyélite.
 - 3.1.3.4/ La rage.
 - 3.1.3.5/ Les manifestations neurologiques du VIH.
- 3.2/ Les neuromyélopathies tropicales.
- 3.3/ La pathologie cérébro-vasculaire.
- 3.4/ La pathologie carencielle.
- 3.5/ La pathologie dite « neuropsychiatrique ».
 - 3.5.1 /L'épilepsie.
 - 3.5.2/Les céphalées.
 - 3.5.3/La maladie de Parkinson idiopathique.
 - 3.5.4/Les démences.
 - 3.5.5/La sclérose en plaques.

CINQUIEME PARTIE : PRESENTATION DU PROJET.

1/ Mission exploratoire : notre expérience en zone rurale dans un centre de santé de base de niveau 2 à Madirovalo.

2/ Stratégies d'intervention proposées.

- 2.1/ Quelques éléments d'analyse du contexte : le paysage de fond.
 - 2.1.1 Présentation du pays.
 - 2.1.1.1/ Climat et situation géographique.
 - 2.1.1.2/ Données démographiques.
 - 2.1.1.3/ Histoire et vie politique.
 - 2.1.1.4/ Economie.
 - 2.1.2/ Politique de santé, système de santé de district à Madagascar.
 - 2.1.2.1/ Présentation.
 - 2.1.2.2/ Infrastructures.
 - 2.1.2.3/ Médicaments.
 - 2.1.2.4/ Ressources humaines.

- 2.1.2.5/ Ressources financières.
- 2.1.2.6/ Conclusion.
- 2.1.3/ Indicateurs de santé.
- 2.1.4/ Maladies cibles des « programmes verticaux ».
 - 2.1.4.1/ Le paludisme.
 - 2.1.4.2/ La tuberculose.
 - 2.1.4.3/ VIH/SIDA et IST.
- 2.1.5/ Maladies à prévention vaccinale.
- 2.1.6/ Maladies tropicales négligées.
 - 2.1.6.1/ Les parasitoses.
 - 2.1.6.2/ La lèpre.
 - 2.1.6.3/ La peste.
- 2.1.7/ Maladies non transmissibles.
 - 2.1.7.1/ L'épilepsie.
 - 2.1.7.2/ La pathologie cardio-vasculaire.
 - 2.1.7.3/ La pathologie nutritionnelle.
- 2.2/ Justification des choix d'intervention.
 - 2.2.1/ Pourquoi en zone rurale ?
 - 2.2.1.1/ Un constat : l'inégalité d'accès aux soins.
 - 2.2.1.2/ La pratique médicale en brousse : une autonomie forcée.
 - 2.2.1.3/ Conclusion.
 - 2.2.2/ Pourquoi proposer de la formation médicale continue ?
 - 2.2.2.1/ La crise multifactorielle des ressources humaines en santé.
 - 2.2.2.2/ Quelle stratégie pédagogique ?
 - 2.2.2.3/ Conclusion.
 - 2.2.3/ Pourquoi une formation en neurologie et en dermatologie ?
 - 2.2.4/ Pourquoi la région de Boeny ?
 - 2.2.5/ Pourquoi une formation à destination des médecins ?
- 2.3/ Population ciblée par l'intervention.

3/ Programmation du projet : cadre logique.

- 3.1/ Définition des objectifs et résultats.
- 3.2/ Définition des indicateurs et des sources de vérification.
 - 3.2.1/ Sources externes de vérification.
 - 3.2.2/ Sources internes de vérification.
- 3.3/ Définition des activités.
 - 3.3.1/ Les activités projet.
 - 3.3.2/ Les activités supports.
- 3.4/ Hypothèses et conditions préalables.

4/ Chronogramme.

5/ Budget.

- 5.1/ Ressources humaines.
- 5.2/ Ressources matérielles.
- 5.3/ Ressources financières.

CONCLUSION.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNEXE.

INTRODUCTION.

Le paysage humanitaire est aujourd'hui riche et complexe. Le médecin, personnage emblématique et largement médiatisé du terrain humanitaire, trouve sa place dans ce domaine en tant qu'il est l'acteur et l'auteur de soins dispensés à travers le monde en réponse à cette vulnérabilité extrême de l'homme de plus en plus prégnante aujourd'hui. A la fois née des conflits et de la grande vague de colonisation de la fin du 19^{ème} Siècle, la médecine humanitaire rassemble différents héritages dont elle s'est mutuellement enrichie. Cependant, aujourd'hui encore, les « urgenciers » et les « développementalistes » se font face et peinent à s'entendre. Si toutes les organisations non gouvernementales affirment aujourd'hui s'être engagées à la fois dans la gestion de crise et dans la voie du développement, la réalité semble tout autre. Pourtant, l'ère de la globalisation, les volontés politiques cosmopolitiques tentant d'unifier l'universalisation des normes morales occidentales et la prise en compte des particularismes culturels, incitent à réfléchir à une pratique médicale commune dans le domaine de l'aide internationale.

L'ère du développement, inaugurée par le discours d'investiture du président Truman en 1949, rebaptisa tout un ensemble de pays désormais qualifiés de « sous-développés ». L'aide des pays développés au développement des pays sous-développés va prendre racines progressivement dans le lit des institutions coloniales vieillissantes. La santé, vue jusqu'alors comme un simple produit du développement économique, va progressivement s'imposer comme un moteur central de l'aide au développement. Faisant suite aux politiques d'ajustement structurel, les directives onusiennes de bonnes gouvernances prôneront alors un retour à la lutte contre la pauvreté et aux politiques de santé décentralisées et axées sur les programmes, dits « horizontaux », de soins de santé primaires.

Parmi ces pays dits « en développement », l'île de Madagascar est un pays à faibles revenus classée par le PNUD en 2009 et selon son indice de développement humain au 145^{ème} rang/177 pays. Le profil sanitaire de la population malgache est proche de celui des pays d'Afrique subsaharienne et si la transition sanitaire s'est amorcée ailleurs, Madagascar supporte toujours fortement le poids des pathologies transmissibles, périnatales et nutritionnelles. Le système de santé malgache décentralisé et articulé autour d'un système de santé de district souffre de pannes budgétaires, d'infrastructures déficientes mais surtout d'une pénurie aiguë de ressources humaines en santé. Cette crise multifactorielle n'est pas le fait d'un particularisme national mais plutôt le lot d'un grand nombre de ces pays en développement. Sa prise de conscience relativement récente en fait aujourd'hui une priorité inscrite sur l'agenda politique de ces pays et des grandes instances internationales.

La pathologie neurologique tropicale a ses particularités mais reste pour une large part assez proche de celle rencontrée dans les pays du Nord. Pourtant il apparaît que la neurologie est une discipline largement concernée par les différentes problématiques de santé prioritaires dans ces pays. Qu'il s'agisse des maladies cibles des grands programmes verticaux (VIH, paludisme, lèpre, poliomyélite, etc.), des maladies tropicales dites « négligées » ou encore des maladies fréquemment rencontrées en soins de santé primaires (céphalées, épilepsie, pathologie cérébro-vasculaire, etc.), la neurologie

apparaît toujours de près ou de loin concernée. Afin d'apprécier quelle est la part de la pathologie neurologique rencontrée dans ces consultations en centres de santé primaires, nous nous sommes rendu sur place et avons participé à l'activité du centre de santé de base de niveau 2 de Madirovalo, commune de la région de Boeny à Madagascar. Nous nous proposons de rapporter cette expérience, d'en faire l'analyse et enfin de relater le chemin parcouru jusqu'à la mise en forme d'un projet de formation médicale continue en neurologie destinée à ces médecins généralistes exerçant en zone rurale.

Ce projet s'inscrit dans sa totalité dans une démarche de renforcement des ressources humaines en santé et d'appui au système de santé de district de la région et ce dans une optique de soutien aux différents programmes de santé verticaux, aux pathologie tropicales négligées et enfin aux problématiques syndromiques les plus fréquemment rencontrées dans les centres de santé de base.

PREMIERE PARTIE : LA MEDECINE HUMANITAIRE AUJOURD'HUI : UNE PRATIQUE NEE DE DEUX PROCESSUS HISTORIQUES, L'AIDE HUMANITAIRE D'URGENCE ET LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT.

1/ Une médecine née des conflits.

1.1/ Préhistoire de l'humanitaire.

Discoride d'Anazarba, médecin-pharmacologue et soldat du premier siècle de notre ère, est attaché à une forme de milice médicale envoyé jusqu'aux confins de l'Empire romain. Au Moyen-Age, l'Eglise impose la « Trêve de Dieu », période de quarante jours durant laquelle les combats doivent s'interrompre. Le roi de Suède Gustave II Adolphe promulgue en 1621 des « Articles de guerre » interdisant à ses troupes d'incendier une église, un hôpital, une école ou un moulin. Plus proche de nous, Outre-Atlantique, Tocqueville remarque le lien existant entre construction démocratique, liberté associative et inclinaison permise à s'identifier à la souffrance endurée par autrui. Plus tard en Grande-Bretagne émerge la lutte en faveur de l'abolition de l'esclavage, première initiative proprement non gouvernementale à dimension transnationale.

Si cette « préhistoire » de l'humanitaire éclaire une idéologie et des pratiques vieilles de plusieurs siècles, l'Histoire voit dans le « moment Dunant » la naissance officielle de l'humanitaire.

1.2/ Dunant et le CICR.

Henry Dunant, homme d'affaire suisse, prototype de l'élite dirigeante protestante, cherche à rencontrer Napoléon III pour ses affaires personnelles. Il se retrouve alors sur le champ de bataille de Solferino, guerre menée par l'empereur Napoléon III contre l'Empire Autrichien qui s'étend jusqu'en Italie du Nord. Ce « touriste », comme il se désignera lui-même, est profondément marqué par le spectacle des innombrables blessés. Il organise avec les villageois un service de secours où sont soignés indistinctement les blessés des deux camps et revendique la notion de neutralité des sauveteurs leur permettant d'intervenir sur le champ de bataille. A son retour, il rédige en 1862 « Un Souvenir de Solferino », ouvrage dont on se fait rapidement l'écho dans toute la presse européenne.

Dès 1863, en Suisse, naît le Comité international de secours aux blessés, embryon du future Comité International de la Croix Rouge (CICR) où trois principes fondateurs sont érigés : l'édification d'un cadre juridique, une volonté d'action internationale et l'adoption d'un sigle distinctif, la croix rouge.

Sous l'impulsion du CICR, le 22 août 1864 est ratifiée la première Convention de Genève par douze des plus grandes puissances de l'époque. Un espace juridique propre à la médecine humanitaire existe alors, garantissant entre autres la protection des blessés de guerre. C'est ce texte qui donnera naissance à la construction juridique sophistiquée du Droit International Humanitaire (DIH).

A cette époque apparaissent des dizaines d'associations nationales de secours aux blessés. Le CICR impose progressivement la reconnaissance d'une seule structure nationale par pays et donc l'unification des différentes associations sous la bannière d'une unique Croix-Rouge nationale : la croix rouge française, allemande, américaine, le croissant rouge turc, etc.

1.3/ Naissance des organisations internationales.

De façon récurrente, les conflits armés les plus féroces sont des accoucheurs de mutations significatives dans le domaine de l'humanitaire. Les deux conflits mondiaux du 20^{ème} siècle l'illustrent bien et voient émerger de nouvelles organisations non gouvernementales mais surtout des organisations internationales.

En 1921, la Société des Nations (SDN), tout juste née du traité de Versailles, pose les bases d'une agence interétatique en charge de la question des réfugiés russes. Sa Section d'hygiène, dirigée à Genève par le médecin juif polonais Ludvik Rajchman, assure la lutte contre les épidémies post-conflit comme le typhus et conduit les premières recherches sur la malnutrition. En 1945, dans l'immédiat second après-guerre, l'Organisation des Nations Unies (ONU), nouvelle plate-forme de dialogue internationale, est fondée. C'est dans un contexte de tensions politiques entre les deux blocs de la guerre froide que naissent les deux structures onusiennes les plus actives aujourd'hui, le Fonds international de secours à l'enfance (plus connu sous son sigle anglais Unicef) et le Haut Commissariat pour les réfugiés (HCR), beaucoup plus structuré et puissant que dans sa version SDN. Le rôle dévolu au HCR est d'identifier, de protéger et de rapatrier les réfugiés. Plusieurs autres entités fleurissent à leur suite, le Programme alimentaire mondial (PAM), créé en 1963, institution centrée sur l'aide alimentaire ; La Food and Agriculture Organization (FAO), organisation pour l'alimentation et l'agriculture ; le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) qui durant les années 90 s'est massivement investi de la pandémie du VIH/SIDA en Asie centrale ; enfin, l'OMS (Organisation mondiale de la santé), créée le 7 avril 1948, a permis la mise au point par le Dr Jonas Salk du premier vaccin contre la poliomyélite. Elle lance en 1974 le programme élargi de vaccination ayant pour finalité d'assurer une couverture vaccinale essentielle à tous les enfants du monde. En 1974, elle lance également le programme de lutte contre l'onchocercose, la « cécité des rivières », puis en 1977 elle établit la première liste de médicaments dits « essentiels », en 1979, elle annonce l'éradication mondiale de la variole. Devant une telle diversification des segments du complexe onusien, les secrétaires généraux successifs de l'Organisation affichent une volonté de trouver des instruments de coordination en situation de crise et créent en 1971 l'United Nations Disaster Relief Coordination Office (UNDRO) ou Office de coordination des Nations unies pour les secours en cas de catastrophe. Ce dernier sera absorbé lors de la création par Boutros Boutros-Ghali

en 1991 du Département des affaires humanitaires (DAH) qui deviendra en 1998 le bureau de coordination des affaires humanitaire (OCHA).

Le rôle de ces différentes organisations internationales sur la scène humanitaire est majeur tant par leur poids en tant que bailleur de fonds que par leur poids politique à travers les Etats membres. A titre d'exemple le PAM assure à lui seul entre le quart et la moitié de l'aide alimentaire distribuée annuellement dans le monde, il s'agit actuellement de la structure humanitaire la mieux dotée de capacités logistiques et coopère avec pas moins de 3300 Organisations Non Gouvernementales (ONG) internationales, nationales ou locales.

1.4/ Le conflit Biafrais : moment fondateur, les « french doctors » et le « sans-frontiérisme ».

Dans les années 60, la paralysie des acteurs sur la scène internationale provoquée par la guerre froide laisse le champ libre à l'émergence d'une autre approche de l'humanitaire. Autant le manque d'indépendance du mouvement Croix Rouge vis-à-vis des Etats (tributaire de leur aval préalable avant de débiter une mission), que l'impossibilité d'autonomie des organismes internationaux (OI) qui sont le siège de tensions entre leurs Etats membres favorisent l'émergence des ONG, par définition libérées des contraintes étatique.

« Nouveau Solférino » [J.C Rufin, 1986], lieu de naissance du « mouvement humanitaire moderne» [P.Micheletti, 2008], moment marquant la fin d'un « premier siècle de l'humanitaire» [P.Ryfman, 1999], les qualificatifs décrivant la guerre du Biafra (1967-1970) comme un moment charnière ne manquent pas.

En 1968, les Ibos, peuplant le Biafra, une province du Sud Est du Nigeria revendique, dans un contexte de conflits politico-religieux et économiques (la région étant riche en pétrole) une volonté d'indépendance. Il s'en suit une violente répression de la part du gouvernement nigérien et une grande famine touchant l'ensemble du pays et plus particulièrement le Biafra. L'ONU est paralysée face à ce conflit interne. Une intervention médico-chirurgicale d'assistance, plus ou moins clandestine, associant le CICR et plusieurs ONG prend forme. Cette intervention est considérée comme un tournant majeur de l'aide humanitaire contemporaine, à l'instar de la bataille de Solferino pour le CICR. Pour la première fois, sortant des sillages du CICR et de sa neutralité, les acteurs même de l'aide humanitaire décident de témoigner et de mobiliser l'opinion publique afin de mettre un terme à ce qu'ils pensent être un génocide.

« Les quelques médecins du Biafra hurlaient dans l'indifférence générale. Militant habitué aux rebuffades ou même stimulé par elles, je ne renonçais pas. Pour être admis dans les équipes du CICR, les volontaires acceptaient de ne jamais témoigner de ce qu'ils avaient vu au cours de leurs missions. J'avais signé, je fus parjure. Dès mon retour en France, devant le peu d'échos de mes rencontres politiques, je créai un « Comité international contre le génocide au Biafra ». Mon raisonnement était simple. Je n'acceptais pas de reproduire la faute du CICR qui, pendant la guerre de 39-45, n'avait pas

dénoncé les camps d'extermination nazis. On trouve là la genèse de Médecins sans frontières et de Médecins du monde » [Bernard Kouchner, 1986].

En réalité, il faut le dire, les futurs fondateurs de Médecins Sans Frontières (MSF) n'occupaient finalement qu'une place assez marginale dans les opérations de secours au Biafra et ils n'étaient pas les seuls à prendre position sur la question des protestations. Le CICR était lui aussi en train d'évoluer sur ses méthodes de communication mais également dans sa manière de gérer les opérations de ce genre. L'attitude des associations religieuses, qui n'hésitent pas à faire appel aux médias pour relayer la cause biafraise et à mettre en place dans l'urgence une opération humanitaire indépendante en forçant le blocus nigérian, est un autre indicateur de la transformation des pratiques humanitaires à la fin des années 60. La prise en compte de ces données amène à réfléchir sur une évolution plus générale de la pratique et du champ humanitaire dans son ensemble à cette période [M-L Desgrandchamps, 2011].

Si désormais le qualificatif de génocide est controversé et l'instrumentalisation des ONG chose connue, le Biafra n'en reste pas moins un événement fondateur par l'affirmation d'une nouvelle conception humanitaire faite de réactivité médicale, d'engagement politique et de proclamation d'indépendance. Le geste de solidarité ne devrait plus être limité ni même empêcher par les frontières internationales, les raisons d'Etat ou encore des impératifs diplomatico-stratégiques. L'idée émerge qu'à côté d'organisation œuvrant pour le développement, la création de structures spécialisées et permanentes, pouvant donc acquérir de l'expérience, dédiées à la gestion des situations de crises est nécessaire. De nouvelles ONG se réclamant du « sans-frontiérisme »¹ se développent dans ce domaine, à savoir conflits armés (essentiellement intra-étatiques) et catastrophes naturelles sévissant surtout en Afrique et en Asie. MSF en tête, elles se revendiquent comme structures associatives privées, indépendantes des Etats, élisant elles mêmes leur missions, financées majoritairement par des dons privés. De nouveaux acteurs tels que Médecin du Monde (MDM), Action internationale contre la faim, Handicap International voient le jour, revendiquant tous leur appartenance à l'idéologie « sans-frontiériste ». De paire avec cette nouvelle conception de l'humanitaire, la médiatisation va acquérir une dimension inédite permettant de financer les diverses interventions. Le médecin devient témoin et dénonciateur, entrant ainsi dans la sphère politique. Une des particularités revendiquées par ce mouvement est également le non respect de la souveraineté des Etats en cas de nécessité : « Les French doctors ne comptent plus les frontières qu'ils ont franchies sans en avoir le droit, les barrières politiques qu'ils ont contournées, les raisons d'Etat qu'ils ont ignorées pour répondre à l'appel des victimes » déclarait Deloche, ex-président de MDM en 1993 [P.Ryfman, 1996]. Nous reviendrons plus longuement par la suite sur ces notions de médiatisation et de non respect de la souveraineté des Etats.

¹ Le sans frontiérisme est né en même temps que la médecine d'urgence (le Service d'Aide Médicale d'Urgence) en France. Le terme générique est un néologisme forgé à partir du sigle de Médecins sans frontières. Le concept fait référence à un nouveau type d'ONG ayant pour vocation l'assistance dans l'urgence aux victimes de catastrophes naturelles ou de conflits armés notamment non internationaux.

1.5/ L'intensification des conflits armés.

Si l'optimisme des années 60 laisse penser que les besoins humanitaires vont diminuer considérablement avec le règlement des séquelles secondaires aux guerres mondiales (diminution des réfugiés), puis à la guerre froide et à ses conflits jugés satellites dans les pays fraîchement décolonisés, ce fut loin d'être le cas. Au contraire, le nombre de réfugiés ne cesse d'augmenter. De nouveaux types de conflits armés où la distinction traditionnelle entre combattants-et non combattants est de plus en plus difficile à établir, explosent en Afrique et dans les Balkans. L'Humanitaire voit ses moyens croître, et sa présence largement s'affirmer à travers les diverses ONG et OI.

Ainsi, les décennies suivantes seront une période de succession de conflits interrogeant à chaque fois à leur manière la pratique de l'aide humanitaire d'urgence. A travers une chronologie choisie de ces événements, nous posons les bases de ces grands questionnements.

Entre 1975 et 1980, les guerres « périphériques », alimentés par la guerre froide éclatent : guerre civile au Liban, invasion de l'Afghanistan par les soviétiques, entrée des vietnamiens contre le régime des Khmer Rouge au Cambodge. En 1985, la guerre d'Ethiopie éclate. Le régime communiste du colonel Mengistu va accentuer une famine préexistante et mener une politique de répression violente à l'encontre des paysans. Le gouvernement déclenche dans un second temps une vaste campagne médiatique afin de faire affluer l'aide humanitaire internationale qui servira alors de couverture à des mouvements de déportation de population. MSF est expulsée après avoir dénoncé ces manœuvres gouvernementales.

En 1989, le mur de Berlin tombe et la Guerre Froide prend fin.

De 1991 à 1995, l'aide humanitaire durant la guerre de Bosnie est vu comme un alibi politique. L'enlisement du conflit et l'accentuation des violences commises à l'encontre des populations civiles troublent l'opinion publique. L'aide est perçue comme une façade bienfaitrice commode, où une médiatisation intense et des financements accrus occultent l'absence de décisions politiques de la communauté internationale et son incapacité à enrayer le conflit. L'assassinat en mai 1992 à Sarajevo de Frédéric Maurice alimente un lourd débat sur le militaro-humanitaire, la seule qualité de personnel humanitaire ne suffit plus à assurer sa propre protection...

En 1991, la Somalie souffre d'une famine de vaste ampleur dans un contexte de guerres claniques. En 1992, alors que diverses ONG et le CICR avaient déjà mis en place un vaste système d'assistance, débute, à coup de grands renforts médiatiques, une opération militaro-humanitaire sous le mandat de l'ONU censée limiter les détournements de l'aide matérielle. Il s'ensuit un échec cuisant avec pour résultante l'affrontement avec des milices locales et le retrait des troupes internationales en 1995.

En 1994, Le génocide rwandais est dans un premier temps occulté par la victoire militaire de l'opposition armée Tutsie du front Patriotique Rwandais qui entraîne un mouvement de population d'une ampleur inédite dont résulte la présence de deux millions de réfugiés dans les pays limitrophes : Zaïre et Tanzanie. Plusieurs ONG font le constat de l'absence de volonté politique des

états voisins du Rwanda et des Etats-Unis à mettre fin au « sanctuaire humanitaire » constitué dans les camps de réfugiés par des cadres politico-militaires de l'ancien régime impliqué dans le génocide des Tutsis. MSF proteste en se retirant des lieux et une réflexion sur l'élaboration de codes de conduite est engagée.

En 1999, la crise au Kosovo, alors province de l'Albanie, génère un exode massif de la population albanophone du Kosovo vers la Macédoine et l'Albanie. Devant la crainte de la contagion des troubles à l'ensemble de la région, la peur de voir un nouveau massacre de masse se reproduire comme à Srebrenica durant la guerre de Serbie, on assiste à une forte mobilisation militaro-humanitaire sous la direction du conseil de l'OTAN prenant en charge avec succès les réfugiés des pays limitrophes. Le Kosovo marquait le point culminant de cette décennie d'interventions militaro-humanitaires, il en amorçait également la décrue rapide [Braem, 2007].

1.6/ Des crises d'un genre nouveau.

La première décennie du 21^{ème} siècle voit apparaître des crises d'un genre nouveau posant à la pratique humanitaire des questions nouvelles. En 2002, au Darfour, c'est 2 millions de déplacés à l'intérieur du territoire et 300 000 réfugiés au Tchad et en Centrafrique qui mobilisent une « armée » humanitaire forte de 13 000 travailleurs, ONG, OI et CICR confondus. Au Niger, en 2005, la première des famines « postmodernes », épisode de malnutrition aggravée dans une région où l'insécurité alimentaire est quasi permanente. 230 000 enfants sont traités pour malnutrition sévère, un enfant de moins de cinq ans sur trois est dans une situation critique et trois millions se sont retrouvés en situation de vulnérabilité extrême. Le séisme sous-marin du 26 décembre 2004 au large de l'île indonésienne de Sumatra a provoqué un raz-de-marée sans précédent touchant en quelques heures les côtes de plusieurs pays de l'Océan Indien (Indonésie, Kenya, Maldives, Sri Lanka, Inde, Thaïlande). Les pertes humaines s'élèvent à plus de 250 000 morts et disparus. Cette « onde de choc planétaire » [Mattei, 2005], grâce notamment à la propagation instantanée des informations par internet, a été perçue simultanément par plusieurs millions (voire milliards) de personnes et a suscité une réaction sans précédent. 13.5 Milliards de dollars ont été collectés (dont 5 milliards apportés par les sociétés civiles), couvrant largement les dépenses de l'aide d'urgence. C'est la question de la réaffectation des fonds qui s'est alors posée et plus largement la question de l'idée d'humanitaire durable et de l'articulation entre urgence et développement.

2/ Une politique publique héritée du fait colonial.

2.1/ L'expansion coloniale européenne et la création du corps de santé des colonies.

A la fin du 19^{ème} siècle, en plein cœur d'une vague d'expansion coloniale menée par les principales puissances européennes, est créée, par décret le 7 janvier 1890, le corps de santé des colonies et des pays de protectorat. La même année est inaugurée à Bordeaux l'École principale du Service de Santé de la Marine, chargée d'assurer la formation des médecins et pharmaciens de la Marine et des colonies. Si l'École de Bordeaux fut la colonne vertébrale du Service de santé colonial, l'École d'application du Pharo à Marseille, qui ouvre ses portes le 1er février 1907, en a été le cerveau et le cœur [Heraut, 2006]. L'empire colonial français s'étendait sur plus de 11 millions de kilomètres carré et comportait environ 35 millions d'habitants. Aucuns de ces pays n'avaient d'infrastructures sanitaires organisées telles qu'elles existaient alors en Occident. Ces « contrées lointaines » étaient réputées dangereuses pour l'homme blanc, son climat aride, mais surtout la présence de maladies infectieuses inconnues en Europe rendait la partie risquée. L'Afrique était « le tombeau de l'homme blanc ». Mahé, médecin de la marine, Professeur à l'École de médecine navale de Brest, de retour du Congo en 1875 déclare :

"Là-bas sur les rives empestées de l'Atlantique, vous rencontrerez le redoutable sphinx de la malaria, pernicious Protée, le fantôme délirant du typhus, le spectre livide et glacé du choléra, le masque jaune du vomito negro. Défiez-vous ! De la terre et des eaux s'exhale un souffle empoisonné..."[Lapeyssonnie, 1988].

Le choléra, la peste, la variole, le typhus exanthématique, la fièvre jaune, le paludisme, la lèpre, la trypanosomiase africaine (maladie du sommeil), mais aussi la poliomyélite, le tétanos, la rage humaine, la tuberculose, l'onchocercose, le trachome, la syphilis et d'autres constituaient le paysage infectieux qui mis à l'épreuve les premiers médecins coloniaux.

C'est le médecin colonial Alexandre Yersin qui, en 1894, découvrit à Hong Kong le bacille qui porte désormais son nom [Yersin, 1894]. Quatre ans plus tard, à Karachi, le médecin colonial Paul-Louis Simond démontre le rôle vecteur de la puce du rat [Simond, 1898]. Enfin ce sont les médecins militaires coloniaux Girard et Robic qui réussirent à mettre au point en 1932 à Tananarive un vaccin anti-pestueux efficace [Coulanges, 1982].

Le paludisme, dont l'hématozoaire fut découvert par le médecin militaire Alphonse Laveran à Constantine en 1880, fut en grande partie responsable du désastre sanitaire de la conquête de Madagascar qui, en 1895, tua 25% des 21 000 hommes du corps expéditionnaire, alors qu'il n'y eut que 25 morts par action de guerre. Le paludisme reste la principale cause de mortalité infantile sous les tropiques. Il faisait et fait partie du quotidien du médecin tropicaliste. Les premiers médecins qui s'acharnèrent à le combattre à travers son vecteur, le moustique, furent surnommés par les autochtones les "capitaines moustiques" [Héaut, 2006].

Pour la lèpre, Marchoux va organiser la lutte contre cette maladie mutilante, lutte qui sera poursuivie et développée par le médecin général Richet en collaboration avec Daniel Follereau [A.S.N.O.M, en ligne]. De nombreux médecins coloniaux se consacreront à cette lutte difficile, dont Léon Stevenel qui isola le principe actif de l'huile de Chaulmoogra, seul médicament d'une certaine efficacité avant qu'apparaissent les sulfones [Héraut, 2006].

Citons également, sans être exhaustif, les maladies intestinales bactériennes et parasitaires (dysentérie amibienne, etc.), les maladies virales infantiles (rougeole, etc.), la malnutrition protéino-énergétique, etc.

La colonisation a débuté sur les côtes, puis la logique voulue que l'on poussa la conquête vers l'intérieur du pays. Les colonnes de pénétration se heurtèrent à de vives résistances de la part des indigènes (surtout en Afrique, à Madagascar et en Indochine [Héraut, 2006]) et les médecins qui accompagnaient l'expédition traitaient les blessés des deux camps.

En dehors des combats, les médecins coloniaux donnaient des soins aux habitants des villages et dans la lignée hygiéniste² du courant d'alors, s'attachaient à la lutte contre le péril fécal. Des garnisons militaires s'installèrent en brousse et les médecins qui les accompagnaient avec eux. Ce fut le début d'un premier maillage sanitaire. S'étant rendu vite compte de l'importance « diplomatique » du médecin auprès des autochtones, le médecin colonial Alexandre Lasnet créa l'Assistance médicale indigène connue sous le sigle d'A.M.I.

Un peu plus tard, favorisée par l'extension des voies de communications, l'épidémie de maladie du sommeil (affection jusqu'alors endémique) devient inquiétante et engage Eugène Jamot dans son combat. Il met sur pied une médecine itinérante, offensive et innovante qui vient compléter l'A.M.I. Des équipes mobiles sillonnaient les contrées, et sur un mode autoritaire, rassemblaient les populations, dépistaient, examinaient, ponctionnaient, marquaient les malades, les traitaient et les surveillaient. Jamot dit : « Je réveillerai la race noire ! » [Héraut, 2006]. Les résultats sanitaires furent époustouflants et le modèle Jamot servit plus tard à la lutte contre la lèpre, le trachome, l'onchocercose, etc.

2.2/ La création d'instituts spécialisés.

Les découvertes médicales se multiplient au cours de la première moitié du XXème siècle, les spécificités pathologiques amenèrent à la création d'instituts spécialisés. A Bamako, en 1944, l'Institut Marchoux est fondé prenant le nom du médecin militaire colonial qui avait pris une part déterminante dans la lutte contre la lèpre. A Bobo-Dioulasso un organisme d'études des grandes endémies, le Centre Muraz, fut créé. En 1947 un institut ophtalmologique tropical en Afrique fut

² L'hygiénisme désigne un courant du milieu de 19^{ème} Siècle qui selon Georges Vigarello, se base sur « le principe nouveau de rentabilité "combustive" [pour réorienter] les valeurs données à la nourriture, aux boissons, à l'air respiré, au travail, au repos, à la propreté d'un corps censé laisser pénétrer l'oxygène par la peau ». L'hygiénisme s'est ensuite appuyé sur les découvertes de Louis Pasteur en 1865, et de ce fait sur le rôle des bactéries et des microbes dans la contamination des maladies humaines.

fondé à Bamako pour lutter contre la cécité due à l'onchocercose et au trachome. Enfin, pour lutter contre la malnutrition, des médecins et de nombreux pharmaciens coloniaux participèrent à la création de l'Organisme de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition en Afrique (ORANA). Nombreux furent les médecins militaires coloniaux qui participèrent à des organismes internationaux fondés après la seconde guerre mondiale : l'ORSTOM devenu IRD, l'UNICEF [Héraut, 2006].

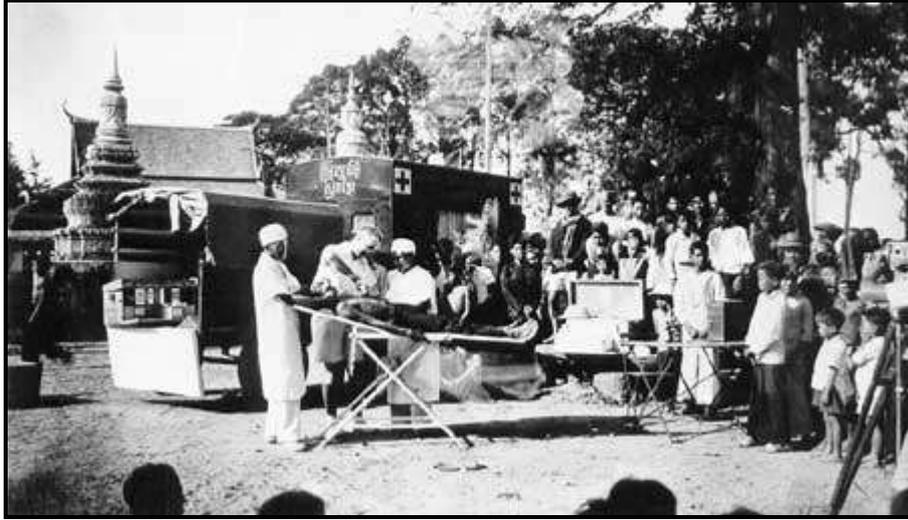
Au cours des premières décennies du 20^{ème} siècle, des deux grandes guerres jusqu'à la guerre d'Indochine, le médecin colonial devient combattant.

2.3/ Le bilan.

A l'heure de la décolonisation dans les années 60, le médecin colonial devient médecin coopérant. La France laissait, tout en continuant à en assurer le fonctionnement financier en hommes et matériel : 41 grands hôpitaux, 593 hôpitaux secondaires, 350 hyposeries et léproseries, 5000 dispensaires et 3000 maternités.

Les grands fléaux endémiques et épidémiques étaient sous contrôle, la variole éradiquée au point que la vaccination contre cette redoutable maladie n'est plus pratiquée. En 1992 le Center for disease control and prévention d'Atlanta a officiellement reconnu le rôle déterminant de l'École du Pharo dans cette éradication. La population en Afrique était passée de 35 millions à plus de 100 millions d'habitants.

On ajoutera au bilan plusieurs Facultés de Médecine qui se sont pérennisées : Tananarive, Hanoi, Saigon, Dakar, Abidjan ; plusieurs Centres de Recherche : le "Pharo", le Centre Muraz, l'Institut Marchoux, le I.O.T.A, l'O.R.A.N.A et les 14 Instituts Pasteur d'outre-mer (IPOM) [Lapeysonnie, 1988]. On estime qu'environ 800 médecins autochtones ont été formés par ces écoles de médecine autochtones [Héraut, 2006].



L'Assistance Médicale Indigène, consultation publique en Indochine [Source : ASNOM].

2.4/ Du « point IV » ou l'invention du développement jusqu'à la conférence de Bandoeng.

Dans l'immédiat second après-guerre, les problèmes les plus urgents ne semblaient pas se situer au Sud mais au Nord. L'Europe était à reconstruire et aux alliés d'hier semblaient s'opposer le camp des démocraties populaires à l'Est. En 1948, les Soviétiques mettent en place le blocus de Berlin. L'OTAN est créée. C'est pourtant dans ce contexte apparemment peu favorable que fut inventée la notion de développement.

Le discours d'investiture du président Truman en 1949 tente de définir quelques lignes claires de la politique étrangère américaine. En voici le point IV :

« Quatrièmement, il nous faut lancer un nouveau programme qui soit audacieux et qui mette les avantages de notre avance scientifique et de notre progrès industriel au service de l'amélioration et de la croissance des régions sous-développées. Plus de la moitié des gens de ce monde vivent dans des conditions voisines de la misère. Leur nourriture est insatisfaisante. Ils sont victimes de maladies. Leur vie économique est primitive et stationnaire. Leur pauvreté constitue un handicap et une menace, tant pour eux que pour les régions les plus prospères. Pour la première fois de l'histoire, l'humanité détient les connaissances techniques et pratiques susceptibles de soulager la souffrance de ces gens. (...) Je crois que nous devrions mettre à la disposition des peuples pacifiques les avantages de notre réserve de connaissances techniques afin de les aider à réaliser la vie meilleurs à laquelle ils aspirent. Et, en collaboration avec d'autres nations, nous devrions encourager l'investissement de capitaux dans les régions où le développement fait défaut. (...) Ce n'est qu'en aidant ses membres les plus défavorisés à s'aider eux-mêmes que la famille humaine pourra réaliser la vie décente et satisfaisante à laquelle chacun a droit. Seule la démocratie peut fournir la force vivifiante qui mobilisera les peuples du monde en vue d'une action qui leur permettra de triompher

non seulement de leurs oppresseurs mais aussi de leurs ennemis de toujours : la faim, la misère et le désespoir. »

C'est la première fois qu'est utilisé l'adjectif « sous-développé » dans un texte destiné à une pareille diffusion [Praxmarer, 1984]. Le point IV du président Truman est considéré comme l'acte inaugural d'une nouvelle ère, l'ère du « développement » [Rist, 2007]. Ainsi, à partir de 1949, 2 milliards d'habitants de la planète vont changer de nom. On ne parle plus de pays africains, latino-américains ou asiatiques mais de pays « sous-développés ».

En politique internationale, les années cinquante furent dominées par la guerre froide. Cette dernière constitua sur le terrain du Tiers Monde³, un champ de bataille idéologique et bloqua, par le droit de veto des membres permanents du Conseil de sécurité, le système de décision politique de l'ONU. Les actions d'urgence n'étaient pas possibles, l'ONU s'occupa donc de sujets plus consensuels comme le développement [Rist, 2007].

Du 18 au 24 avril 1955, en Indonésie se déroule en présence des représentants de 29 pays africains et asiatiques, la conférence de Bandoeng. Cette réunion marque l'entrée sur la scène internationale des pays du Tiers Monde, affirme leur solidarité et affiche une volonté de neutralité à l'égard des deux blocs de la guerre froide. La résolution finale condamne le colonialisme et l'impérialisme en général. Elle appelle les pays encore colonisés à accéder à leur indépendance en privilégiant la négociation et des solutions pacifiques. La conférence de Belgrade en 1961 réaffirme les bases du mouvement des non alignés. La conférence de Bandoeng est restée dans la mémoire collective comme le point de départ des revendications du Tiers Monde et comme l'affirmation d'une volonté des pays du Sud de se démarquer des grandes puissances qui cherchaient à imposer leurs lois [Rist, 2007]. En 1962, U Thang, alors secrétaire général demande à l'Assemblée générale de proclamer la Décennie des Nations unies pour le développement. Trente ans plus tard le PNUD dira :

« De même que la croissance est nécessaire au développement humain, le développement humain est essentiel à la croissance économique ».

Le cadre général dans lequel l'aventure du développement allait se dérouler était désormais en place. La décolonisation était largement engagée et les dirigeants des nouveaux Etats du Tiers Monde avaient également découvert les moyens de bénéficier de l'aide internationale [Rist, 2007]. C'est dans ce contexte que naissent les premières ONG spécialisée dans l'aide au développement comme le Secours catholique, le Comité français contre la faim (CFCF), le Comité catholique contre la faim et pour le développement (CCFD), ou encore la fondation Frères des hommes [De Solages, 1997]. D'autres vont émerger sous l'influence du militantisme anticolonial et de l'idéologie tiers mondiste.

³ L'expression « tiers monde » apparaît, comme une formule, dans la chute d'une chronique de l'économiste et démographe français Alfred Sauvy en 1952, faisant référence au tiers état français sous l'Ancien Régime. « Car enfin ce tiers monde ignoré, exploité, méprisé comme le tiers état, veut lui aussi, être quelque chose ». L'auteur de l'expression la désavoue cependant en 1988 dans un article du Monde : « Que l'on permette au créateur de l'expression tiers-monde, il y a déjà près de quarante ans, de la répudier, tant elle fait oublier la diversité croissante des cas. Englober dans le même terme les pays d'Afrique noire et « les quatre dragons » ne peut mener bien loin ».

2.5/ L'école de la dépendance et la « self-reliance ».

Dans les années 50, la Commission Economique pour l'Amérique Latine (CEPAL), organisme officiel des Nations unies établi à Santiago du Chili et chargé de promouvoir le « développement » de la région, est à l'origine du mouvement latino-américains les « dependentistas ». Cette école de la dépendance démontre les mécanismes nationaux et internationaux d'appropriation du surplus au profit des économies du centre et donc que le régime d'accumulation qui a prévalu dans les pays anciennement industrialisés ne peut se reproduire dans les périphéries. Cette conception va alors à contre-courant de la théorie rostwienne, alors dominante, du développement en cinq étapes (la société traditionnelle, les conditions préalables au démarrage, le démarrage, le progrès vers la maturité et l'ère de la consommation de masse). Dans la suite logique de ce nouveau mode de pensée, et dans une situation de plus en plus difficile dans les pays du Sud, le président tanzanien Julius Nyerere se résout à affronter le problème du sous-développement en engageant ses concitoyens à compter d'abord sur leurs propres forces. La déclaration d'Arusha fut adoptée le 5 février 1967, affirmant la notion de « self-reliance », de développement autocentré et d'autonomie.

2.6/ Le Tiers mondisme.

C'est dans ce contexte de théorie de la dépendance et d'autonomie sociale que naît et s'inspire le mouvement tiers-mondiste. En France, c'est en opposition à la guerre d'Algérie et à l'intervention américaine au Viêt-Nam en 1965 qu'il s'exprime. Le mythe central du tiers-mondisme s'érige autour de la figure du Tiers Monde comme acteur messianique de l'histoire car démuné et opprimé. C'est sur ce noyau idéologique, bien représenté par les écrits de F. Fanon (dans son ouvrage « Les Damnés de la terre »), que se constitue le militantisme associatif des années 1960-1970 [Hours, 1996]. Le « pillage du Tiers Monde » est critiqué, on prône un développement à long terme et « humain ». Ce développement ne peut se faire qu'en assurant aux pays du Tiers Monde l'ouverture des marchés, l'accès aux capitaux, à la technologie et à la science. Le but était que le Tiers Monde puisse élaborer un modèle de développement propre qui assure l'essentiel de ses besoins et fasse des nations en voie de développement de véritables partenaires à long terme. Cette assistance à long terme doit respecter la spécificité des pays du Tiers Monde par rapport à celle de l'ancienne métropole [Lefebvre, 1996]. Plusieurs ONG politisées verront le jour autour du tiers-mondisme faisant notamment campagne contre l'apartheid ou luttant pour le désarmement.

Puis, alors qu'on assiste à l'entrée sur scène du courant libéral, largement inspiré par l'ouvrage de Pascal Bruckner « Le sanglot de l'homme blanc » [Bruckner, 1983], Médecins sans frontières fonde Liberté sans frontière (LSF) et met un terme à l'hégémonie tiers-mondiste. En 1985, à l'occasion du colloque « Le tiers-mondisme en question », LSF, ce mouvement anti-marxiste, anti-étatiste et néolibéral qualifie l'idéologie tiers-mondiste de « fautive et dangereuse ». Ses thèses sont décrites comme « simpliste » et marquée par une analyse « à sens unique ». Le tiers-mondisme est présenté comme « un avatar de la pensée lénino-stalinienne » qui impute le sous-développement d'une partie

du monde à son exploitation par le capitalisme développé. Le courant anti-tiers-mondiste réfute toute explication du sous-développement par la dépendance, la détérioration des termes de l'échange ou l'imposition de modèle de l'extérieur au profit de l'analyse des causes permanentes internes. Ainsi, pour LSF, les pays en développement doivent leur malheur à leur mauvaise organisation, au caractère totalitaire de leur régime et à la corruption des élites.

Si l'on est passé d'une extrême à l'autre, le débat anti-tiers-mondiste aura permis d'attirer l'attention sur le poids des facteurs locaux et sur les disparités de situations au sein des Etats du Tiers Monde [Hours, 1996].

La victoire de la Gauche en 1981 a provoqué l'institutionnalisation du courant tiers-mondiste et sa dissolution au sein de la majorité socialiste.

2.7/ La politique de Coopération et le clientélisme.

Au lendemain de la décolonisation, alors que la conférence d'Accra en décembre 1958 pose l'inaliénabilité des frontières africaines, le concept de coopération devient le nouveau cadre théorique d'appréhension des relations entre la France et ses anciennes colonies. La politique de réseau sera le socle de cette coopération. Cette dernière est fortement dénoncée notamment par François-Xavier Verschave dans son ouvrage polémique « La Françafrique » publié en 1998 [Verschave, 1998], décrivant cette politique comme fondée sur la corruption et les détournements de fonds. Elle a également régulièrement été qualifiée de « néocolonialisme », d'« affairisme » voir même accusée de « complicité de génocide » (faisant référence au problème du Rwanda en 1994) [Petiteville, 1996].

Créé par le général de Gaulle en 1959, le ministère de la Coopération avait pour vocation de contribuer au développement des pays « du champ », c'est-à-dire des pays ayant acquis leur indépendance dans le cadre de la décolonisation. A partir de 1962, le ministère envoie des volontaires du service actif effectuer leur service militaire en tant que coopérant à l'étranger. Le ministère de la coopération s'appuyait sur 31 missions implantées dans les différentes zones d'influence traditionnelles de la France (Afrique subsaharienne, Afrique anglophone, lusophone, Asie du sud-est et les Caraïbes). En 1975, on comptait 25 000 coopérants expatriés.

Les objectifs de la coopération étaient multiples. Ils étaient tout d'abord militaires et diplomatiques. La présence militaire française permanente sur le continent africain atteignait près de 60 000 hommes au début des années 60. Elle est aujourd'hui moins importante (10 000), mais elle est complétée par le dispositif de la Force d'Action Rapide basé dans le sud de la France. Les justifications officielles de cet interventionnisme se sont longtemps fondées sur trois principes: la responsabilité prise par la France dans la garantie des frontières africaines héritées de la colonisation française, la protection des États francophones contre toute tentative d'agression ou de déstabilisation extérieure, et plus largement la contribution de la France à l'indépendance de l'Afrique vis-à-vis des deux grandes puissances [Petitville, 1996]. De fait, le contexte de la guerre froide, la pénétration à des degrés divers de l'influence soviétique sur le continent subsaharien dans

les années 1960 et surtout 1970 (Guinée, Congo, Bénin, Madagascar, Angola, Mozambique, Ethiopie, Somalie), la présence de troupes cubaines en nombre dans certains d'entre eux, ont longtemps validé l'argumentation officielle avancée par la France quant à la légitimité de sa présence et de ses interventions militaires en Afrique.

L'influence française était aussi maintenue grâce aux liens personnels unissant les membres de l'élite française à leurs clients africains. Jean-Christophe Mitterrand, fils de François Mitterrand et coordinateur de la politique africaine à l'Élysée dans les années 80, et Jean-Paul Habyarimana, fils de Juvénal Habyarimana du Rwanda, étaient de bons amis. Edem Kodjo, ancien Premier ministre du Togo, et Alain Juppé, Premier ministre de Jacques Chirac, étaient tous deux « énarques ». On prête à Valéry Giscard d'Estaing, le prédécesseur de Mitterrand, une liaison avec une femme centrafricaine, que lui aurait présenté Jean-Bédel Bokassa. Jacques Foccard, l'« homme Afrique » et ses méthodes directives organisées autour de réseaux de renseignements et d'actions illustre parfaitement la nature des relations France-Afrique à cette époque. Cette « politique du réseau » était également renforcée par un réseau clandestin et semi-clandestin d'anciens membres du Service d'action civique, de mercenaires, de fonctionnaires et diplomates retraités [Gros, 1998].

Un autre objectif était aussi, et cela concerne d'un peu plus près notre sujet, celui de l'aide au développement. Malgré la véhémence des polémiques que nous avons évoquées plus haut, malgré l'éruption récurrente dans le débat des thèses cartiéristes⁴, la préférence africaine de l'aide française est demeurée.

En 1992, le décret du 30 octobre crée la Caisse française de développement.

La tentative de Jean-Pierre Cot (1981-1982), tiers-mondiste ayant accédé au pouvoir en 1981, de sortir du « pré-carré » de la zone franc et de « désafricaniser » la coopération française s'opposa à l'ancien ministre de la France d'outre-mer qu'était François Mitterrand. Au début des années 1990, en pleine politique d'ajustement structurel, la pensée développementaliste française cède le pas à la mondialisation et à l'arrivée d'un nouvel universalisme éclairé par le marché et la « bonne gouvernance » [Jacquemot, 2011]. En 1998, les décrets du 4 février et du 10 décembre créent le Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID) qui définira une « zone de solidarité prioritaire » (ZSP), zone non plus cantonnée aux pays d'Afrique francophone mais étendue à tous les continents. Le ministère de la coopération disparaît et l'aide sera dès lors piloté par deux ministères : le ministère des Affaires étrangères et le ministère de l'Economie, des finances et de l'industrie. Le CICID coordonne ces deux ministères. En remplacement de la Caisse française de développement, institution financière, l'Agence française de développement (AFD) voit le jour. Le « champ » géographique du ministère de la Coopération couvrait alors trente-sept États. Quinze ans donc après la tentative avortée de Jean-Pierre Cot, la création de la zone de solidarité prioritaire (ZSP) fût considérée comme l'une des innovations majeures de la réforme de 1998. Cette dernière a confronté trois tendances, celle de la « Coop' » de la rue Monsieur, administration atypique viscéralement attachée à l'Afrique, celle des diplomates du Quai d'Orsay plus soucieux d'universalité, et celle des financiers de Rivioli-Bercy convaincu du faible poids économique de

⁴ Du nom du journaliste Raymond Cartier qui défendit la préférence française : « La Corrèze plutôt que le Zambèze ! » [Paris Match, 1956].

l'Afrique. Ce fût la fin de la Coop' et le début de la normalisation de l'aide française. L'ajustement budgétaire signa la « déflation » des effectifs de l'assistance technique. Les « ajusteurs » méprisaient les « développeurs », pris pour des baroudeurs incontrôlables. Depuis 2009, la ZSP a disparu, la préférence s'étant de nouveau rétrécie autour d'un groupe prioritaire de quatorze pays africains pauvres, majoritairement les membres du « pré-carré » originel [Jacquemot, 2011]. Au sujet de cette réforme s'exprime Alain Bocquet, alors membre de la Commission des Affaires Etrangères :

“Le gouvernement a pour souci, par cette réforme, appliquée réellement en février 1999, d'éviter le gaspillage d'énergie et de ressources humaines existant à travers les deux réseaux : les diplomates de l'Ambassade et les coopérants de la Mission française de Coopération” (propos recueillies lors d'un entretien en septembre 2001).

Le bilan actuel de la réforme est mitigé comme semble le constater le Comité d'aide au développement de l'OCDE :

« Chaque institution développe sa stratégie avec les instruments dont elle dispose, en sorte que les objectifs se déclinent en une multiplicité de secteurs et types d'intervention sans véritable hiérarchisation stratégique. Cette complexité [...] est source de confusion, voire parfois de tension, entre les objectifs recherchés, et peut diminuer l'impact des actions » [CAD, 2008].

L'aide publique au développement (APD) de la France repose aujourd'hui sur plusieurs fondements. Tout d'abord des conventions bilatérales permettent des actions à long terme, pluriannuelles et associant plusieurs domaines fondamentaux du développement, à savoir : l'éducation, la maîtrise de l'eau et du développement rural et la santé. L'aide est fondée sur un principe d'aide sélective dont les principaux domaines sont : l'amélioration des systèmes de santé, la gestion hospitalière, la formation, ou encore la lutte contre les pandémies. Aujourd'hui, la coopération bilatérale en matière d'aide au développement s'inscrit largement des les dispositions du « nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique » (NEPAD : New Partnership for Africa's Development), projet lancé par plusieurs pays africains au cours de la conférence de Durban en 2002 [Sommet d'Evian, 2003]. En sont à l'initiative notamment, Thabo Mbeki, président sud-africain, Abdelaziz Bouteflika, président algérien, Abdou Wade, président sénégalais, Olusegun Obasanjo, président nigérien et Hosni Moubarak, président égyptien. L'aide est encore multilatérale mais surtout communautaire. Depuis quelques années, l'eupéanisation de l'aide française s'est largement imposée et représente actuellement 20% du total de l'aide (l'Union Européenne est aujourd'hui le premier bailleur de fonds aux pays en développement avec près de la moitié de l'APD mondiale). L'aide bilatérale est devenue depuis la réforme de 1998 une aide budgétaire. Des enveloppes sont accordées au gouvernement d'un pays selon un programme et un budget défini par le ministère et en collaboration avec des « experts français ». L'aide multilatérale et communautaire constitue aujourd'hui une part largement majoritaire de l'aide allouée par la France. Le manque de transparence et d'efficacité des ces « grandes machines internationales » (Fond monétaires international, Union Européenne...) est constamment mise en avant [Blanchet, 2003]. A titre d'exemple, selon les termes de la Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement (DGICD) et concernant l'Union Européenne :

« L'aide communautaire est souvent stigmatisée pour ses dysfonctionnements tels que la lenteur de la mise en œuvre de l'aide, la complexité des procédures, le défaut de vision stratégique et le manque de visibilité ».

En 2001, Emile Lebris, alors président de l'association « Observatoire Permanent de la Coopération Française », confie :

« La France veut planter son drapeau à tous les niveaux et dans tous les secteurs et être au hit-parade des pays financeurs. Il ne s'agit plus d'une coopération de développement mais d'une coopération d'influence. La France fait une opération de séduction auprès d'une soixantaine de pays pour obtenir tout simplement des voix à l'Organisation Mondiale du Commerce »

A la base des relations franco-africaines, à travers cette « politique du réseau » que nous avons évoqué, il existe un indéniable désir de puissance de la France, qui fait d'abord et avant tout de sa politique africaine une politique d'influence. Jean-François Bayart, africaniste, résume la situation :

« Paris n'a jamais cessé de penser sa politique africaine comme un simple instrument au service de sa politique de puissance. Du rêve impérial de la fin du 19^{ème} siècle à la retraite en bon ordre, de la décolonisation à la gestion conservatoire de la coopération, la continuité a été évidente. » [Bayart, 1992].

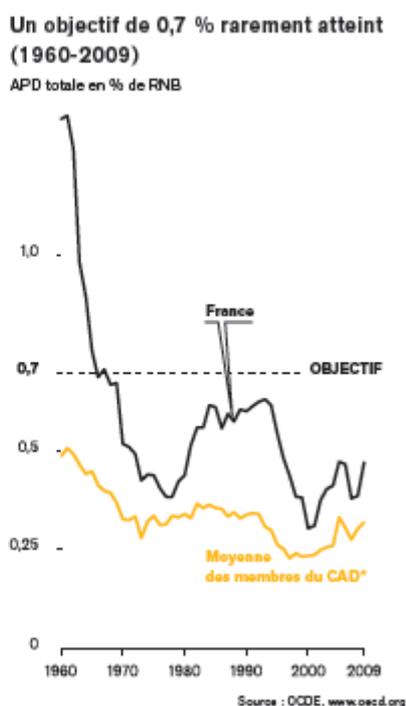
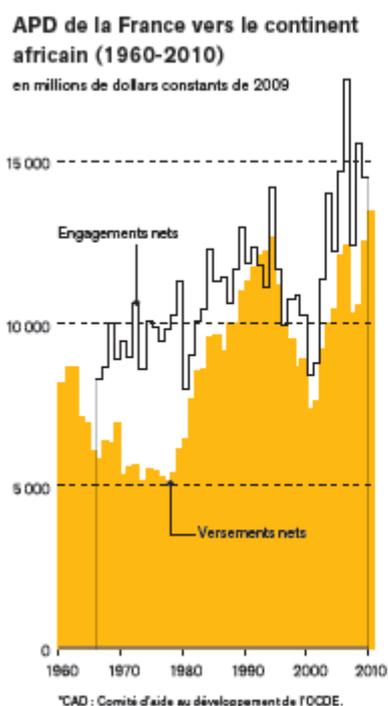
Toutefois, la genèse de la coopération dans les années 1960 montre aussi que celle-ci fut largement l'objet d'une demande des élites africaines de la génération des indépendances.

Ainsi, dans le domaine linguistique et culturel, les premiers partisans d'un « Commonwealth à la française » étaient africains (Senghor, Bourguiba, le nigérien Hamani Diori). Il ne faut pas surestimer les moyens de pression de la France, qui n'a jamais pu dissuader des États africains de sortir de la zone franc (Mali en 1962, Mauritanie et Madagascar en 1973). Parallèlement, il ne faut pas sous-estimer le capital d'influence dont disposent en retour les États africains sur le gouvernement français, qu'il s'agisse de moyens de pression économique (notamment pour les pays détenteurs de ressources minières exploitées par la France comme le Niger avec son uranium ou le Gabon avec son pétrole), ou de moyens de rétorsion diplomatique. Enfin, si la France est incontestablement le pays occidental le plus interventionniste en Afrique, plutôt que d'agir systématiquement selon son bon vouloir ou son désir de puissance, elle subit aussi parfois sa politique d'influence comme une véritable contrainte, comme l'a illustré le dossier tchadien dans le passé (les chefs d'État africains dits modérés qu'inquiétaient les visées du colonel Kadhafi au Tchad, ont régulièrement misé sur l'intervention française dans ce pays, et lorsqu'ils ont cru à un désengagement de la France du conflit comme à la fin de l'année 1984, ils n'ont pas hésité à faire pression sur le gouvernement français)[Petitville, 1996].

Aussi, la recherche par la France du maintien de son influence en Afrique s'insère-t-elle dans un système moins « impérialiste » ou « néo-colonialiste » que clientéliste [Petitville, 1996]. Utilisé par de nombreux africanistes, ce concept a notamment été développé par Bertrand Badie dans le champ des relations internationales pour décrire un système de transactions privilégiées entre un « État-patron » et un « État-client », fondées sur des bénéfices réciproques, sur des contraintes de relative

exclusivité, sur une forte personnalisation des relations assurant la durabilité du système [Badie, 1992]. Ce type de relations demeure néanmoins fortement asymétrique dans la mesure où la dépendance de l'État-patron à l'égard de l'État-client est toujours moindre que l'inverse, le coût de la rupture plus lourd pour l'État-client que pour l'État-patron (cas de la Guinée de Sékou Touré par exemple) et les moyens de pression de l'État-patron plus dissuasifs que ceux de l'État-client.

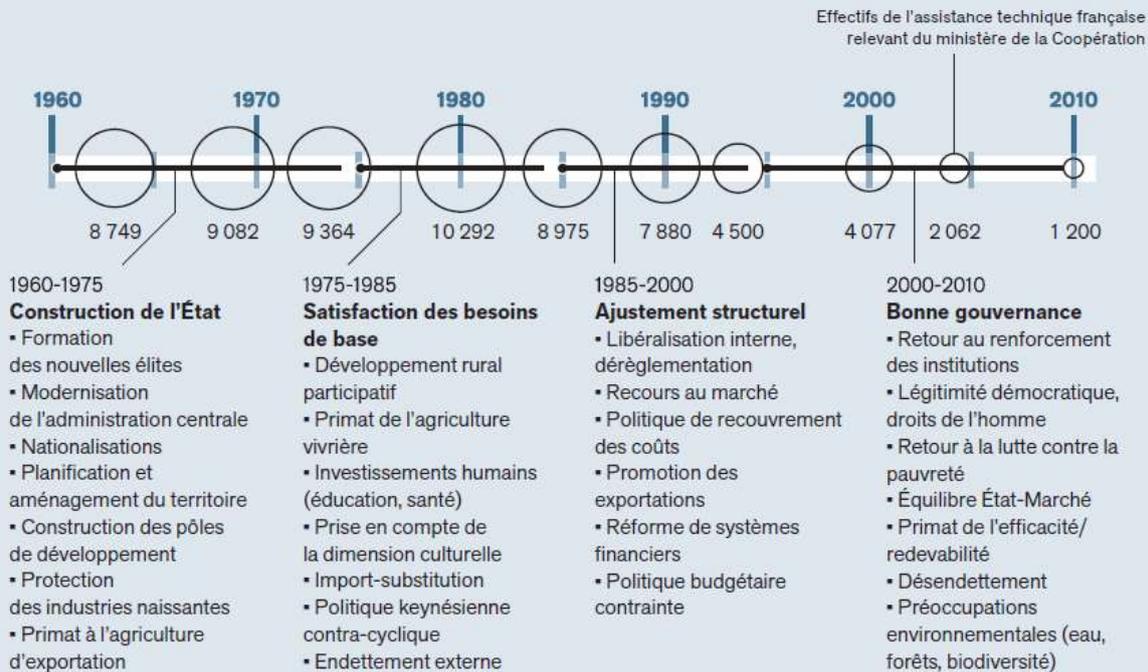
Apportons enfin une dernière nuance à l'instrumentalisation géopolitique de la coopération française: si cette conception est bien prédominante au sommet de l'État, elle est en revanche le plus souvent refoulée par les acteurs les plus impliqués dans la gestion de la coopération au quotidien, qui envisagent davantage leur mission comme une contribution au développement de l'Afrique. Tant et si bien que les opérateurs de la coopération française les plus engagés sur le terrain, les «coopérants» que le ministère de la Coopération mobilise autour de cette conception «développementaliste » vivent souvent mal le décalage avec les réalités et les contraintes [Petiteville, 1996].



L'évolution de l'aide publique au développement française vers le continent africain de 1960 à 2009, L'APD française totale en % du RNB de 1960 à 2009 [Jacquemot, 2011].

Déclin de l'assistance technique et reconfiguration des thématiques

La coopération française en Afrique, 1960-2010



Atelier de cartographie de Sciences Po, mai 2011

Sources : Gaud, 1994 ; Meimon, 2005 ; Sadoulet, 2007

La reconfiguration des thématiques de la coopération française en Afrique de 1960 à 2010 [Jacquemot, 2011].

3/ Une médecine humanitaire professionnalisée à l'ère de la globalisation.

3.1/ Entre urgence et développement.

La chute de Mur de Berlin en 1989, transforma fondamentalement la scène politique mondiale. Il inaugura l'ère de la globalisation avec les Etats-Unis comme superpuissance unique. La globalisation allait joindre la libéralisation des marchés politiques à celle des marchés économiques [Grünewald, 2000]. L'action humanitaire fût d'abord une aide d'urgence médico-sanitaire largement héritée de la Croix-Rouge et fortement enracinée dans les pays du Nord. Il est aujourd'hui devenu un vaste réseau transnational d'aide d'urgence et de développement, liant le Nord et le Sud, le centre et la périphérie, à travers de multiples conditions et relations faites à la fois de « dépendance » et « d'indigence » puis de « solidarité » et de « droits » [Saillant, 2007].

Si les humanitaires conviennent parfois du peu de pertinence ou d'intérêt intellectuel de la distinction entre urgence et développement, ils sont aussi les premiers à reconnaître la réalité pratique, identitaire et financière de cette opposition. Les associations sont perçues comme actrices de l'humanitaire de crise ou non, les lignes budgétaires et les organismes des grands bailleurs de fonds sont distinctes selon que l'on traite de l'urgence ou du développement (par exemple ECHO pour l'Europe ou OCHA dans le cadre des Nations-Unies, la DG 8 aujourd'hui refondue dans la Direction Générale du Développement de la Commission Européenne, et USAID dans l'autre). La durée des financements et des procédures elle aussi est distincte, les possibilités de collecte de fonds auprès de donateurs privés (voire publics) sont aujourd'hui clairement liées à l'urgence plus qu'au développement.

L'action d'urgence se situe dans l'immédiat, le développement s'inscrit dans le temps. Les urgentistes centrent leurs actions sur la santé et la distribution alimentaire, l'action de développement se veut globale. L'urgence s'adresse à un individu, le développement à une société et à son fonctionnement. L'aide d'urgence évoque plutôt l'ingérence alors que le développement s'obstine à obtenir l'appui des pouvoirs publics locaux.

La traditionnelle distinction faite entre urgentistes « sans-frontiéristes » et développementalistes « tiers-mondistes » commençait à perdre de son sens alors que le classique « continuum : avant-crise, pendant la crise, sortie de crise, phase de développement » défendu au départ par le PNUD était remis en question. Si aucune des deux traditions (urgentiste et développementaliste) ne doit renoncer à ses acquis et à ses savoir-faire les opposer apparaît de plus en plus stérile. Si la vision de type continuum est commode, elle est théorique et non réelle [Husson, 2000].

Au début des années 80, la montée en puissance des urgentistes humanitaires s'est indéniablement nourrie d'une désaffection croissante du public et des gouvernements à l'égard des schémas traditionnels de coopération interétatique :

« L'aide au développement, écrivaient alors les spécialistes, est de plus en plus contestée. Les engagements des États riches en faveur du tiers monde sont en baisse et la valeur réelle de leur assistance a considérablement diminué. D'autres priorités l'ont emporté en matière de politique extérieure et intérieure. Surtout, les décideurs sont de moins en moins convaincus que leur aide soit effectivement un facteur de développement. L'espoir d'une croissance rapide des pays les plus pauvres a été déçu. La contribution de l'aide internationale au développement du tiers-monde semble désormais douteuse et ses effets pervers n'en paraissent que plus évidents » [Bhagwati, 1970].

Cependant, la décennie 90 et son « renouveau de crises » (pérennisation des conflits, contagion régionale voire internationalisation des conflits, difficultés croissante d'accès aux victimes...), ont permis une certaine remise en cause des opérateurs de l'aide. Dans un premier temps leur analyse a été celle de la chronologie traditionnelle crise-développement au cœur de laquelle a été individualisée une phase intermédiaire, un entre-deux : la réhabilitation. Là encore, cette analyse théorique est peu en accord avec le terrain.

Les ONG anglo-saxonnes, les premières vont innover et demander l'utilisation des crédits, initialement réservés à l'aide alimentaire d'urgence, pour l'achat de semences et de matériel agricole.

De 1993 à 1996, le Conseil européen met en place un règlement relatif à « des actions de réhabilitation et de reconstruction en faveur des pays en développement ». Ce dispositif réglementaire va dans le sens de la déclaration de Madrid adoptée à l'occasion du Sommet humanitaire en décembre 1995. Il appelle la communauté internationale à garder des ressources disponibles « pour relever les défis de la reconstruction de sociétés détruites par la guerre, consolider un règlement de paix et empêcher que les graines de désastres futurs ne soient semées ». Cette déclaration mentionnait également que « les liens entre les secours d'urgence et le développement doivent être renforcés » [Rebelle, 2000].

La dichotomie urgence-développement trouve son origine dans l'histoire de l'aide internationale et fait référence à des savoir-faire qui son propre à une approche aujourd'hui dépassé du concept de l'aide. H. Slim d'Oxfam résume la situation:

“Perpetuating a rigid distinction between humanitarian values and development values opens the door to absurd questions of comparison between the two. Is humanitarian work only about saving life? Is development work 'long term' and humanitarian work 'short term'? Is one apolitical and the other political? The answer is, of course, that both humanitarianism and development are concerned with saving life, both are short and long term, and both are political in the proper sense of being concerned with the use and abuse of power in human relations. The idea that there is an implicit distinction in values between humanitarianism and development, which is encouraged by relief-development dualism, is misconceived. Poverty and violence both proceed from a common root in a human nature which finds sharing profoundly difficult, and a tendency to dehumanize the 'otherness' in potential rivals all too easy”[Slim, 2000].

3.2/ L'Humanitaire d'Etat.

Le concept polémique d'humanitaire d'Etat fait référence en premier lieu à l'humanitaire de crise. C'est surtout de cet humanitaire là qu'il sera question dans ce paragraphe.

La rigidification du système international engendré par le conflit Est-Ouest, interdisant de facto toute idée même d'action étatique dans une région dépendant du camp opposé, combiné avec la forte présence du non gouvernemental sur le terrain, alimenta durant les années 80 le sentiment trompeur d'un positionnement exclusivement hors souveraineté de l'action humanitaire [Ryfman, 2008]. A la fin des années 80, l'arrivée sur la scène humanitaire de ce nouvel acteur fût accueillie avec scepticisme puis rapidement les ONG apprécieront de se voir parés de multiples vertus et de se voir proposer un partenariat. L'encouragement des dons privés à travers quelques avantages fiscaux, la promesse d'allocations financières d'origine publique ont tout d'abord séduit le monde non gouvernemental. Puis, les directives étatiques voulant faire des ONG des « prestataires » de l'humanitaire, les disponibilités financières finalement peu au rendez-vous et la constatation de divergences idéologiques évidentes eurent raison des illusions du début.

D'ailleurs, les acteurs non gouvernementaux ont eux aussi rapidement fait l'objet de critique de la part de l'Etat, ce dernier les accusant d'être de taille trop réduite, trop dispersée, financièrement peu solide... Lionel Jospin, Premier ministre de l'époque, dans un discours sur la mondialisation prononcé à Rio de Janeiro le 6 avril 2001 considérait que :

«Les associations et les organisations non gouvernementales n'ont pas une légitimité, ni une capacité d'agir du même ordre que celle que confère la souveraineté, surtout lorsque celle-ci procède du suffrage universel. Le rôle des Etats reste donc déterminant car c'est d'abord en leur sein que s'élaborent les choix politiques ».

L'humanitaire d'Etat est le plus souvent assimilé au militaro-humanitaire (largement à l'œuvre durant la dernière décennie du 20ème siècle) et a fait l'objet de vives critiques. On peut citer tout d'abord l'« alibi humanitaire », situations dans lesquelles les responsables politique ont instrumentalisé l'humanitaire pour dissimuler leur passivité, leur inactivité diplomatique face à des dynamiques criminelles contre des populations civiles. Ce fût le cas en Bosnie, mais aussi au Rwanda. Il y eut la « gâchette humanitaire » [Rufin, 1999], situation dans laquelle l'humanitaire est instrumentalisé afin de légitimer le recours aux forces armées. L'intervention armée américaine en Afghanistan en 2001 mais aussi en Irak en sont deux exemples.

Pierre Salignon, responsable de programme à Médecins sans frontières, au cours d'un débat animé par Yann Mens intitulé « le Quai d'Orsay et l'humanitaire » s'exprime sur le sujet :

« Si l'Etat français mène aussi des opérations de secours en faveur de populations victimes de catastrophes naturelles ou de la guerre, que ce soit de façon unilatérale ou bilatérale, avec ou sans l'aval des Nations unies..., c'est son droit et parfois son obligation, mais ce n'est jamais dénué d'intérêts militaires, politiques ou commerciaux. L'Etat, au travers de ces opérations "civilo-militaires" fait des choix qui sont politiques et qui peuvent par conséquent privilégier des Etats, des régions, des populations au détriment d'autres. Dans l'humanitaire, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises victimes. L'assistance se doit de ne pas être subordonnée aux intérêts étatiques, souvent éloignés des besoins immédiats des populations en détresse. Donc parler du Quai d'Orsay et de l'humanitaire, c'est parler de deux choses différentes, qui se croisent, se rencontrent parfois, mais qui sont différentes » [Salignon, 2003].

Pour autant l'essentiel de l'humanitaire d'Etat ne se résume pas au « militaro-humanitaire ». Il est avant tout civil et s'est doté peu à peu d'outils politiques et administratifs spécifiques. En France, il est passé par une incarnation ministérielle propre de 1986 à 1997, dont trois de ses quatre titulaires successifs (Malhuret, Kouchner et Emmanuelli) étaient issus du monde ONG (MSF-F). Le décret du 7 janvier 2002 créa une Délégation à l'action humanitaire (DAH) avec des fonctions d'élaboration et de proposition de politique gouvernementale en matière d'action humanitaire. Avec des coûts de fonctionnement restreints et une utilisation optimale d'allocations limitées, elle s'est acquis une réelle crédibilité auprès des autres acteurs. Une vaste restructuration du Quai d'Orsay en 2008 a fait disparaître cette institution et a intégré l'humanitaire d'Etat dans un Centre de gestion de crise, nouvellement créé [Ryfman, 2008].

L'idée suivant laquelle « toute grande politique étrangère doit aujourd'hui comporter un volet humanitaire » parce que la France a « le devoir d'intervenir et d'alléger les souffrances partout dans le monde où les hommes sont placés en situation de détresse » prononcée il y a presque dix ans par Lucette Michaux-Chevry, ministre déléguée à l'Action humanitaire et aux Droits de l'Homme dans le gouvernement Balladur, perdure aujourd'hui. L'humanitaire d'Etat civil s'est incarnée pendant de nombreuses années à travers la figure politique de Bernard Kouchner. Pour ce dernier, il n'existe aucune cloison étanche entre action politique et action humanitaire puisque la seconde n'est qu'une partie de la première. Il sera le théoricien, en collaboration avec le professeur Mario Bettati, du « devoir d'ingérence », théorie selon laquelle tout Etat qui le peut se doit d'intervenir au nom de l'humanitaire dans tout Etat où la population souffre et où les droits de l'homme considérés comme universels sont bafoués [Kouchner, 1987]. Cette extension du « droit d'ingérence » ce heurte cependant d'un point de vue juridique au principe de souveraineté des Etats. L'évacuation massive hors du territoire nigérien des ressortissants des autres pays africains en 1991 fût un exemple de politique étrangère fondée sur le devoir d'ingérence. Sur fond de « Realpolitik », posant que l'Etat ne peut en aucun être désintéressé, cette politique interventionniste sera lourdement médiatisée et critiquée [Critique internationale, 2008].

L'humanitaire d'Etat civil s'exprime également sous la forme de l'aide publique au développement, extension moderne de sa politique de coopération que nous avons largement évoquée plus haut.

La question des relations existantes entre Etat et humanitaire fait donc débat. Nous l'avons vu, l'action humanitaire n'est-elle pas que la continuation de la politique par d'autres moyens ? A ce sujet Rony Brauman, ancien président de MSF-F proclame :

« Perçue comme une fin, l'humanitaire est incontestable, perçue comme un moyen, elle devient inacceptable » [Brauman, 1995].

Au-delà de la question de l'instrumentalisation, les acteurs de l'aide humanitaire posent simplement la question éthique du principe de neutralité, de celui d'indépendance comme étant au cœur de la pratique humanitaire.

Enfin et néanmoins, l'opposition à ce surgissement des Etats dans l'humanitaire est en elle-même discutable. Elle fait d'abord l'impasse sur la légitimité pour un appareil étatique de construire des politiques publiques. Elle néglige des antécédents historiques qui font que l'humanitaire d'Etat s'apparente plus à un retour qu'à une apparition inattendue [Ryfman, 2008]. Ce sont les nations européennes, à partir du XIXème siècle, qui ont initiée l'usage de l'assistance mutuelle lorsque survenait une catastrophe naturelle sur le territoire de l'une d'entre elles. Il était ainsi habituel que des voisins proches ou lointains proposent des secours s'ils en avaient les moyens et les possibilités. Le même XIXème siècle avait aussi connu une première forme d'Humanitaire étatique (dans des situations de conflits comportant des exactions massives) à travers les interventions dites « d'humanité » [Ryfman, 2003].

3.3/ Professionnalisation et transnationalisation.

La professionnalisation de l'aide humanitaire est aujourd'hui un fait acquis notamment dans le milieu non gouvernemental. L'humanitaire « politique » et « médical » du début des années 60 a laissé la place à un humanitaire plus « technicien » et aussi plus « salarié » [Siméant, 2001].

Dans le paysage humanitaire, s'affirment de plus en plus de vocations professionnelles. Vivre de l'humanitaire apparaît comme un choix valorisé. Des formations spécifiques en humanitaire émergent et sont de jours en jours plus nombreuses. La gestion des volumes croissants en « demande » d'aide associée à la complexité croissante des actions sur le terrain sont responsables de l'application des modèles managériaux en usage dans les grandes entreprises [Ryfman, 2008]. En corollaire de l'augmentation des budgets alloués par les grands bailleurs de fonds et face aux exigences croissantes en termes de normes, la professionnalisation des agences d'aide est devenue nécessaire. Des formations internes ou externes renforcent ou actualisent les compétences, les cursus universitaires sont de plus en plus spécialisés et répondent à la construction de véritables parcours professionnels et à l'idée croissante de la possibilité de « faire carrière » dans l'humanitaire. En 1994, le choc du génocide rwandais a été à l'origine d'une remise en cause radicale de certaines ONG qualifiées alors d'« incompetentes ». Ce fût le début d'une remise en question de l'« enthousiasme incontrôlé des militants incompetents ». Aujourd'hui, les associations de solidarité internationale s'apparentent de plus en plus à des entreprises que les bailleurs de fonds jugent à l'aune de leur capacité technique, de leur souplesse logistique et de leur performance économique pour assurer des programmes à moindre coût. Les grandes organisations humanitaires adoptent les normes du monde de l'industrie et du commerce afin d'optimiser leurs ressources financières et leurs activités [Perouse, 2009].

Interrogés au cours d'une étude menée par Siméant et Dauvin de 1998 à 2000, des acteurs de l'humanitaire argumentent pour ou contre la question de la professionnalisation.

Quant à la question de la professionnalisation comme opérationnalité et efficacité accrues, certains répondent que la professionnalisation est le garant d'une meilleure qualité de l'aide apportée aux bénéficiaires, d'une plus grande crédibilité auprès des bailleurs de fonds et du public. Pour d'autres, la professionnalisation recouvre une définition fautive des compétences humanitaires, argumentant que l'expérience de terrain de certains bénévoles ou volontaires « non qualifiés » apporte bien des compétences techniques qu'il convient de valoriser ; ou encore, que l'opérationnalité accrue déshumanise le geste humanitaire en privant ses acteurs de l'« émotion de la rencontre ». Enfin, sont défendus la volonté de ne pas ressembler aux grandes agences anglo-saxonnes (considérées comme moins militantes et plus gestionnaires) ou encore que le témoignage et le militantisme sont au moins aussi importantes que le geste humanitaire.

Quant à la question de la professionnalisation comme salarisation et métier, certains arguent que l'époque de l'« humanitaire sac à dos » est révolue et que la professionnalisation garantit l'inscription dans le long terme de certains programmes par la fidélisation des expatriés. Pour les autres, elle risque de tuer la dimension militante de l'humanitaire, risque de transformer les

équilibres de pouvoir au sein des ONG et de transformer les salariés en « fonctionnaires » peu motivés.

Enfin, quant à la question de la professionnalisation comme recours croissant aux fonds publics, pour les premiers elle garantit la salarisation de personnels compétents, pour les autres, elle signifie la fin de l'humanitaire à la française et la mainmise politique possible sur les ONG [Siméant, 2002].

On le voit, la professionnalisation est bien souvent opposée au concept de militantisme associatif alors qu'aucun de ces deux termes ne peuvent trouver de définition univoque dans des structures aussi complexes que sont les ONG aujourd'hui [Siméant, 2001]. Il est intéressant de voir qu'au cœur du débat entre professionnalisation et militantisme résonne celui existant entre urgentistes et développementalistes. Ainsi le caractère militant ne peut se concevoir pour certains qu'à travers un retour à l'urgence alors que pour d'autres le long terme laisse de la place au débat associatif, à l'immersion sur le terrain et à une démarche respectueuse des sociétés concernées. La professionnalisation est vue par certains comme directement liée à l'urgence car vue comme une nécessité d'opérationnalité [Siméant, 2001]. Tous ces débats prennent clairement leur source dans l'héritage urgentiste/développementaliste que nous avons pu développer plus haut.

Quoiqu'il en soit, la salarisation et la professionnalisation s'avèrent aujourd'hui générales et irréversibles, écartant peu à peu les acteurs généralistes du début.

Parallèlement et conjointement à cette professionnalisation, une partie des ONG humanitaires ont impulsé une dynamique de développement transnationale. La velléité de départ était de multiplier les branches issues d'une maison mère afin de faciliter la logistique à l'échelle internationale. L'ONG américaine Care a initié cette évolution en 1979 en implantant d'autres Care notamment en Allemagne, en France, au Japon, en Australie et au Canada. Oxfam a suivi puis les nouvelles associations de l'urgence issues du sans frontières, portées par les médias, ont également essaimées. Ces « multinationales du cœur » [Padis, 2004] confèrent aujourd'hui aux associations une véritable dimension globalisée leur permettant de disposer de capacités de projection et de déploiement de moyens considérables [Ryfman, 2008].

3.4/ Humanitaire et médias.

La médiatisation de l'humanitaire a connue un développement sans précédent depuis la génération des sans-frontiéristes et l'apparition des humanitaires de l'urgence. Néanmoins, les médias ont accompagnés l'humanitaire depuis sa naissance et tout au long de son développement. En 1922, Nansen, de retour de Russie soviétique, présente au public londonien, deux films qui constituent le premier témoignage visuel de la famine d'alors. L'opinion britannique est émue puis le film est traduit en plusieurs langues et l'indignation gagne rapidement la sphère internationale. L'élan de solidarité qui en résulte sera pour l'époque sans précédent [Natale, 2005]. En 1984, c'est également sous un régime communiste qu'en Ethiopie, la famine gagnera les feux de l'actualité. Elle débouchera sur un méga-concert rock de Wembley et l'opération Band Aid [Ryfman, 2008].

L'ère de l'audiovisuelle a permis une logique de l'émotion, de l'instantanée qui collait bien avec le mouvement post soixante-huit et la volonté de dénonciation des « french doctor ». C'est au Biafra que les déclarations faites aux médias par un groupe de médecins présent sur place témoignent au grand public de la situation politique en violation flagrante des règles traditionnelles du CICR. C'était une volonté de mobiliser l'opinion publique par la médiatisation de la « souffrance à distance », une vision médiatique portée à exhiber le spectaculaire et à jouer de la dramatisation [Collovald, 2001]. Ainsi né le « charity business » [Kouchner, 1986] ou « bazar de la charité ».

L'approche télévisuelle, catastrophiste et émotionnelle du sous-développement explique largement le succès médiatique et financier d'ONG comme MSF ou Médecins du Monde [Hours, 1996]. Rompant ainsi avec la discrétion, l'humanitaire moderne développe la publicité de son action [Lavoine, 2002].

Les « héros des temps modernes » attirent le monde journalistique et des liens ténus sont créés entre journalisme et acteurs humanitaire. Certains « journalistes embarqués » utilisent la logistiques des ONG pour recueillir quelques informations sur des terrains difficile d'accès, en échange les ONG attendent un peu de publicité sur leurs actions [Montclos, 2006]. Bernard Kouchner comptera parmi les cinq créateurs de « Actuel », média phare des années post-68. Les Organisation Internationales elles-mêmes proposent aux journalistes des « voyages de presse ». Cette connivence entre acteurs humanitaires et journalistes permet d'éviter toute question sérieuse quant à l'efficacité de l'aide et on le voit, la presse ne s'est jamais réellement intéressée à l'efficacité humanitaire mais seulement au mythe et à la présence [Pérouse, 2009]. Depuis donc les années 70-80, cette convergence d'intérêts ont naturellement contribué à propulser les humanitaires sur le devant de la scène médiatique, au détriment d'ailleurs des chercheurs et des spécialistes.

En matière de marketing et de publicité, les ONG utilisent (et ce d'autant plus depuis leur professionnalisation) les mêmes procédés que les entreprises. Sur le plan technique, le fonctionnement des campagnes de plaidoyer des ONG ne se distingue pas fondamentalement du « lobbying » [Pérouse, 2009]. Derrière les motifs éthiques d'une campagne se profilent des volontés de recrutement, d'augmenter les cotisations et d'attirer les dons [Sell, 2004]. Le risque est de privilégier les causes les plus « vendables » comme : la victime du tsunami asiatique de 2004 plutôt que le rescapé musulman du tremblement de terre au Cachemire en 2005.

Du photojournalisme et ses premières de couvertures (à l'image de Bernard Kouchner débarquant sur la plage de Mogadiscio, un sac de riz sur l'épaule) au numérique des journaux en ligne en passant par les vidéos amateurs, la diffusion quasi instantanée des images grâce à internet inaugure une nouvelle ère de la médiatisation et de ses emballement non contrôlé comme se fut le cas lors du tsunami de décembre 2007 en Asie.

Ce qui au départ était une volonté de dénoncer et de sensibiliser est devenu aujourd'hui une publicité d'images misérabilistes des grandes catastrophes à visée marketing.



Le 5 décembre 1992. Bernard Kouchner, sac de riz sur l'épaule, débarque à Mogadiscio. [Agence France Presse].

DEUXIEME PARTIE : L'AIDE HUMANITAIRE A L'EPREUVE DE L'ETHIQUE.

Constatons tout d'abord à regarder le monde que d'immenses inégalités de richesse et de pouvoir font le lit d'une vulnérabilité extrême, d'une pauvreté, de malnutrition et de maladies. Cette constatation n'exige t-elle pas une critique valable partout, n'exige t-elle pas l'idée d'une justice mondiale, d'une théorie globale ? Il faudrait écrire sans cesse et ainsi renouveler à chaque instant une histoire complète de la société juste, des droits humains, de la liberté, de l'égalité afin qu'elle s'applique de manière identique à tous les pays et au monde entier. Qui peut faire un tel récit ? Comment être sûre que tout un chacun entendra ce récit de la même manière ? La diversité des cultures et la pluralité des systèmes rend très improbable la possibilité qu'un seul type de justice puisse être appliqué à travers le globe et dans la vie de tous les jours. Doit-on accepter l'idée que les différences culturelles sont un frein à toute volonté de justice globale ? Doit-on plutôt insister sur le mal de la souffrance humaine que nous côtoyons et que nous acceptons ? Après tout, doit-on attendre l'existence d'un consensus mondial sur une théorie complète de la justice pour faire campagne contre la pauvreté, le nettoyage ethnique ou encore les grandes endémies ? Ne pouvons-nous pas attendre simplement de tout individu la reconnaissance de ces populations vulnérables, l'attention à leur souffrance et quelques principes moraux largement partagés ?

Les paradigmes éthiques de l'aide internationale et donc plus précisément de l'aide humanitaire internationale posent la question d'une part des bénéficiaires légitimes de l'aide et d'autre part de la finalité poursuivie. Ces donc à travers ces deux grands questionnement que nous allons tenter d'établir une analyse et une réflexion relative aux problématiques éthiques de l'aide aujourd'hui. Dans un second temps nous évoquerons le « comment de l'aide » à travers l'énonciation de quelques politiques d'aide et de leur historicité. Enfin nous nous attacherons à remettre en question les fondements éthiques de l'aide que nous aurons discuté et nous interrogerons les concepts de relativisme culturel, de devoir d'ingérence et de biopouvoir vus comme, à notre sens, problématiques placées au centre de l'éthique de l'aide aujourd'hui.

1/ Pourquoi l'aide ?

1.1/ Quels sont les bénéficiaires légitimes de l'aide ?

Tout d'abord, à la question posée des bénéficiaires légitimes de l'aide, on oppose fréquemment les Etats et la notion de « particularisme national » aux individus et la notion de « grand universalisme » [Sen, 1984]. L'aide concerne dans le premier cas les Etats entre eux et dans le second cas les êtres humains entre eux.

La vision d'une aide internationale entre Etats prend appui sur un respect intégral du principe de souveraineté des Etats. Ce principe fait référence à un ordre international tel qu'il a émergé à la suite

de la paix de Westphalie en 1648. Cet ordre était fondé sur l' « Etat-nation » et sur la défense de sa souveraineté tant sur le plan interne (unité économique auto-suffisante), que sur le plan externe (il était envisagé comme le principal agent des relations internationales au plan politique). Appliqué à la problématique de l'aide internationale, ce principe abouti à une division du travail par laquelle « chaque société est responsable du bien-être de sa population, tandis que la communauté internationale se doit de maintenir les conditions générales dans lesquelles chaque société peut s'épanouir » [Beitz, 2000].

Une aide conçue comme directement destinée aux individus fait référence à l'existence de droits universels inaliénables inhérents à tout individu en tant qu'il est homme et place ces droits au dessus de tout principe de souveraineté des Etats. Nous allons à présent tenter de cerner les fondements philosophiques d'une telle vision.

1.1.1/ Le droit naturel.

Ce qui se nomme aujourd'hui « droits de l'homme » s'est tout d'abord appelé « droits naturels » et même à l'origine « loi naturelle ». Donnons-nous une idée de ce dont il s'agit à travers un passage de la déclaration d'Indépendance des Etats-Unis :

« Nous tenons pour évidentes en elles-mêmes ces vérités, que tous les hommes naissent égaux, qu'ils ont été investis par leur Créateur de certains Droits inaliénables parmi lesquels sont les droits à la Vie, la Liberté et la recherche du Bonheur ».

Puisque les droits d'une personne impliquent les devoirs d'autrui à l'égard de cette personne on peut considérer les droits de l'homme comme le droit de chacun à disposer de sa liberté ou encore comme le devoir qui incombe aux « heureux de ce monde » d'améliorer la condition des déshérités. Alors que la loi naturelle insistait sur des devoirs inhérents à la nature de l'homme, le droit naturel introduit la notion de droit. Il s'agit là de deux vues bien différentes que nous nous efforcerons d'exposer en retraçant brièvement l'histoire du droit naturel classique et du droit naturel moderne.

Le droit naturel, dans sa forme classique, est lié à une perspective téléologique de l'univers. Tous les états naturels (et l'homme en fait partie) ont une fin naturelle, une destinée naturelle qui détermine quelles sont les opérations qui sont bonnes pour eux. La doctrine classique du droit naturel fût créée par Socrate, puis développé par Platon et les Stoïciens [Strauss, 1953]. Elle formule une justice distributive dans un cosmos où la nature humaine sert de référence. Ainsi, dans cette conception, il n'y a de place ni pour l'individualisme, ni pour le subjectivisme.

« Les Grecs, observe Jean-Pierre Vernant, sont totalement dépourvus de cette idée d'un individu singulier, détenteur de droits universels et inaliénables qui nous paraît aller de soi » [Vernant, 1987].

Une première rupture apparaît avec le christianisme et Saint Thomas d'Aquin qui formulera l'idée d'une valeur unique de chaque être humain en tant qu'il possède une âme qui le met en relation directe avec Dieu. L'homme devient ainsi porteur d'une valeur absolue qui ne saurait se confondre

avec ses qualités personnelles ni avec son appartenance à une certaine collectivité particulière. Avec Saint Augustin s'affirmera cette appartenance à une entité « supraterrestre » et la notion de l'homme chrétien comme un tout, un infini en soi, cessant alors d'être partie d'un organisme politique. Il développera également l'idée que c'est par le cheminement intérieur que l'on s'élève, le for intérieur remplaçant ainsi le monde comme lieu de vérité. Cependant, la croyance en un Dieu unique, laisse place à l'universalité. Tout homme est fils de Dieu sans distinction et la charité est l'amour de son prochain en tant que créature de Dieu. En somme, nous voyons là l'évolution d'un droit naturel classique objectif fondé sur le naturalisme cosmologique vers un droit naturel toujours dans une perspective objective mais fondé sur un naturalisme théologique, la loi divine.

Une deuxième rupture pose les bases du droit naturel moderne selon Léo Strauss : c'est l'émergence de la raison. Au 16^{ème} Siècle, l'Ecole de la Salamanque et notamment Francisco de Vitoria et Francisco Suarez initient la théorisation d'un droit naturel subjectif fondé sur la raison individuelle. Les sources de la justice, du droit ou de la morale ne doivent plus être recherchées dans les textes sacrés ou dans les traditions mais dans l'examen de la nature à la lumière de la raison. Hugo Grotius (1583-1645) écrit que le droit serait ce qu'il est « même si Dieu n'existait pas ».

Puis au 17^{ème} Siècle, avec Hobbes et Locke, le concept d'individualisme prend forme. Pour Locke, les grands droits naturels sont aux nombres de trois : le droit à la vie, le droit à la liberté et le droit à la propriété. La liberté est la faculté laissée à chacun de faire ce qu'il lui plait. Autrement dit, c'est un devoir de non ingérence d'autrui. Cette conception de la liberté est dite « négative » puisqu'en ce sens le droit à la liberté est l'obligation pour autrui de laisser chacun agir au mieux ou au pire de ses intérêts [David, 1966]. Il n'y a donc pas d'obligation positive d'aider un individu. « Tu ne tueras pas, mais rien ne te contraint à veiller sur la vie du voisin ». L'Etat a également un rôle purement négatif puisqu'il a pour fonction d'empêcher les individus d'empiéter sur leurs libertés respectives.

« La vie en société est conçue en vue de l'utilité de chacun au sein d'un monde où la nature comme totalité unifiée n'a plus ni valeur intrinsèque, ni signification, ni finalité. Le droit est désormais une propriété individuelle, une qualité inhérente au sujet, une faculté morale qui donne des permissions et autorise à exiger. La raison est prise, fondamentalement, comme simple faculté de calcul. La matière juridique cesse d'être la solution juste (dikaion, id quod bonum est), mais un ensemble de normes et de conduites sanctionnées. L'Etat et la loi elle-même ne sont plus que des outils destinés à garantir les droits individuels et à servir les intentions des contractants. »

Nous voyons ici la rupture fondamentale entre un droit naturel classique objectif et naturaliste avec pour finalité une justice distributive, et un droit naturel moderne (« jusnaturalisme ») subjectif, libéraliste et individualiste à vocation d'universalité.

« Ce n'est, écrit André Clair, que par un coup de force, à la fois subreptice et violent, que s'est accomplie, au tournant des temps modernes, cette mutation du concept de droit qui a permis d'appliquer ce concept à l'homme ; on a alors compris le droit comme une propriété présente par essence en tout être humain ; au lieu d'être un système de répartition et d'attribution de lots entre les membres d'une société (de sorte qu'il se définissait en priorité en termes de justice distributive), le droit est maintenant conçu, par un complet renversement de sens, comme la faculté, qui doit devenir effective, de tout individu de s'affirmer absolument face à tout autre. Toute philosophie des

droits de l'homme est donc une philosophie de la subjectivité, d'une subjectivité certes réputée universelle, mais d'abord reconnue comme individuelle et unique » [Clair, 2000].

1.1.2/ Comment la Déclaration universelle des droits de l'homme a-t-elle vu le jour ?

Après avoir esquissé le tournant majeur qu'est le passage du droit naturel classique (cosmologisme antique et théologisme médiéval) au droit naturel moderne, nous pouvons donc aborder plus clairement la question des fondements des droits de l'homme et de son idéologie.

« Lorsque l'Unesco eut décidé, en 1947, de lancer une nouvelle Déclaration universelle des droits de l'homme — celle-là même qui allait être solennellement proclamée le 10 décembre 1948 par l'Assemblée générale des Nations-Unies —, ses dirigeants entreprirent de procéder à une vaste enquête préalable. A l'initiative notamment d'Eleanor Roosevelt, un comité international fut constitué afin de recueillir l'opinion d'un certain nombre d'« autorités morales ». Environ 150 intellectuels de tous les pays se virent ainsi demander de déterminer la base philosophique de la nouvelle Déclaration des droits. Cette démarche se solda par un échec, et ses promoteurs durent se borner à enregistrer des divergences inconciliables entre les réponses obtenues. Aucun accord n'ayant pu se dégager, la commission des droits de l'homme de l'ONU décida de ne pas publier les résultats de cette enquête » [De Benoist, 2004].

Selon Jacques Maritain et concernant les droits de l'homme : « un accord pratique est possible, [mais] un accord théorique est impossible entre les esprits » du fait de profondes divergences philosophiques et idéologiques qui divisent le monde actuel.

La Charte de l'ONU adoptée le 26 juin 1945 confia à la Commission des droits de l'homme la tâche de préparer une convention internationale établissant des normes sur les droits de l'homme. La Commission tint sa première réunion en avril 1946 sous la présidence d'Eleanor Roosevelt. Le Comité de rédaction comprenait le libanais Charles Malik, le chinois Peng Chun-Chang, le canadien John P. Humphrey et le français René Cassin. Les débats sur le contenu de la Déclaration furent marqués par des divergences philosophiques fondamentales. A titre d'exemple, Peng Chun-Chang, homme politique chinois, diplomate et philosophe confucianiste dénonça l'approche trop occidentale des droits de l'homme : « Cette Déclaration devrait incorporer les idées de Confucius autant que celles de Thomas d'Aquin ». Un autre sujet de débat portait à savoir si le texte devait entraîner des obligations juridiques ou serait une simple déclaration de principes à valeur morale, question délicate qui touchait de près la question de souveraineté nationale des Etats et à l'ingérence dans les affaires domestiques. On privilégia finalement l'idée d'un texte à teneur morale et politique.

En fin de compte, en 1948, un compromis diplomatique fût trouvé. Le texte fût définitivement adopté sous forme d'une Déclaration le 10 décembre 1948 par l'Assemblée générale. Sur 58 Etats membres, 48 ont votés pour et huit se sont abstenus : l'URSS, la Biélorussie, l'Ukraine, la Tchécoslovaquie, l'Arabie Saoudite, l'Afrique du Sud et la Yougoslavie.

Les thèses qui l'emportèrent furent celles d'une problématique philosophique occidentale, celle d'un droit naturel moderne largement inspiré du jusnaturalisme, avec la prédominance du libéralisme individualiste. Quelques corrections ont toutefois vues le jour pas moins de dix-huit ans plus tard avec les deux Pactes internationaux signés le 16 décembre 1966 qui introduisirent le droit des peuples, des minorités, des femmes, le patrimoine culturel de l'humanité, la notion de devoir et celle de condition permettant à chacun de jouir des droits de l'homme dans leur indivisibilité [Yacoub, 2004].

Il existe une multitude de façons de concevoir l'univers, le cosmos, le soi humain et une variété d'approches des valeurs, de l'organisation du pouvoir et de l'autorité. Dans une optique occidentale, nous l'avons vu, l'individu est le seul titulaire qui puisse se prévaloir de droits. L'homme est souverain, « barricadé dans sa citadelle de droits individuels et naturels, inaliénables, imprescriptibles et sacrés » comme le formule Joseph Yacoub. Cette entité autonome, ce « fils de lui-même confronté au groupe » n'a pas existé de tout temps, elle est une invention de la modernité. Cette construction intellectuelle occidentale individualiste est donc propulsée comme valeur suprême, comme une sorte d'impérialisme du sujet.

1.2/ Quelle finalité ?

Dans une tentative d'analyser le pourquoi de l'aide, la position première est celle du droit fondamental inspiré des Droits de l'homme que nous venons d'évoquer à travers la question des bénéficiaires légitimes de l'aide. La position seconde est celle de l'analyse des interactions éthiques entre individus et de la relation d'aide à travers la question de la finalité de l'aide. L'aide, dans ce cadre répond-elle à un impératif de vertu ou plutôt à un impératif de justice ?

Jean David Naudet, dans son document de travail publié par l'Agence française de développement, propose une analyse des fondements éthiques de la finalité de l'aide [Naudet, 2005]. Selon lui, la finalité de l'aide internationale fait appel à deux grandes conceptions qui s'opposent et se complètent. La première est celle de justice substantive visant à produire des résultats justes, la seconde est celle de justice procédurale visant à mettre en place des procédures justes.

A la suite de Brian Opeskin, on distingue trois types d'obligations morales relatives à l'aide internationale : l'absence d'obligation, l'obligation d'humanité et l'obligation de justice [Opeskin, 1996].

1.2.1/l'absence d'obligation : la charité.

L'absence d'obligation fait référence à une vision du monde juste tel qu'il est. Amartya Sen évoque cette « opinion conservatrice selon laquelle la population de chaque pays à droit à ce qu'elle se

trouve avoir à un moment donné » [Sen, 1993]. L'aide trouve alors sa place lorsqu'elle relève du principe de charité. Une telle aide ne vise pas une finalité établie, elle n'est pas rationnelle.

Marcel Mauss s'est intéressé au phénomène du don. D'après lui, le don est une attitude enracinée dans toutes les cultures, et par conséquent, ancrée dans les représentations morales de tout être humain. Et de dire que le don n'est qu'un échange de biens et non un acte véritablement gratuit, il est toujours une sorte de créance qu'on accorde à quelqu'un ou encore le paiement d'une dette contractée [Mauss, 1923-1924]. Dans l'aumône, le pauvre n'est pas visé par l'acte de donner, c'est le donneur lui-même qui récolte les bénéfices de son acte. Comme le souligne Georg Simmel :

« Lorsque Jésus dit au jeune homme riche, *donne tes biens aux pauvres*, ce qui semble lui importer n'est pas les pauvres, mais plutôt l'âme de l'homme riche, ce sacrifice n'étant qu'un moyen ou un symbole de salut. Plus tard, l'aumône chrétienne conserve ce même caractère ; elle ne représente qu'une certaine forme d'ascétisme, de *bon travail* qui améliore les chances de salut du donneur » [Simmel, 1998].

Cette approche morale de l'aide néglige le principe kantien selon lequel l'homme ne doit jamais être traité exclusivement comme un moyen mais toujours en même temps comme une fin. Selon Kant, l'aide humanitaire conçue comme acte de charité n'est pas morale. Toutefois, si l'action charitable est intrinsèque à la nature de l'homme et ce dans toutes cultures, il est possible d'extraire le calcul inscrit dans une telle action et de lui conférer malgré tout une valeur morale. Rousseau parlait de la pitié comme d'un « sentiment naturel qui, modérant en chaque individu l'activité de l'amour de soi-même, concourt à la conservation naturelle de toute espèce », sentiment qui « nous porte sans réflexion au secours de ceux que nous voyons souffrir » [Rousseau, 1755]. Ainsi, si l'on peut dire, la charité relève d'une certaine spontanéité liée à notre nature et répond au critère de désintérêt qui définit une action morale selon Kant. En réalité, il y a-t-il intérêt à se préoccuper de la présence ou de l'absence d'un quelconque intérêt avoué ou inavoué dans l'action humanitaire vue comme acte de charité ? Certaines motivations ne peuvent-elles pas faire partie, comme le souligne Hegel, « des ruses de la raison pour réaliser ses nobles desseins » ?

1.2.2/ l'obligation d'humanité et la justice substantive.

Le souci humaniste est lié à une perception d'un niveau minimal de droits, de considérations, de ressources et de bien-être dû à tout individu. Elle fait référence à la philosophie des droits de l'homme que nous avons développé plus haut. La simple existence de situation de privation, de pauvreté absolue fonde alors le devoir et l'obligation d'intervenir. La finalité de l'aide est, dans ce cadre, de permettre à tous de dépasser un certain niveau de privation considéré comme inacceptable. Cette perspective d'atteinte d'un état du monde bien défini, considéré comme juste, implique de lutter contre tel ou tel fléau et d'assurer à chacun un niveau minimal de bien-être. La démarche est conséquentialiste et perfectionniste en ce qu'elle vise à atteindre un modèle et qu'elle juge le caractère souhaitable d'une action selon l'évaluation de ses conséquences. L'aide dans ce contexte est de type incitative, vouée à promouvoir un certain modèle de développement. Les

programmes d'ajustement structurel des années 80 et 90 en sont un parfait exemple. Ainsi, l'objectif de l'aide est de relever une série de « défis planétaires », qui sont autant d'étapes vers un monde juste [Naudet, 2007]. L'aide vue dans cette optique implique une parfaite autonomie des acteurs (Etats ou individus) et constitue à leur égard une « entorse passagère ».

La pensée utilitariste de Peter Singer, philosophe australien inscrit dans la lignée de Jeremy Bentham et de John Stuart Mill, est un exemple de ce point de vue conséquentialiste. Il fut le premier à conceptualiser en termes philosophiques le problème de la pauvreté dans le monde. Pour P. Singer, s'il est en notre pouvoir d'éviter un dommage majeur ou de corriger une situation d'injustice sans sacrifier quoique ce soit de morale, alors nous devons le faire [Singer, 1972]. La pauvreté absolue est dommageable. Une part de la pauvreté peut-être éradiquée sans rien sacrifier qui soit d'une aussi grande importance morale. Ainsi nous avons l'obligation d'éradiquer la pauvreté absolue. Dans cette optique, ne pas aider serait mal et intrinsèquement équivalent à tuer. Il ne s'agit pas d'un acte de donation, ou d'un acte caritatif mais d'une obligation morale.

L'acteur humanitaire inspiré de cette éthique conséquentialiste comprend qu'il existe un devoir d'aider, une obligation morale de l'aide internationale. Pour lui l'aide ne se fonde pas sur la compassion mais sur un réel souci de justice. Il fait appel à la responsabilité de la société afin de lutter contre une pauvreté dont la cause est clairement identifiée autour de facteurs extérieurs telle que l'exploitation par les forces internationales.

1.2.3/ La justice procédurale : l'obligation de justice distributive et l'obligation de justice corrective.

La justice distributive se justifie par le besoin de corriger une répartition des ressources qui n'est pas légitime du point de vue des droits et/ou des mérites et/ou des besoins de chacun. Elle conduit à des interventions de transferts, le plus souvent de ressources (parfois de droits), entre ceux possédant plus que leur « juste part » et ceux possédant moins. C'est, dans ce cadre, la position relative des individus ou des Etats par rapport à certains critères de justice qui fonde l'obligation morale d'aide. Certains auteurs notamment Kapstein [Kapstein, 1999] expliquent que l'idée de redistribution était à l'origine de la création des institutions internationales du système des Nations unies y compris les institutions de Bretton Woods. L'objectif de fixer l'effort minimal des pays riches (0.7% du PIB) dédié à l'aide au développement est caractéristique d'une optique de redistribution. De même, l'idée d'« enveloppes pays » basées sur le PIB par habitant adopté par le PNUD et la Commission européenne entre également dans cette même optique.

La justice corrective répond au souci de réparation d'injustices précisément identifiées et situées dans le temps. Elle peut être le fait des responsables eux-mêmes de cette injustice. La justice corrective peut donner lieu à deux procédures. La première est celle du dédommagement. Elle repose sur l'évaluation du préjudice puis sur sa réparation sous forme d'un transfert jugé « juste » par rapport à cette évaluation. La seconde est celle du « rattrapage » qui consiste à viser à rétablir, dans un futur convenu, la situation du sujet de l'injustice comme si cette dernière n'avait pas eu lieu.

Dans cette analyse, les pauvres, en retard dans le processus de développement, sont victimes d'une « injustice de l'histoire » qui appelle un effort de solidarité ponctuel en réparation, permettant ainsi à chacun de prendre par la suite sa juste place dans l'économie internationale. La justice corrective vise évidemment en premier lieu les dommages de l'exploitation coloniale.

Ces deux types de justice s'inscrivent dans un cadre plus large de justice dite « procédurale ». En effet, dans les deux cas, il s'agit de renforcer le degré d'équité internationale par la mise en place de procédures justes sur fond de principes de justice. Tout d'abord un principe assurantiel contre certains types de dommages : catastrophes naturelles, épidémies, guerres, etc., mais aussi un principe de redistribution vu comme un instrument de modérations des inégalités [Naudet, 2007]. L'aide dans ce cadre libérale est vue comme un droit.

Alors que la préoccupation d'humanisme a un caractère universelle et fait consensus en tant qu'elle fait appelle au sentiment de « commisération » pour reprendre le terme de Rousseau, de solidarité qui pousse à voler « naturellement » au secours de nos semblables souffrants, la préoccupation de justice n'est par contre pas automatique. Devant un tel constat d'inégalité, il y a aura quelqu'un pour trouver cette inégalité légitime et un pour la trouver illégitime.

Il en est ainsi dans le diagnostic des causes de la pauvreté. Nous l'avons vu plus haut, une vision humaniste du problème de la pauvreté considère cette dernière comme absolue et, quel qu'en soit les causes, comme une atteinte à un niveau minimal de droit qui fonde la justification d'intervention. L'obligation de justice, en revanche, impose une analyse des causes de la pauvreté et caractérise suivant le point de vue cette dernière comme légitime ou illégitime. Ainsi, la pauvreté peut relever de causes dites situationnelles, c'est à dire extérieures à la personne concernée, ou dispositionnelles, c'est-à-dire centrée sur les traits personnels. L'analyse situationnelle fait apparaître l'injustice de conditions externes et impose l'intervention, alors que l'analyse dispositionnelle impute à la pauvreté un manque d'effort individuel ou collectif. La première impose on l'a dit d'intervenir et d'aider, la seconde lève le sentiment d'injustice et déresponsabilise la communauté internationale. De la même manière, lorsqu'est évoqué la notion d'égalité des chances d'un point de vue méritocratique (point de vu dispositionnel), certaines inégalités sont vues comme légitimes car inhérentes au manque de mérite de l'individu, c'est-à-dire au manque d'effort réalisés par ce dernier pour assurer son bien-être global.

John Rawls dans « Théorie de la justice » [Rawls, 1971], développe une conception de la justice comme base morale pour les nations démocratiques. Sa théorie de la justice est fondatrice de la notion de justice procédurale notamment distributive. L'idée centrale de sa thèse est que tous les biens sociaux de bases, liberté, opportunité, revenus, richesse, et les bases sociales du respect envers soi-même doivent se distribuer de façon égalitaire, à moins qu'une distribution inégale soit à la faveur des moins bien lotis. Cette justice redistributive s'appuie sur la répartition équitable de ce que Rawls appelle les « biens premiers » (« primary goods »). Cette répartition doit répondre à un principe de plus grande liberté égale pour tous, un principe d'égalité des chances et un principe de différence. Ce dernier principe, perçu comme central dans la thèse de Rawls, prône que les biens premiers doivent être redistribués à l'avantage des individus les plus défavorisés. Cette vision clairement affirmée d'appui aux plus démunis est pourtant pour Rawls totalement inapplicable à l'échelle internationale. Il avance comme premier argument qu'un principe égalitaire de justice ne

peut s'intégrer au droit des peuples car ce qu'il appelle « les sociétés hiérarchiques décentes » n'accordent, d'après lui, aucune valeur à un principe comme celui-ci. D'ajouter que les causes d'inégalités et de pauvreté sont propres à ce qu'il appelle les « sociétés chargées », c'est-à-dire soumises à des circonstances socio-économiques et culturelles « défavorables » (diagnostic dispositionnel).

« I believe that the causes of the wealth of a people and the forms it takes lie in their political culture and in the religious, philosophical, and moral traditions that support the basic structure of their political and social institutions, as well as in the industriousness and cooperative talents of its members, all supported by their political virtues » [Rawls, 2001].

Ainsi, la solution aux problèmes déterminés par les inégalités à l'échelle globale doit être établie selon un principe de solidarité ou tout du moins un devoir d'assistance. En effet, à partir du moment où l'on attribue les causes principales de la pauvreté aux seuls facteurs endogènes, aucune obligation de justice ne peut lier la communauté internationale et l'on se contentera alors de prescrire des obligations de bienfaisance charitable que les Etats seront libres d'interpréter comme ils l'entendent. Le contractualisme rawlsien défend une justice distributive au niveau national mais réfute toute extrapolation de sa théorie au niveau global.

L'acteur humanitaire qui se situe dans cette optique considère les inégalités et la pauvreté comme due en grande partie à des facteurs, nous l'avons vu, dispositionnels. La souffrance est alors vécue comme indigne, choquante mais pas nécessairement injuste. La motivation de l'aide est dans ce cadre la souffrance morale, elle fait appel au principe de bienfaisance et de solidarité, mais elle n'est pas une obligation. Elle est une option noble et souhaitable, un devoir de vertu et non un devoir de droit. Clairement les campagnes de sensibilisation dans ce cadre font appel à l'empathie et à la compassion des donateurs.

Amartya Sen critique la théorie de la justice de Rawls et considère que son erreur est de se focaliser sur les « biens premiers » et donc de négliger les capacités surement très inégales des individus à transformer ces biens en « réalisations fondamentales » (nutrition appropriée, santé, mobilité, etc.) [Sen, 1985]. Pour Sen ce ne sont pas les biens en tant que ressources externes qui devraient être l'objet d'intérêt mais plutôt les « fonctionnements » qui permettent à ces biens de se réaliser. Cet objet d'intérêt, Sen l'appelle « capacités ». L'accent est mis sur le concept d'« égalité des chances » et d'« opportunités » comme finalité d'une justice redistributive plutôt que sur les résultats finaux [Maguain, 2002].

Dworkin introduit, en critique à la théorie de Sen, la notion de responsabilité individuelle [Dworkin, 1981]. Il constate que les individus sont loin d'être parfaitement homogènes et se distinguent d'une part en ce qui concerne les « circonstances » auxquelles ils font face (milieu social, carte génétique, handicap, éducation, etc.) et d'autre part par les ambitions et les préférences qu'ils développent. Dworkin incorpore cette part de responsabilité individuelle à sa théorie de la justice en tant que l'équité doit être « insensible » aux ressources externes et aux circonstances mais doit être « sensible » aux ambitions. C'est le début de la théorisation d'une vision « méritocratique » de la justice sociale.

1.2.4/ Droits individuels ou droit des peuples ? Justice globale, égalité des chances et cosmopolitisme.

Nous avons vu à travers la description ciblée mais non exhaustive des quelques théories de la justice en quoi la philosophie politique et la question de justice sociale était central dans l'analyse des fondements éthique de l'aide humanitaire vu comme un impératif de justice. La question qui s'impose et que nous avons déjà esquissé est celle de l'extension de telle théorie (pensées à l'échelle nationale) à l'échelle internationale. La vision humaniste de l'aide est intrinsèquement universelle et décrit d'emblée une justice de nature globale. Mais dans quelle mesure peut-on envisager une justice redistributive globale ?

Kant est l'un des premiers à s'être interrogé sur la forme que pourrait revêtir un ordre cosmopolitique. Il proposait l'idée d'une « ligue » des nations, d'un arrangement volontaire entre Etats-nations toutefois souverains puisque ce dernier affirmait la répugnance quasi assurée des Etats à renoncer à leur souveraineté [Kant, 1795-96]. Les héritiers actuels de Kant tels que John Rawls sont, parce qu'ils soutiennent des vues analogues, parfois qualifié de « nationalistes libéraux ».

Jürgen Habermas, représentant actuel de l'optique cosmopolitique propose que plutôt que de confier aux États-nations le soin de protéger les droits individuels fondamentaux à l'intérieur de leurs frontières, il faudrait remettre cette responsabilité entre les mains d'institutions internationales supra-étatiques qui disposeraient de la légitimité requise et des moyens politiques pour « contraindre » les États-nations rebelles à faire face à certaines obligations morales minimales [Habermas, 1999].

Une vision cosmopolitique plus modérée est celle de Thomas Pogge. Ce qu'il propose est en lien direct avec la critique préalable qu'il fait de l'ordre institutionnel international actuel.

En effet, selon Thomas Pogge, les habitants des pays à revenus élevés sont les protagonistes de toute une souffrance infligée aux populations pauvres puisqu'ils bénéficient des grandes inégalités que les institutions sociales que nous soutenons produisent injustement. A la lumière de ce constat, nous n'avons pas seulement le devoir positif d'aider, nous avons aussi et surtout le devoir négatif de ne pas blesser [Pogge, 2005]. L'hypothèse centrale est que les citoyens des pays développés sont activement responsables de la condition de vie des personnes les plus vulnérables des pays les plus pauvres. Cette pauvreté n'est pas due à une pénurie globale. On ne peut nier que la distribution des revenus et l'abondance sont fortement influencées par les institutions économiques. Ainsi le mouvement mondial des capitaux, les dettes nationales et le commerce international affectent dramatiquement les pays pauvres. Selon Pogge, en tant que citoyens de pays développés, nous participons à un ordre social déterminé qui établit des conditions par lesquelles une pauvreté extrême, évitable, se maintient et nous sommes dès lors responsables du tort que nous infligeons aux plus faibles.

Il rappelle également que l'ordre institutionnel actuel viole les droits de l'homme car il empêche des millions de personnes des pays pauvres de bénéficier pleinement des droits fondamentaux, alors que cette restriction pourrait être raisonnablement évitée par un ordre institutionnel alternatif. Si l'on

accepte cette proposition, le devoir moral d'aider est impératif mais en outre, l'accent doit principalement être mis sur le fait que les catastrophes auxquelles sont soumises les populations vulnérables (la pauvreté, la violence et leurs conséquences) ont des causes identifiables et de ce fait, des responsables identifiables.

En somme cette analyse considère les conditions structurelles de la mondialisation comme productrice d'iniquités, soit d'inégalités injustes. Ce diagnostic est clairement situationnel. De plus il affirme une responsabilité causale collective dans la genèse et la perpétuation d'un schéma institutionnel injuste. L'acteur humanitaire inspiré de cette philosophie politique voit l'aide humanitaire comme une action politique militante vouée à aider mais aussi à interpeller, à dénoncer et à témoigner la responsabilité d'un ordre social injuste. Les « French Doctors » étaient tout à fait inspirés de cette vision de l'éthique de l'aide [Quadrelli, 2011].

A la lumière de cette critique de l'ordre institutionnel international, Pogge propose comme solution une optique cosmopolitique reliée à un concept de souveraineté différenciée et polycentrique, un concept « interactif » où différents centres de pouvoir, à l'échelle locale, nationale, multinationale, continentale ou internationale, se partageraient les tâches, selon les types de problèmes qu'il s'agit de maîtriser. Il s'agit d'une solution plus modérée de réforme de l'Etat-nation, et non de son abandon [Courtois, 2004]. L'idée globale reste bien celle d'une justice globale procédurale, cosmopolitique, basée sur la redistribution.

En conclusion de cette discussion sur les fondements éthiques de l'aide autour de principes de vertu ou de justice, voici deux extraits, deux auteurs et leur vision de l'aide aujourd'hui :

« L'aide humanitaire est souvent discutée sous le registre du caritatif, comme si c'était un projet purement philanthropique. C'est une erreur. Parce que l'aide est obligatoire, et doit être massive, parce qu'elle réclame des acteurs politiques, et parce qu'elle peut inclure l'usage de la force, pour toutes ces raisons, l'action humanitaire est mieux comprise comme un aspect de la justice. Elle comprend les efforts de charité. Elle est menée au premier abord par les sentiments des individus, mais son étendue, sa complexité organisationnelle, le débat politique qu'elle implique, et sa nécessaire continuité, tout cela en fait la recherche du juste et pas seulement du bien » [Walzer, 2011].

« Si l'homme est bien la finalité de l'Aide publique au développement (APD), force est de constater que celle-ci a lamentablement échoué, puisque la jeunesse africaine est en fuite, désemparée, et chassée par des politiques d'aide au développement de son continent qui se vantent de l'aider » [Traoré, 2008].

2/ Comment aider ?

Nous l'avons vu, les fondements éthiques de l'aide humanitaire s'inscrivent plus largement dans une analyse des fondements éthiques de l'aide internationale et des questions qu'elles soulèvent. Tout d'abord à la question des bénéficiaires de l'aide, la réponse a porté sur une remise en question du principe de souveraineté des Etats au profit d'un « grand individualisme ». Puis à la question de la finalité de l'aide, la réponse a porté sur l'aide vue comme un impératif de vertu ou comme un impératif de justice, et dans ce dernier cas soit comme une justice substantive soit comme une justice procédurale. Enfin s'est posée la question de la faisabilité de l'extension de théories de la justice à l'échelle internationale.

Comment s'incarnent concrètement ces différentes analyses dans la réalisation de politique d'aide ou encore dans la réalisation de chartes éthiques comme guide de l'action humanitaire ?

2.1/ Les politiques d'aide au développement et leur histoire.

A partir de cette réflexion et d'une analyse fait par Naudet en 2005 dans son document de travail pour l'AFD sur les objectifs du millénaire pour le développement, nous pouvons tenter de dresser un bref aperçu des différentes politiques d'aides internationales qui se sont succédé ces cinquante dernières années.

Les théories classiques du développement ayant cours dans les années 50-60, appelées « développementalisme », formulaient une aide conçue comme une affaire d'Etat à Etat (dans le respect du principe de souveraineté), vue comme un appui provisoire leur permettant d'acquérir les instruments nécessaire au développement (institutions modernes, politiques performantes, infrastructures, services publics, ect.). Clairement, le fondement éthique était celui d'une justice substantive. L'approche était conséquentialiste et perfectionniste calquée sur un modèle de développement bien défini (industrialisation, modernisation) et l'aide était de type incitatif, tournée vers les investissements productifs.

Les années 70 ont vues émergées les idées du « tiers-mondisme ». Ces dernières envisageaient une aide entre Etats souverains destinées à compenser les injustices internationales, notamment les héritages de l'histoire et en premier lieu de la colonisation. La pauvreté relevait de facteurs situationnels. L'aide était vue comme un droit sans modèle de développement imposé (système des « enveloppes pays »), fondée sur un principe de justice procédurale redistributive.

Les années 80 mais surtout 90 voient s'affirmer une vision libérale et humaniste de l'aide fondée sur les droits et libertés individuelles autour d'un objectif clairement défini de « lutte contre la pauvreté ». Le fondement de l'aide n'est pas l'existence d'une quelconque absence d'équité mais plutôt une responsabilité commune de fournir à chaque être humain les moyens d'une liberté

minimale. Cette responsabilité se place au dessus de toute souveraineté nationale d'où l'apparition de la question problématique du « devoir d'ingérence » que nous discuterons plus loin.

Les années 2000 sont celles de la globalisation et de l'émergence de la notion de « cosmopolitisme », courant de pensée fondé sur une conception de la justice indépendante des frontières nationales. L'objectif clair est celui de l' « égalité globale des chances ». Cette approche de justice sociale globale propose une justice procédurale redistributive entre individu étendue à l'échelle mondiale.

Nous voyons donc que la tendance globale va d'une aide destinée aux Etats vers une aide destinée aux individus pauvres et d'une aide de type corrective vers une aide de type redistributive permanente en réponse aux processus de globalisation.

2.2/ La double responsabilité, les principes éthiques de l'aide humanitaire.

S'il est clair que la question d'une justice procédurale, institutionnelle, et globale est à rattacher à l'aide de type humanitaire d'Etat, il est également clair que le cadre global humaniste d'individu à individu est associé de plus près à l'aide humanitaire de type organisation non gouvernementales qu'elle soit d'urgence ou de développement.

Lors des dernières décennies, les acteurs humanitaires non gouvernementaux, notamment « urgenciers », eurent besoin de se rassembler, de capitaliser leurs expériences de terrain et de reformuler les grands principes humanitaires qui les lient. Ces fondements sont principalement la résultante du Droit International Humanitaire (DIH) et de la Charte Humanitaire. Cinq principes communs sont définis, n'interdisant pas une organisation d'en ajouter d'autres [Ryfman, 2008]:

-Principe d'humanité : il signifie que tout homme a le droit d'être traité et de vivre humainement et dans la dignité. Ce principe implique le libre accès aux victimes, la distinction entre combattant et non-combattant et le non refoulement des réfugiés.

-Principe d'impartialité : élément clé de l'action humanitaire, il suppose l'absence de discrimination dans l'aide apportée, quelque soit la nationalité, la religion, l'ethnie, la race ou l'affiliation politique. [Bouchet-Soulnier, 2006].

-Principe de neutralité : il requiert pour un acteur de l'aide humanitaire de ne pas prendre parti en faveur de l'un des belligérants. Quant à ces derniers, ils se doivent d'admettre que l'assistance apportée à une population ennemie ne constitue en soi ni un acte hostile ni un soutien à l'effort de guerre du camp opposé. Ce principe n'implique pas l'interdiction de la dénonciation publique de violences extrêmes à l'encontre d'une population.

-Principe d'indépendance : il matérialise une volonté de déconnexion de l'espace humanitaire des sphères du politique, du militaire ou de l'économique. Certains vont jusqu'à affirmer l'exclusion totale de l'aide d'Etat du champ de l'humanitaire.

-*Principe de responsabilité humaine* : les acteurs de l'humanitaires ont pour devoir de s'interroger sur leur responsabilité quand les quatre principes ci-dessus ne sont pas respectés, ou encore en cas de détournement de l'aide par l'un des belligérants ou son instrumentalisation pour pouvoir perpétuer des violences

Parallèlement à la fédération du monde humanitaire autour de ces principes, plusieurs initiatives prennent leur essor, ayant pour objectif d'améliorer la qualité de l'aide humanitaire et la « redevabilité », de l'ensemble des acteurs humanitaires envers les populations affectées [Sphère, 2011]. L'acteur humanitaire devient doublement responsable d'un point de vue éthique ou « redevable » d'une part vis-à-vis du bailleur de fond et d'autre part vis-à-vis de la population à laquelle il vient en aide, du fait de sa vulnérabilité. L'émergence de plusieurs initiatives telles que le Projet Sphère en 1997 assurant la promotion de codes de conduite, de normes et de standards, de manuels divers (le manuel *Synergie qualité* élaboré sous la houlette de Coordination Sud) et même de méthodes d'assurance qualité (le COMPAS Qualité) prouve l'engagement des acteurs dans cette direction [Grünewald, 2007].

3/ Les fondements éthiques de l'aide humanitaire remis en question.

3.1/ Universalisme et relativisme culturel.

3.1.1/Une morale universelle ?

Qu'il s'agisse de l'humanitaire de développement ou de crise, les fondements éthiques reposent sur une morale occidentale, considérée comme universelle. Cette dernière est l'héritage, nous l'avons vu, de la théorie des droits naturels, de l'idéologie humaniste issue des Lumières et plus récemment des Droits de l'Homme (DDH). Ces derniers ont été ratifiés par la presque totalité des nations du globe et font référence aujourd'hui en matière de morale.

L'action humanitaire, sous-tendue par ces principes occidentaux, est-elle compatible avec un pluralisme culturel et moral ? Au contraire, ne sert-elle pas un « néo-impérialisme culturel » en imposant ses normes, sa culture et ses valeurs occidentales à travers son action ?

La notion d' « overlapping consensus » (« consensus par recoupement ») introduite par Rawls, conceptualise le fait que « différentes ethnies, pays, communautés religieuses et civilisations puissent s'accorder sur un certains nombres de normes de vie et de comportements au-delà de vues incompatibles sur la théologie, la métaphysique et la « nature humaine » [Rawls, 1987]. Cette formule toute faite semble plus un outil commode pour éluder la question philosophique de l'universalité des Droits de l'Homme et de notre morale occidentale qu'une véritable réponse.

Concernant les Droits de l'Homme, lorsqu'on se pose la question de son universalité, la réponse la plus facile est « oui ». Si les Droits de l'Homme sont entendus comme un droit moral inhérent à chaque être humain en vertu de son appartenance à l'humanité, alors ils sont universels. Cette approche rejoint l'idée de la morale universelle kantienne. La question devient plus complexe lorsque l'on prend en compte la pluralité du sens « universel ». La supposition de l'universalité des DDH sous-entend son acceptation par des peuples ou nations en dépit de leur pluralisme culturel. Ceci implique l'existence d'un socle commun des droits moraux partagé par l'ensemble des êtres humains. En pratique, il faudrait vérifier si chaque droit fait effectivement partie de l'ensemble des morales existantes. L'universalité des DDH peut aussi être interprété dans un sens normatif, où chaque droit devrait être accepté par toutes les nations ou peuples en dépit de leur pluralisme. Son universalité tiendrait au fait qu'il existe des raisons convaincantes de protéger l'individu d'un abus social, légal ou politique. Dans le meilleur des cas, on pourrait imaginer que différents peuples/nations aient leurs propres raisons de les accepter en tant que norme morale. Et quand bien même les peuples s'accorderaient d'eux-mêmes sur une liste de droits, les justifications qui les sous-tendent ne seraient pas nécessairement les mêmes. Sous un même intitulé pourrait se dissimuler différents fondements [Zurbuchen, 2010].

Cette réflexion sur l'universalité des DDH, et plus globalement sur l'universalisme semble d'autant plus cruciale et concrète actuellement où l'on assiste à de fortes tensions entre les grandes tendances unificatrices de la mondialisation et les facteurs de fragmentation (montée en puissance de nationalisme, radicalisme religieux, etc.).

« La rhétorique universaliste des droits humains, en distinguant le particularisme supposé des cultures non occidentales de l'universalité supposée des valeurs issues de la culture occidentale, nierait l'autonomie des premières. Lorsque le cosmopolitisme occidental est critiqué, l'Occident y voit tantôt de simples discours de légitimation de l'autoritarisme, tantôt l'expression d'une servitude volontaire à des traditions oppressives » [Golup, 2007].

Si « les chemins menant à l'enfer sont pavés de bonnes intentions » (Bergson), l'Occident en imposant sa morale et sa culture sans remettre en question l'universalité de ses valeurs pourrait suivre celui menant à l'impérialisme culturel.

3.1.2/ Un humanitaire à l'occidental.

« Si, comme il a été chrétiennement pensé et magnifiquement dit, nous avons pris charge d'âme en prenant possession d'un sol infidèle et barbare, la médecine a sa part à remplir dans la reconstruction d'un peuple dégradé... » [Leonard, 1992].

Issue du discours du fondateur de l'école de médecine d'Alger, cette citation illustre bien l'ambiguïté de la médecine coloniale dominatrice sous prétexte d'un alibi humanitaire. Cette ambiguïté mêlant « bienveillance » et « domination » reflète bien la conviction d'une suprématie de la culture à l'occidentale et d'un impérialisme culturel. Aujourd'hui, alors que le paysage humanitaire est

largement dominé par la présence d'ONG occidentales, on est en droit de se demander quelle représentation a-t-elle dans l'inconscient collectif. N'est-elle pas la poursuite d'une « mission civilisatrice » ? Le monopole occidental des ONG humanitaires relève à notre sens de plusieurs facteurs. Premièrement, l'histoire occidentale des ONG contribue à renforcer le sentiment d'universalité de ses valeurs. Leur propagation et l'uniformisation de leurs pratiques a pour conséquence l'exclusion des acteurs non-occidentaux. Le monopole des ONG humanitaire s'exerce de manière beaucoup plus directe à travers la suprématie économique des pays occidentaux. Sur un budget de 9 Milliards de Dollars alloué à l'aide médicale d'urgence en 2007, 8.7 provenaient des pays du Nord contre seulement 300 millions financés essentiellement l'Arabie Saoudite, le Koweït et la Corée du Sud. D'ailleurs, l'essentiel de cette aide est destinée aux pays non occidentaux. Ce monopole n'est pas anodin : d'une part, le choix et la hiérarchisation des interventions sont influencés par une situation faisant appel à des référents fondamentalement occidentaux, d'autre part, sans « contre-pouvoir », le monde humanitaire impose plus facilement sa conception aux sociétés auxquelles il vient en aide. Les problèmes et surtout leurs solutions pensés au Nord sont transposés aux pays du Sud [Bazin, 2010].

Ainsi, la culture médicale, de par ses performances, à tendance à être envisagée comme universalisable et sans alternatives, sources parfois d' « inadéquations culturelles ». Elles résultent bien souvent de la croyance hautaine que les sociétés bénéficiaires de l'aide n'ont tout simplement pas de système de santé. Or, il existe dans chaque pays des systèmes de soins locaux plus ou moins structurés, avec leur médecine traditionnelle et leur pharmacopée propre [Montchaud, 2009].

3.1.3/ Le Relativisme, jusqu'à quel point ?

Les ONG intervenant dans les pays non-occidentaux sont confrontées à la problématique du respect des valeurs et des pratiques locales défendues par les autorités religieuses, politiques ou sociales du pays. C'est ici la question du relativisme culturel qui est posée en tant qu'elle s'oppose à la question de l'impérialisme culturel.

3.1.3.1/ Les relativismes.

Pour les anthropologues partisans du relativisme radical, la moralité des comportements et des attitudes des membres d'une culture donnée est toujours fondée dès lors que ces comportements prennent sens dans un système cohérent de croyances et de pratiques. Toute tentative de jugement des fondements éthiques de ces pratiques ne peut donc être valable si elle émane d'un membre n'appartenant pas à cette société. Il se verrait dans ce cas taxer d'ethnocentrisme ou encore d'impérialisme culturel.

Pour Herskovits : « Les jugements sont basés sur l'expérience et chaque individu interprète l'expérience dans les limites de sa propre enculturation » [Herskovits, 1951]. Niant l'existence de toute vérité absolue, le seul principe que les relativistes acceptent comme absolu est celui de l'égalité de toutes les cultures. Ainsi il n'existe pas de principes universels de devoir ou d'obligation morale.

Plus nuancé, un autre relativisme propose l'« ouverture à regarder l'autre avec un esprit ouvert, à apprendre avant de juger et à considérer sa propre culture avec un œil critique » [Cohen, 1998]. Dans cette version du relativisme culturel, la réflexion ne relève ni du nihilisme (négation de l'existence de vérité morale) ni de l'équipollence morale (égale valeur de toutes les morales), son objectif est le développement de la liberté de penser.

3.1.3.2/ Quelles critiques du relativisme ?

La critique qui peut être faite au relativisme radical est de concevoir la culture et la morale qui lui est rattachée comme une entité fixe dans le temps.

Sur le plan éthique, on assiste à la mise à distance de l'altérité et ceci par le biais de la construction d'un autre idéalisé, à travers une culture sacralisée par sa différence et par le même procédé finalement caricaturée. Le discours sur l'équivalence de toutes les cultures pourrait être en réalité une subtile manœuvre dont le dessein serait de se défaire de notre culpabilité d'ancien colonisateur. « Les pratiques incluant la torture sont considérées comme étant « dans leur culture », le « leur » désignant autant les victimes que les agresseurs ou les deux selon la convenance » rapporte Farmer [Farmer, 1997]. Ce dernier affirme que « la différence culturelle est l'une des formes d'essentialisme utilisée pour justifier les assauts contre la dignité ». Le relativisme, en voulant défendre des valeurs contestées évoque la religion, les traditions ou des valeurs de communautarisme qu'il définit comme « l'essence » de ces cultures. Cette vision réductrice enferme l'Autre dans des caractéristiques parfois caricaturales, et en fait une sorte de « spécimen de zoo exotique ».

Tel est le piège du relativisme radical, celui d'un néo-impérialisme non plus fondé sur la caractérisation négative de l'Autre mais sur une caractérisation positive reposant cette fois sur des valeurs traditionnelles présentées comme « essence » exclusive de ces groupes ethniques. Si « la Culture habille les hommes, on ne dialogue pas avec des vêtements » [Hours, 2012]. Le relativisme culturel et sa neutralité bienveillante peuvent parfois contribuer à légitimer, rationaliser ou expliquer certaines pratiques portant atteinte à l'intégrité physique ou mentale des individus concernés (excision des jeunes femmes, charlatanisme de certains guérisseurs...).

Prenons pour exemple la question du respect des « traditions ». Un gouvernement peut-il légitimement interdire le sacrifice humain d'enfant pratiqué par des groupes autochtones au Chili pour s'assurer de la régularité des pluies ou doit-on considérer que l'interdire est une intrusion impérialiste dans la culture locale ? Jusqu'où doit-on respecter des valeurs sociales, des pratiques de soins, entraînant un manquement aux valeurs reconnues comme fondamentales ?

Ruth Macklin énonce qu' « aucun système de croyance ne peut être considéré comme plus valide que les autres. Les croyances fondées sur la science moderne ne sont pas plus vraies que celles fondées sur le mythe ou la superstition. [...]Le simple fait que ce soit une « tradition » ne nous informe pas sur la valeur morale qui doit lui être attachée » [Massé, 2000]. L'appartenance à la tradition ne peut être considérée comme l'égal des quatre principes de bioéthique qui sont la justice sociale, la bienfaisance, la non-malfaisance et le respect de la personne. D'ailleurs, la survie des valeurs passe-t-elle par la tradition ? Enfin, la tradition n'est pas exempte d'une dimension politique, parfois même au service du pouvoir en place ou permettant l'exploitation de sous-groupes sociaux (système de castes en Inde, minorités religieuses, etc.).

« Le maintien des traditions est une injonction commode pour les gens au pouvoir-généralement les défenseurs du statu quo-pour conserver le système qui préserve leur pouvoir » [Macklin, 1999].

Une pratique coutumière ne paraît donc pas raisonnablement défendable du seul fait de son appartenance à la tradition. Encore faut-il se demander si elle n'opprime pas systématiquement des sous-groupes de population, si elle n'engendre pas plus de conséquences négatives que de bénéfiques.

3.1.3.3/ La diversité culturelle.

« Penser ce qui est mieux pour l'Autre, voilà tout le mal » [Vinhas, 2010].

En Chine, les dossiers médicaux des patients sont accessibles à tous. Le cycle menstruel de la femme est exposé à tous à l'hôpital. Le statut de VIH positif est révélé par les médecins aux employeurs. Dans l'action humanitaire, le respect de la diversité culturelle, des croyances, des pratiques locales non dangereuses paraît fondamental. L'inadéquation culturelle est le fait avant tout de la considération hautaine avec laquelle sont parfois traités les particularismes culturels. Certaines médecines traditionnelles telles que la médecine chinoise bénéficient d'un certain prestige à nos yeux et s'articulent parfaitement bien avec la médecine occidentale. C'est moins évidentes lorsqu'il s'agit de l'Afrique qui pourtant a elle aussi sa médecine traditionnelle, sa pharmacopée, ses guérisseurs. Ces pratiques sont souvent reléguées au statut de superstitions inefficaces desquelles il convient de se départir. Sans débattre sur l'efficacité ou non de ces pratiques, l'effet placebo pourrait à lui seul justifier un rapprochement entre médecine traditionnelle et médecine occidentale. D'un point de vue éthique, il s'agit également d'un particularisme culturel qu'il convient de respecter au nom « de la nature contractuelle et non unilatérale de toute aide sanitaire légitime » [Montchaud, 2009]. L'humanitaire doit avant tout se dérouler dans le cadre d'une collaboration afin de ne pas « exproprier » les bénéficiaires de l'aide. Rony Brauman évoque ainsi le « droit de retrait » exercé par MSF en Afghanistan à Hérat, en 1983, lorsqu'un des grands leaders de la résistance proche du général Massoud a imposé que leur équipe médicale soit composée exclusivement d'hommes. Cela devait forcément impliquer que ni les femmes ni les enfants n'auraient accès aux soins [Brauman, 2010].

Le respect de l'Autre et de sa culture est un devoir d'un point de vue éthique. Tenir compte de ce devoir moral est gage de réussite d'un projet. Sa reconnaissance doit permettre d'éviter « de construire des cliniques au-delà d'une rivière que les femmes enceintes ne traverseront pas de peur d'y perdre leur bébé, de voir des femmes refuser des préservatifs qu'elles associent à la prostitution, de voir ces femmes refuser que l'on identifie leur enfant malade par un bracelet rouge (couleur du vaudou), de voir ces patients ne pas prendre leur médicament pendant le ramadan ou encore de voir ces femmes refuser de boire de l'eau pour ne pas noyer leur cerveau » [Vinhas, 2010].

Différentes initiatives menées par des ONG ayant pour perspective une meilleure connaissance et un plus grand respect de la diversité culturelle ont vu le jour ces dernières années. Le projet « Accès aux soins – déterminants sociaux-culturels », mouvement de réflexion issu de Médecins du Monde (MDM) né à la suite d'une demande des coordinateurs de terrain, propose l'adoption d'une vision « désoccidentalisée » lors de la création et de la réalisation de projets et vise à tenir davantage compte des cultures locales et de leur approche du corps, de la maladie, de l'accès aux soins. Dans cette même démarche, MDM favorise l'ouverture de bureaux de représentation en Inde ou au Qatar et incite à privilégier le choix d'acteurs issus du pays où elle œuvre en tant que « Responsables de Mission ». Elle favorise ainsi une approche locale, aidant à ne pas importer ou imposer son regard occidental. MSF a également lancé un projet de recherche sur la perception de son action dans dix pays. L'étude cherche à éclairer comment l'ensemble des acteurs impliqués dans un projet médical d'urgence ou de moyen terme perçoit ce projet et l'organisation qui le met en place. Cette démarche témoigne de la prise de conscience de l'existence d'une telle inadéquation culturelle et sa compréhension semble être la première étape vers un réajustement des projets.

Esoh Elame nous apporte un autre éclairage sur ce que peut être la prise en compte des cultures particulières. Ce dernier soutient que l'humanitaire alimente encore aujourd'hui et de façon implicite, le mythe de l'homme blanc. D'après une étude menée auprès de 4000 élèves au Cameroun, l'homme blanc semble être synonyme de beauté, de richesse et de propreté. A titre d'exemple, à la question posée « comment serais-tu si tu étais blanc ? », un élève a répondu : « Je serai très beau et je dormirai seul dans ma chambre ». L'humanitaire contribue à véhiculer cette image que « seuls les blancs sont capables de résoudre les problèmes des noirs ». Il s'agit de « décoloniser les pensées en Occident mais surtout en Afrique ». Esoh Elame, soutenu par des ONG occidentales, a mis en place un master de formation à l'Humanitaire au Cameroun afin de privilégier « un Humanitaire à l'africaine ». Ce master répond à une volonté d'enseignement de la pensée africaine et de la déconstruction des mythes. A l'ouverture du master, plus de 1000 candidatures avaient déjà été déposées [Elame, 2012].

Mohamed Haddad dans son intervention intitulée « Regard sur l'humanitaire dans la culture arabo-musulmane » nous rapporte une analyse critique de l'affaire de l'Arche de Zoé. Selon lui, un premier niveau d'analyse qui nous est familier est celui de cette démarche louche et choquante pour adopter des enfants qui a marqué l'Occident. Un deuxième niveau d'analyse est celui d'une démarche vue comme un abandon de l'aide au Tiers-Monde (on enlève vos enfants car il n'y plus d'autre solution). Enfin, un dernier niveau d'analyse, celui qui est probablement resté dans l'ombre, est celui d'une critique de la démarche en tant que l'adoption est tout simplement interdite par l'Islam [Haddad, 2012].

3.1.3.4/ Conclusion.

Un compromis entre des valeurs universelles et des valeurs locales semble être le problème posé continuellement à l'aide humanitaire. Si l'universalisation de la morale et des valeurs occidentale doit-être fermement critiqué, cela ne doit pas conduire également à sacraliser la différence culturelle. Le relativisme radical ne doit pas légitimer l'inaction ou encore la légitimation de certaines pratiques portant atteinte à l'intégrité physique ou mentale ou à la ségrégation d'une partie de la population. La collaboration entre personnel des ONG occidentales et personnel local doit permettre le dialogue.

« Aller au-delà du relativisme ne conduit pas à embrasser l'impérialisme éthique. La reconnaissance de l'existence des principes éthiques universels n'est pas un engagement envers l'absolutisme moral. Les principes éthiques requièrent toujours une interprétation lorsqu'ils sont appliqués à des institutions sociales particulières comme les systèmes de soins de santé ou la médecine. Dans le particulier, il y a suffisamment de place pour une tolérance envers la diversité culturelle » [Macklin, 1999].

3.2/ Guerres humanitaires et devoir d'ingérence.

Le terme de « guerre humanitaire » en cache un autre, celui d' « impérialisme libéral ». Ce sont ces deux oxymores qui légitiment l'usage de la force à l'encontre de pays violateurs des droits humains. Ces guerres humanitaires trouvent leur justification dans ce principe selon lequel le droit des individus (inscrits dans la Déclaration universelle des droits de l'homme) transcende le droit traditionnel des Etats (principe de souveraineté des Etats) d'exercer sans entraves leur autorité sur les populations au sein de leur territoire (droit des peuples). Théorisé par Mario Bettati et Bernard Kouchner, c'est ce « droit d'ingérence » selon lequel tout Etat qui le peut se doit d'intervenir au nom de l'humanitaire dans tout Etat où la population souffre et où les droits de l'homme considérés comme universels sont bafoués [Bettati, 1987]. Cependant, le recours à la force est une contingence et non une obligation. Ce principe alimente une confusion entre cosmopolitisme démocratique et impérialisme. Ainsi, Michael Ignatieff, ancien professeur à Harvard et théoricien des Droits de l'Homme affirme en Janvier 2003 afin de justifier la guerre en Irak :

« Les Etats-Unis gouvernent seuls, luttant pour gérer les zones insurgées du monde [...]. L'empire américain n'est pas comme les empires du passé, construit sur des colonies, la conquête et le fardeau de l'homme blanc [...]. L'Empire du XXIe siècle est une nouvelle invention des sciences politiques, un empire *lite*, une hégémonie globale dont les mérites sont les marchés libres, les droits humains et la démocratie mis en application par la puissance militaire la plus impressionnante que le monde ait jamais connue [...]. La réalité désagréable pour ceux qui croient aux droits humains est qu'il est des occasions – et l'Irak est peut-être l'une d'entre elles – où la guerre est le seul remède aux régimes qui vivent par la terreur » [Ignatieff, 2003].

3.3/ Humanitaire et biopouvoir.

Le « biopouvoir » est l'asymétrie liée à la maîtrise des savoirs. D'une politique dite humaniste à l'utilisation de ce « biopouvoir » à l'échelle internationale, il n'y a qu'un pas. En niant les particularités locales, l'aide sanitaire risque de devenir le moteur d'une expropriation de la santé. Les ONG sont, sans en être toujours conscientes, à la base de la construction d'un véritable biopouvoir à échelle mondiale.

« Le regard médical, comme disait Foucault n'est jamais neutre, il déshabille, mesure, palpe, circonscrit et bien sûr, culpabilise et donc apprivoise, surtout lorsqu'il s'accompagne de paroles absconses, noms de médicaments et de maladies aux mystérieuses étymologies grecques. Une telle perte de contrôle sur soi des nouveaux patients face à des « doctors » venus du Nord peut se traduire d'ailleurs par de nouveaux types de désordres culturels, des perturbations au sein de la famille, de la chefferie, et par des désordres psychiatriques que la médecine moderne devra alors à son tour soigner alors qu'elle les aura provoqués. Nous pouvons alors entrer dans un cercle vicieux de médicalisation sans fin, le patient devenant dépendant du médecin pour des affections qui, sans l'apparition de ce même médecin sur la scène, ne seraient pas apparues » [Montchaud, 2009].

Notons toutefois que les pays du Nord sont également concernés par cette problématique. L'accès au dossier médical, la création d'associations de patient, le recours à la justice sont autant d'outils mis en place contre le biopouvoir et pour tendre vers une autonomisation des patients occidentaux. En revanche, à l'échelle étatique, les pays en voie de développement ne sont souvent pas en mesure de négocier les modalités de leur aide du fait de leur situation de faiblesse économique et sanitaire. Dans ces conditions, il est tentant d'user du « biopouvoir » au profit d'une « dictature du bien » en imposant sa culture par le truchement de la thérapeutique et de l'hygiène [Montchaud, 2009].

4/ Conclusion.

Il va sans dire que le problème de l'indigence est un fait inhérent à la tragédie de la condition humaine. Ce désastre humain est le fait de causes et d'agents locaux mais aussi le produit d'une interdépendance marquée par les flux d'argent, de travail, de biens et de cultures. En tant qu'objet d'étude de la philosophie politique, c'est depuis peu que l'inégalité, la pauvreté, la vulnérabilité dans le monde constituent une des questions les plus fondamentales de l'éthique des relations internationales et de l'aide non gouvernementale.

Fonder moralement l'aide c'est d'abord se poser la question d'un droit naturel universel qui s'incarne aujourd'hui dans la Déclaration Universelle des Droits de l'homme. Ces droits de l'homme, présentés comme indiscutablement valable pour tous les hommes, sont limités et non valide, ils pèchent par excès d'utopie et d'irréel. Prôner l'universalisme mais aussi défendre un relativisme culturel radical sont deux absolutismes contre-productifs. L'acteur humanitaire doit se situer dans un compromis permanent entre valeurs universelles et valeurs locales. Fonder moralement l'aide, c'est aussi évoquer l'idée d'un impératif de justice et tenter de l'étendre à l'échelle globale comme principe redistributeur. C'est questionner le concept de souveraineté des Etats et son miroir : le droit d'ingérence.

L'acteur de l'aide doit donc se situer aujourd'hui dans ces différentes réflexions, tout du moins doit-il y prendre part, tant l'action dans ce domaine est mise à l'épreuve de l'éthique et ce afin de comprendre dans quelle mesure il est si facile de mal faire.

TROISIEME PARTIE : LE SYSTEME DE SANTE DE DISTRICT AU CŒUR DU SYSTEME DE SANTE AUJOURD'HUI. L'HERITAGE DE 30 ANNEES D'EVOLUTION DES POLITIQUES SANITAIRES DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT.

Au Nord comme au Sud, les systèmes de santé sont sous tension. Une grande part de la pression trouve sa source du côté des besoins en santé et de la demande. Dans les pays de l'OCDE, le vieillissement de la population, les modes de vie contemporains et la plus grande exigence des usagers sont certainement des défis importants. Des pressions similaires peuvent être identifiées dans de nombreux pays à revenu intermédiaire ou émergents. Toutefois, la situation est bien différente dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie. Le premier défi reste la simple couverture des besoins sanitaires fondamentaux. Les taux élevés de mortalité infantile et maternelle en témoignent. Les maladies infectieuses restent la première cause de mortalité. Il a été calculé, par exemple, qu'en Afrique sub-saharienne, 73% de la charge de morbidité en années de vie corrigées de l'incapacité⁵ (AVCI) était liée à des causes relevant d'affections transmissibles, périnatales, maternelles et nutritionnelles alors qu'en Europe ce pourcentage est de moins de 10% [WHO, 2000a]. Les causes derrière ces problèmes de santé sont connues et techniquement maîtrisables. Il s'agit, entre autres, du non-accès à l'eau potable, de la malnutrition, d'une forte croissance démographique et de conditions climatiques hostiles.

À ce tableau « originel » des problèmes de santé dans les pays en développement, sont venues s'ajouter deux charges supplémentaires. La première est liée à la transition médicale qui s'est amorcée. L'urbanisation, le développement des réseaux routiers, les nouveaux modes de vie et le vieillissement de la population conduisent à un poids croissant des maladies cardio-vasculaires, du diabète, des accidents de la route [WHO, 2004a]. La seconde est l'épidémie de VIH/SIDA. Enfin, de nombreux pays pauvres ont sombré, parfois de façon chronique, dans la guerre civile. L'impact humain est lourd pour les populations civiles de la Corne de l'Afrique et celles de l'Afrique centrale par exemple.

Bien que remise en question par la suite, les politiques internationales de colonisation, nous l'avons évoqué plus haut, avaient déjà fait de la santé et du développement, deux concepts fortement liés. La médecine coloniale devait soigner les colons et les agents coloniaux mais aussi soigner et « civiliser » les autochtones et enfin créer une force de travail permettant de « mettre en valeur » les territoires conquis [Marks, 1997]. La santé des indigènes était alors clairement vue comme facteur de développement de la métropole et la politique coloniale nataliste⁶ en est un exemple fort [Dozon, 1985, 1991]. Plus tard, les développements techniques, l'émergence de thérapeutiques plus fiables

⁵ "Une AVCI représente une année de vie "en bonne santé" perdue et la charge de morbidité mesure la différence entre l'état sanitaire de la population en cause et celui d'une population normative mondiale de référence, dont l'espérance de vie est élevée et dont toutes les années sont vécues en parfaite santé" [WHO, 2003].

⁶ Le natalisme se présente comme une doctrine démographique et éventuellement comme un ensemble de mesures prises par un État pour favoriser l'accroissement de la population en stimulant la natalité.

telles que les antibiotiques ou les vaccins viennent appuyer la pratique d'une médecine « universelle » sur tous les continents vue comme vecteur d'une transition démographique utile. Cette vision fonctionnaliste, cette technicisation de la santé allait permettre de créer un pont solide entre santé et développement [David, 2011]. Pourtant, dès le départ, le développement économique est clairement mis en avant dans les discours comme moteur quasi exclusif du développement. Nous allons voir comment, progressivement, la santé va s'imposer comme élément central des politiques de développement et comment, à ses côtés, vont évoluer les politiques de santé dans ces pays. Dans un second temps, nous essaierons de décrire plus précisément en quoi consiste un système de santé de district en tant qu'il constitue à notre sens la pierre angulaire du système de santé dans les pays en développement aujourd'hui.

1/ Historique des politiques sanitaires.

1.1/ Alma-Ata et « la santé pour tous en l'an 2000 ».

Alors que jusque-là, les politiques de santé internationale se définissaient entre états souverains, la fin des années 70 voient émerger une problématique de « santé globale » avec la Conférence d'Alma Ata. En 1978, cette conférence organisée par les Etats membres de l'OMS et de l'UNICEF officialise un réel changement de paradigme : la vision hygiéniste où une cause est associée à une maladie et à la mise en œuvre de programmes verticaux qui en découle (par exemple l'éradication de la variole grâce à la vaccination) est remplacée par une vision multifactorielle de la santé. Ainsi sont mis en œuvre des programmes de santé dits « horizontaux », qu'illustre la politique de « Soins de Santé Primaires » (SSP). Cette dernière propose « une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels » [WHO, 1978]. Cette politique des SSP reste aujourd'hui encore d'actualité.

La conférence d'Alma-Ata officialise également une politique égalitaire d'accès aux soins : le droit à la santé est vu comme un droit fondamental et son objectif est « la santé pour tous en l'an 2000 ». Ainsi l'accès aux soins ne doit être entravé ni par une disparité en terme de revenu ni par une répartition géographique inégalitaire de l'offre de soins. Un effort sans précédent est réalisé par les Etats pour développer leur offre de soins en direction des zones rurales les plus enclavées. Parallèlement, cette politique reconnaît également la nécessité de renforcer les liens entre professionnels de santé et membres de la communauté. La « participation communautaire » propose à la population de cibler elle-même les besoins et d'être directement acteurs, organisateurs, planificateurs des soins. Cette participation communautaire est directement née de la rencontre entre un idéal autogestionnaire et la nécessité de répondre aux besoins sanitaires locaux. Si la participation communautaire permet un

accès plus égalitaire sur le plan géographique en atténuant les disparités d'offre entre villes et campagnes, la politique de gratuité ou de subvention des soins permet également de réduire l'impact de la disparité des revenus sur l'accessibilité aux soins. Cette politique sanitaire est soutenue par une vision tutélaire du rôle de l'Etat qui est seul responsable du financement et de l'organisation du système de Santé dans son ensemble [Tizio, 2004].

Alors que les dépenses publiques de santé, et notamment celle concernant les dépenses en soins curatifs, ont largement augmenté durant la période 1979-1989 pour atteindre 1.34% du PIB, la crise économique qui frappe l'ensemble des pays en développement à cette époque ainsi que le poids croissant de la dette externe rendent compte d'un recul spectaculaire du financement public de la santé dans ces pays [Pradhan, 1996]. Les coupes budgétaires ne permettent plus aux établissements de fonctionner correctement. Le principal consommateur de ressources devient l'hôpital qui accapare à lui seul plus de la moitié du financement publique de la santé et la majorité des ressources humaines. Les populations les plus pauvres sont vite exclues du système de soin car elles ne sont pas capables d'acquitter les passe-droits que les plus aisés accordent aux professionnels pour se faire soigner.

Les Etats ne peuvent plus financer ce programme trop coûteux et la diffusion géographique de l'offre de soins ne peut se poursuivre faute de moyens. Les politiques d'ajustement structurel⁷ des années 1980 promues par le Fonds Monétaire International (FMI) et la Banque Mondiale (BM) renforcent cette problématique du financement des programmes sociaux en général et de santé en particulier. Sous l'impulsion des gouvernements locaux et des institutions internationales, une nouvelle réforme politique est lancée ayant pour objectif une revitalisation de l'organisation et du financement du système de Santé. Sa pierre de lance sera de rompre avec la gratuité des soins.



L'objectif de l'OMS « Santé pour tous d'ici l'an 2000 » modifié de façon très spéciale (Bénin) [Extrait de Georgen, 2004].

⁷ Les années 1980 sont marquées par un fort diagnostic dispositionnel (cf. supra) : le FMI et la BM proposent alors une aide conditionnelle : en contrepartie de mesures considérées comme favorables à la croissance économique et pérennes (par exemple une « bonne gouvernance » et une limitation de la corruption ou des investissements dans les infrastructures, etc.) une aide financière est alléguée par le FMI et la BM.

1.2/ Bamako et le désengagement de l'Etat.

En 1987 puis en 1993, deux rapports successifs de la Banque Mondiale proposent de rompre avec la gratuité des soins et de mettre en place une tarification des services de santé. Cette réforme avait déjà été initiée en Afrique Subsaharienne suite à l'Initiative de Bamako lancée par l'UNICEF en 1987.

L'Initiative de Bamako propose dans son premier volet que soit mise en place une participation financière des usagers. Les médicaments essentiels seront désormais vendus mais à un prix raisonnable et avec une faible marge ne limitant ainsi que peu l'accès aux soins. Les bénéfices dégagés doivent permettre d'améliorer le système de santé mais aussi de financer l'achat des médicaments du centre de santé. C'est la politique dite de « recouvrement des coûts » [Tizio, 2005].

Une autre réforme est la volonté de décentralisation des systèmes de santé. Les fonds recrutés par les structures locales doivent être utilisés en priorité par les services de santé les ayant collectés. Les décisions politiques de santé sont décentralisées, les prérogatives des communautés sont étendues, et un registre des « indigents » devra être dressé à l'échelle de chaque commune afin d'assurer gratuitement leur prise en charge sanitaire. De la même manière, des mesures telles que des exonérations et des subventions sont prises pour garantir aux couches sociales les plus démunies l'accès aux soins de santé [Ride, 2004].

L'idée de participation communautaire est donc étendue, au-delà du repérage des besoins prioritaires en santé, au financement des structures sanitaires locales. La responsabilité du fonctionnement sanitaire se déplace progressivement de l'Etat aux individus, marquant ainsi la réaffirmation du droit à la santé comme droit fondamental universel et la remise au premier plan des valeurs universelles individualistes [David, 2011].

Parallèlement à cette réforme de santé, on assiste à une mutation des instances et des pouvoirs en matière de politique de santé internationale. La Banque Mondiale va publier son rapport intitulé « investir dans la santé », l'OMS développe son analyse « coût-efficacité ». Ces mutations sont à l'origine de la mise en place de réseaux institutionnels et d'un langage commun sur lequel vont se construire progressivement des logiques d'intervention décentralisées dont l'OMS devient non plus l'acteur mais le coordonnateur de nouveaux acteurs privés tels que les ONG [David, 2011].

L'Initiative de Bamako devait permettre, via la reprise de la fréquentation des centres de santé, une autosuffisance des systèmes de santé nationaux. Force est de constater que ceci n'a pas été le cas. La fréquentation des centres de santé et notamment des centres de santé primaires continuera de stagner ne laissant aucun espoir de viabilité financière [Tizio, 2004].

C'est dans ce contexte que la santé, vue jusqu'alors comme un simple produit du développement économique, va être de plus en plus considérée comme un moteur central du développement. Les théorisations de Sen et son concept de « développement humain » seront pour beaucoup dans cette mutation. Les dysfonctionnements sanitaires qui persistent incitent donc à penser d'autres modèles.

1.3/ L'aide santé aujourd'hui : des paradigmes en mutation.

Dès le début des années 2000, l'assemblée générale de l'ONU va, pour les années 2000 à 2015, fixer ce qu'elle appellera les « objectifs du millénaire pour le développement » (OMD)⁸. Trois de ces huit objectifs (la réduction des trois quarts de la mortalité maternelle et des deux tiers de la mortalité infantile par rapport à la base des années 1990, ainsi que l'arrêt de l'augmentation de l'incidence du VIH/sida, du paludisme, et autres maladies) concernent directement la santé. Les cinq autres, dont le premier : « éradiquer la pauvreté extrême et la malnutrition », ont une forte interaction avec la santé [Moatti, 2009].

Nous l'avons dit, la santé apparaît de plus en plus comme une problématique centrale de l'aide au développement. On assiste à une augmentation en volume et en part de l'aide publique au développement destinée à la santé. En effet, alors que l'aide consacrée à la santé en volume augmentait d'environ 3% par an dans les années 1970 et 1980, des taux de 15% de croissance par an sont enregistrés pour la période 2000-2006 [OCDE, 2009].

Les paradigmes de la politique de santé dans les pays en développement sont aujourd'hui en pleine mutation. A l'idée que l'amélioration de l'état de santé de la population découlerait mécaniquement du processus de croissance économique, s'oppose désormais la compréhension que l'investissement dans la santé constitue un pré requis indispensable pour initier un cercle vertueux du développement. Dès 2001, le rapport de la commission Macroéconomie et Santé de l'OMS, présidé par Jeffrey Sachs, considérait comme définitivement établi que :

« L'amélioration de l'état de santé des populations constitue un input décisif pour la réduction de la pauvreté, la croissance économique et le développement à long terme » et que ce point avait « été grandement sous-estimé jusqu'à présent » par les politiques publique [WHO, 2001].

En matière de financement des dépenses de santé, les politiques de paiement direct introduites dans les années 80 dans le cadre de l'Initiative de Bamako sont un échec. Ce dernier est expliqué par Sen, en partie par sa notion de « préférences adaptatives ». Pour lui, les groupes les plus vulnérables et démunis seraient soumis à de telles contraintes matérielles pour assurer leur survie immédiate, qu'ils ne seraient pas en situation d'exprimer leurs aspirations réelles à la dignité humaine, et donc notamment leur besoin d'une meilleure santé. De la même manière, la gratuité au point de consommation établie suite à la Conférence d'Alma Ata, se heurte également à un problème, celui de l'« analyse d'incidence du bénéfice ». D'après cette analyse, les services gratuits tendraient moins à bénéficier aux plus pauvres qu'à ceux qui ont le plus de facilité à exprimer leur demande de soins et à disposer du pouvoir de se faire connaître des systèmes de santé [Moatti, 2009]. A la lumière de ces constats, un consensus s'est établi au plan international pour souhaiter une réduction progressive de la part de financement reposant sur le paiement direct, et une promotion des mécanismes de

⁸ Les objectifs des OMD sont : 1) réduire l'extrême pauvreté, 2) assurer l'éducation primaire pour tous, 3) promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, 4) réduire la mortalité infantile, 5) améliorer la santé maternelle, 6) combattre VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies, 7) préserver l'environnement, 8) mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

mutualisation du risque et d'assurance, incluant notamment les systèmes d'assurance maladie universelle [WHA, 2005]. De plus, face aux difficultés rencontrées par les pays en développement pour assurer un financement public de leur système de santé, l'alternative proposée est celle d'une rationalisation de l'activité du secteur public de santé et la recherche d'un équilibre entre secteurs public et privé. Ainsi, les secteurs de santé les moins « rentables » devraient être sous-traité par le secteur privé (avec ou sans but lucratif) ou associatif (ONG, etc.) [Tizio, 2005].

Par ailleurs, alors que le renforcement du droit des propriétés intellectuelles et des innovations biomédicales était la ligne de conduite des politiques jusqu'alors, elles se doivent aujourd'hui d'imposer des prix différentiels pour l'accès aux médicaments dans les pays en développement. La mobilisation de l'opinion international et notamment du gouvernement brésilien au début des années 2000, a permis par exemple de forcer la promotion par l'OMC de prix différentiels entre pays développés et pays en développement pour les médicaments du syndrome de l'immunodéficience acquise.

Enfin, on assiste à un engouement grandissant des organisations internationales pour les programmes dits « verticaux » ciblés sur le SIDA, la tuberculose, le paludisme ou encore les programmes élargis de vaccination, vues comme appui aux approches dites « horizontales ». Ces derniers ont permis de mobiliser des ressources financières sans communes mesure avec ce qu'avait pu susciter jusqu'alors le système de soins primaires. Les programmes verticaux emportent plus de la moitié des financements publics [Lane, 2007] alors qu'ils ne concernent que 12% de la mortalité dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires [Mathers, 2003]. Les critiques à cette approche verticale sont nombreuses à commencer par le risque d'aggraver l'architecture déjà complexe des systèmes de soins et de l'aide internationale [Garret, 2007] et par la même occasion de compromettre la réalisation de soins de bases « horizontaux », essentiels à la prise en charge sanitaire globale. Une réponse à ces critiques serait d'envisager une « diagonalisation » des stratégies d'aide santé en rééquilibrant la part allouée aux programmes verticaux et celle allouée à l'approche horizontale des soins de bases.

2/ Le système de santé de district au cœur du système de santé des pays en développement aujourd'hui.

2.1/ Présentation du concept.

« Plus de vingt-cinq ans après la Conférence internationale d'Alma-Ata, les soins de santé primaires (SSP) restent un élément central de la politique de la santé de la plupart des pays africains. Pourtant, il y a longtemps qu'on a dû abandonner l'objectif ambitieux de l'OMS « Santé pour tous d'ici à 2000 » qui devait être atteint avec l'aide des SSP. On a pu constater à quel point il est difficile de mettre les stratégies SSP en pratique, mais dans le contexte socioéconomique actuel, aucune autre solution ne permet d'assurer des soins de santé de base à la population, surtout en milieu rural. Dans l'intérêt général, les pouvoirs publics sont toujours tenus de mettre en place un système de santé abordable offrant un large éventail de services de qualité acceptable (plutôt que de simples programmes verticaux prioritaires). Ce système de soins de santé doit être accessible à l'ensemble de la population, y compris aux plus démunis, pour lesquels des dispositions spéciales doivent s'appliquer. » [Georgen, 2004].

C'est en fait en 1974 qu'est introduit pour la première fois le concept de Soins de Santé Primaires (SSP) dans le cadre d'une étude de l'OMS/Unicef intitulée « Alternative approaches to meeting basic needs in developing countries ». Quatre ans plus tard, nous l'avons vu, la Conférence d'Alma-Ata se réappropriera et plaidera en faveur des SSP comme modèle de développement sanitaire dans les pays en développement.

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire » [WHO, 1978].

Les soins de santé primaires comprennent au minimum :

- la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles,
- un approvisionnement suffisant en eau saine et un assainissement de base,
- la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale,
- la vaccination contre les grandes maladies infectieuses,
- la prévention et le contrôle des grandes endémies locales,
- le traitement des maladies et lésions courantes,

-la fourniture de médicaments essentiels [WHO, 1978].

Le constat d'échec d'une telle politique de santé, due nous l'avons vu, pour une grande partie à la crise économique des années 80, amène de nouvelles réflexions. En 1985, la conférence de Lusaka, propose une organisation du système de santé à trois niveaux (niveau central, intermédiaire et niveau du district sanitaire). Du 3 au 7 août 1987, l'OMS organise une réunion interrégionale à Harare au Zimbabwe. La réunion, qui s'inscrivait dans le fil de la conférence d'Alma Ata, se clôture par une déclaration aujourd'hui connue comme la « Déclaration de Harare » [WHO, 1987]. Cet événement a marqué les systèmes de santé de nombreux pays en développement en établissant le modèle du district sanitaire⁹ comme stratégie de référence pour organiser et développer les services de santé et notamment les soins de santé primaires. Cette stratégie a été particulièrement structurante pour l'Afrique rurale. Quelques semaines plus tard, l'UNICEF organisait une autre réunion à Bamako. Elle marqua l'introduction et la formalisation de la tarification des soins, celui de la participation communautaire dans la gestion des ressources, et notamment les médicaments essentiels désormais vendus aux usagers¹⁰.

Il apparaît clairement qu'au cours des années 80, que se soit à travers la conférence de Lusaka ou à travers la déclaration de Harare, les volontés s'articulent autour d'un système de santé de district décentralisé [Vaughan, 1984]. La décentralisation définit le transfert des pouvoirs de l'administration centrale, c'est-à-dire de l'autorité décisionnelle dans les domaines de la planification et de la gestion, à un niveau inférieur d'administration. Il en existe trois formes distinctes :

-La déconcentration concerne le transfert des fonctions administratives centrales, mais pas du pouvoir décisionnel, aux niveaux périphériques ou inférieurs d'administration.

-La dévolution est le transfert d'une importante souveraineté décisionnelle à des niveaux inférieurs d'administration (par exemple à un conseil local).

-La délégation est le transfert de responsabilités de gestion de l'administration publique à des organisations faisant l'objet d'un contrôle indirect, par exemple à une ONG.

⁹ Le district de santé est l'unité géographique opérationnelle pour l'offre de santé de base aux populations.

¹⁰ Ces propositions, qu'il s'agisse de la déclaration de Harare ou de l'initiative de Bamako, reposaient sur des expériences pilotes ou des approches analogues déjà en place dans certains pays. Par exemple, les « magasins-santé » du Mali pour ce qu'il en est du recouvrement des coûts ou sur l'expérience des zones de santé au Zaïre pour ce qui est de la stratégie du district sanitaire.

Declaration of the Harare Conference on Strengthening District Health Systems based on Primary Health Care

At our meeting here in Harare a mere twelve years before AD 2000, the date set for achieving the goal of Health for All, we strongly reaffirm the primary health care approach as the means to achieve that goal.

Despite impressive progress in implementing primary health care in many countries, weakness in planning, organization and management, particularly in districts, represents one of the greatest obstacles impeding health development. This fact emerged from an evaluation conducted by 90 percent of WHO Member States.

We are convinced that effective intensification of primary health care depends on comprehensive action based in well-organized district health systems, as called for by the 1986 World Health Assembly. With increasing concern to ensure equity and the sustainability of the impact of accelerated programmes on primary health problems, we are convinced that the district provides the best opportunities for identifying the underserved and for integrating all health interventions needed to improve the health of the entire population.

A district health system is taken to mean a more or less self-contained segment of the national health system which comprises a well-defined population living within a clearly defined administrative and geographical area, either rural or urban, and all institutions and sectors whose activities contribute to improved health.

We believe that the community and all sectors, including the health sector, need to come together for the effective strengthening of district health systems, through vigorous implementation of the following points for action:

Déclaration de Harare du 7 août 1987 sous l'égide de l'OMS : l'affirmation du modèle de district sanitaire comme stratégie de référence en matière de politique de santé dans les pays en développement [WHO, 1987].

2.2/ Le système de santé de district (SSD).

Le système de santé de district est un segment du système de santé national ; il couvre généralement un district, unité administrative ayant une population de 50 000 à 300 000 habitants. Le plus haut responsable du district est généralement nommé par le pouvoir politique alors que les membres du conseil de district sont, pour la plupart, les représentants élus de la collectivité. La structure administrative de la plupart des pays africains comporte un niveau régional au-dessus du niveau du district. En fonction du passé colonial de l'Etat, ce niveau régional est parfois appelé province, département ou préfecture. La région comprend plusieurs districts. A l'époque, l'administration régionale avait prépondérance sur le conseil de district pour toutes les questions, progressivement, avec la décentralisation, le district a obtenu des pouvoirs de décision considérables. Néanmoins, le niveau régional conserve encore un rôle majeur dans la mise en œuvre, le contrôle de la qualité et la coordination de la politique nationale de santé.

Le SSD englobe toutes les formations sanitaires et toutes les personnes du district concernées par l'offre de soins de santé à divers niveaux d'intervention, pas seulement les prestataires publics, mais également les prestataires confessionnels, communautaires et privés. En principe, les guérisseurs traditionnels font également partie du système, bien qu'il y ait peu d'exemples de coopération entre ces derniers et les autres acteurs du SSD.

Le SSD est responsable des soins de santé de base, c'est-à-dire qu'il est chargé d'organiser un paquet minimum de services curatifs et préventifs conformes à la politique nationale en matière de santé pour répondre aux problèmes et aux besoins de santé de la population locale. Il comprend deux échelons opérationnels qui sont le niveau primaire et le niveau secondaire. Ces deux niveaux sont supervisés, coordonnés et soutenus par une équipe-cadre. Le système couvre également des activités au niveau du village et de la collectivité, ainsi que des programmes verticaux.

-Le niveau primaire comprend tous les centres de santé, dispensaires et formations similaires des communautés dans lesquels travaillent du personnel de santé formé tels qu'infirmières et sages-femmes, mais pas de médecins.

-Le niveau secondaire concerne tous les hôpitaux de premier recours, ou centres de santé médicalisés. Il existe généralement un hôpital de district officiel et parfois des hôpitaux plus petits, généralement non gouvernementaux.

Les services de santé du niveau primaire transfèrent à l'hôpital de district les malades dont le traitement exige une technologie ou des compétences dont ils ne disposent pas. Lorsque les conditions sont optimales, jusqu'à 85 % des malades peuvent être traités au niveau primaire. Un très petit nombre (environ 4 %) des 15 % orientés vers un hôpital ont ensuite besoin d'un traitement spécial qui ne peut être donné que dans des hôpitaux spéciaux au niveau national. La problématique principale reste celle du transport en cas de nécessité de référer le patient au niveau secondaire. Le coût du trajet ainsi que le temps nécessaire pour parcourir la distance séparant le dispensaire de l'hôpital de district sont autant d'obstacle à la prise en charge des patients.

Les programmes de santé verticaux tels que les programmes de vaccination, la planification familiale et les programmes de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ont tendance à être organisés et gérés à l'échelle nationale. En raison des coûts élevés et du manque de durabilité de nombreux programmes verticaux, il est bien sûr souhaitable de les intégrer dans les services de santé « horizontaux ». Il est toutefois fréquent que des services verticaux mieux équipés fassent concurrence aux services primaires et secondaires mal équipés.

Un SSD dessert en moyenne une population de 200 000 à 300 000 personnes. En principe, et en fonction des ressources humaines disponibles et de la densité de population, le SSD devrait disposer de 20 à 50 centres sanitaires au niveau primaire.

Le système de santé de district inclut tous les acteurs et toutes les activités visant à préserver la bonne santé et traiter les maladies, indépendamment du caractère institutionnel du prestataire ou de l'étendue des services offerts. Le secteur privé y joue un rôle de plus en plus important. Il comprend tous les prestataires de services de santé non gouvernementaux : hôpitaux, centres de santé, médecins privés, cliniques, pharmacies et laboratoires privés ainsi que des banques de sang, etc. Il comprend également toutes les entreprises qui se sont engagées, par contrat, à assurer certaines fonctions telles que les travaux de blanchisserie et de nettoyage. Les guérisseurs et accoucheuses traditionnels sont bien entendu, eux aussi, des prestataires non gouvernementaux. Le nombre de tous ces prestataires dans le système de santé en général n'a cessé d'augmenter ces dernières années, surtout dans les zones urbaines.

Les prestataires privés peuvent être classés en quatre groupes principaux :

- Les organisations confessionnelles.
- Les organisations sans but lucratif (par exemple les coopératives).
- Les institutions et les personnes exerçant leurs activités dans un but lucratif.
- Les entreprises avec service médical intégré.

2.3/ Service de santé du premier échelon.

Le nombre des services sanitaires au premier échelon du SSD est défini par deux critères : la taille de la population dans une zone donnée et la proximité du centre pour cette population. La taille de la population permet d'estimer la charge de travail et le centre doit se situer à une distance acceptable pour tous.

Les activités opérationnelles de santé des centres de santé de premier échelon comportent :

- Soins curatifs et suivi des affections chroniques.
- Prise en charge des urgences (premiers soins) ; orientation vers un hôpital.
- Soins obstétricaux de base (consultation prénatale, vaccination, accouchement, etc.).
- Consultation d'enfants, soins et vaccinations.
- Prévention / traitement de la malnutrition.
- Planification familiale.

-Communication avec la communauté quant à la prévention primaire, surtout en ce qui concerne l'eau potable et l'assainissement.

Dans l'idéal, les prestations curatives, préventives et promotionnelles doivent être offertes sous forme intégrée. Cette intégration des soins signifie que des prestations différentes peuvent être fournies pendant une même consultation (par exemple traitement d'une mère malade et vaccination de son enfant). Dans la pratique, pour des raisons de concentration des cas, d'insuffisance de personnel ou de logistique (par exemple la vaccination ou la consultation prénatale), les activités préventives et promotionnelles sont souvent regroupées à des jours fixes.

2.4/ Service de santé de deuxième échelon : l'hôpital de district.

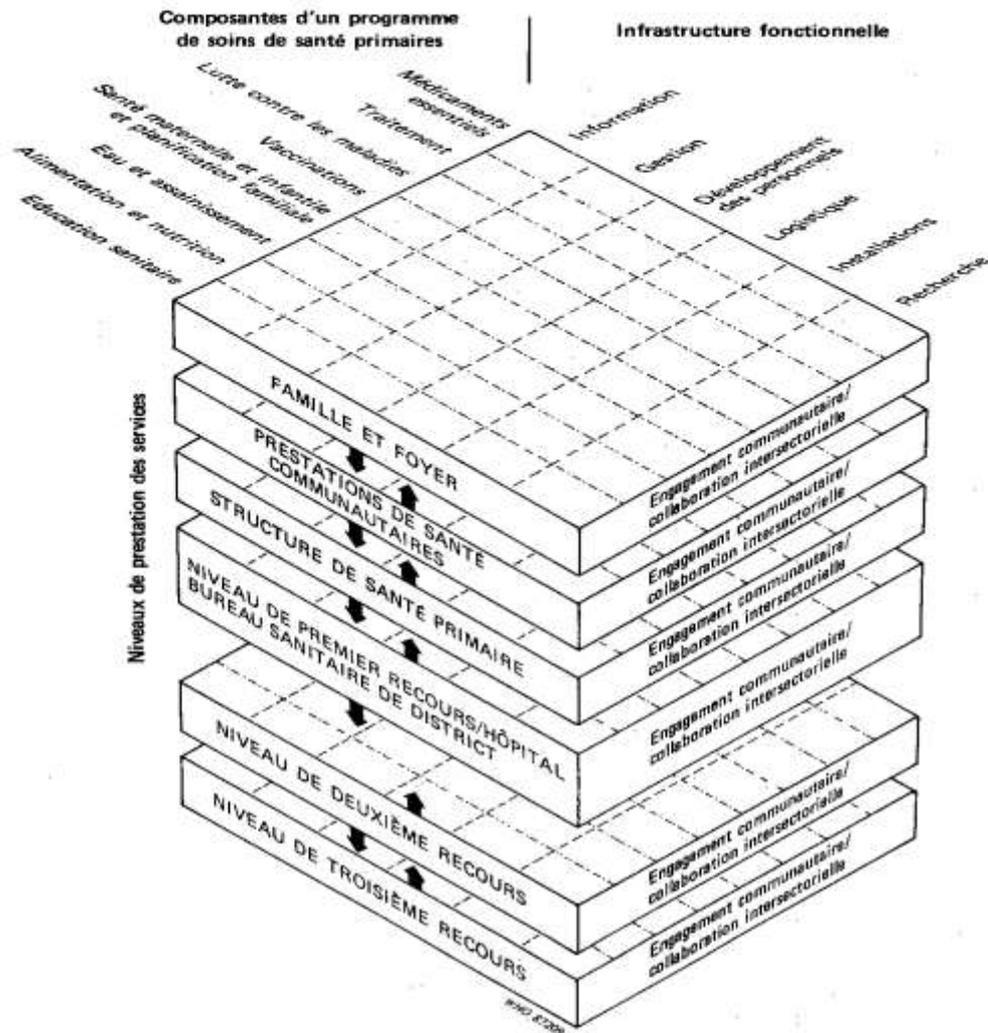
L'hôpital de district dispose en moyenne d'une centaine de lits. Les bâtiments fonctionnels comprennent les blocs opératoires (séparés pour les interventions en milieu aseptisé et non aseptisé et les interventions mineures), les salles d'accouchement, le service de soins ambulatoires, les services de diagnostic (rayons X, laboratoire), le service de physiothérapie et les services administratifs.

Les patients des services de santé du premier échelon ne sont orientés vers les hôpitaux de district que quand le niveau technique (pour le diagnostic et le traitement) ou la qualification du personnel (par exemple dans le cas d'opérations) l'exige.

Les services essentiels d'un hôpital de district comportent :

- Chirurgie générale et d'urgence y compris les laparotomies, les interventions en obstétrique, urologie, traumatologie.
- Traitement conservateur de maladies graves y compris le paludisme, la tuberculose, le SIDA, les défaillances cardiovasculaires, le diabète, etc.
- Soins ophtalmologiques avancés, y compris la chirurgie en fonction de l'épidémiologie.
- Médecine dentaire.
- Santé mentale.
- Diagnostiques de deuxième niveau y compris les rayons X, ultrasons, diagnostics biologiques, conseils et tests de dépistage du VIH.
- Soins ambulatoires avec honoraires plus élevés pour les patients s'adressant directement à l'hôpital.
- Services techniques et entretien de l'hôpital y compris un atelier et des techniciens intervenant dans tous les centres de santé du district.
- Unité d'intervention en cas de catastrophe y compris les médicaments et équipements nécessaires pour faire face aux épidémies.
- Autres tâches de formation, de planification et de gestion :
 - Formation continue et recyclage du personnel de tous les établissements du district.
 - Participation à la formation avant l'emploi des infirmières et des sages femmes.
 - Etudes, action et recherche opérationnelles sur les sujets cliniques et de santé publique.
 - Coopération à la supervision des centres de santé.

Dans les pays en développement, les hôpitaux, y compris les hôpitaux universitaires et les hôpitaux régionaux, absorbent de 40 à 80 % des dépenses publiques de santé. Cette part énorme fait l'objet d'un débat constant sur la nécessité et l'utilité de soins hospitaliers coûteux. Elle est souvent à l'origine de demandes visant à consacrer une part plus importante des dépenses aux soins de santé primaires donnés aux niveaux inférieurs.



WHO, rapport d'un comité d'experts de l'OMS sur le rôle des hôpitaux de premier recours, Genève, 1987.

2.5/ Ressources humaines et formation complémentaire.

Depuis 1980, les bailleurs de fonds investissent de plus en plus dans le « renforcement des capacités », essentiellement en finançant de la formation. De nombreuses formations de courte durée ont été organisées par des unités centrales sur d'importants problèmes de santé tels que le VIH/SIDA, la planification familiale, les maladies infantiles et l'organisation de programmes de vaccination.

Fréquemment, des services de santé doivent fermer parce que leur personnel assiste à des ateliers et des séminaires. L'impression générale est également que les cours standards officiels et la formation organisée au niveau central ont moins d'impact qu'on pourrait l'espérer sur les activités et les attitudes des stagiaires. Cela peut s'expliquer par trois raisons : des bénéfices peu réalistes attendus de la formation, la non-intégration des directeurs de district et le manque de liens avec le milieu du travail réel. Les approches basées sur les cours personnalisés semblent plus efficaces. Malgré ces remarques critiques, il faut souligner que des cours de formation appropriés de courte et de longue durée peuvent constituer de puissants outils de motivation des agents de santé. Un milieu de travail réceptif aux compétences nouvellement acquises des stagiaires peut efficacement contribuer à améliorer la qualité des services de santé.

Il est généralement reconnu que la formation médicale continue et la formation sur le terrain constituent une part importante des activités des services de santé de district et qu'il serait raisonnable de consacrer environ un dixième du temps de travail du personnel et des budgets de fonctionnement à cette activité. De nombreux districts sont encore loin d'avoir atteint cet objectif et certains agents de santé ayant une longue ancienneté n'ont pas reçu de formation médicale continue depuis l'obtention de leur diplôme.

Avant d'élaborer des systèmes plus complets et plus complexes, il serait raisonnable de mettre en place cet outil simple qu'est la formation médicale continue pour améliorer la qualité des services.

2.6/ Approvisionnement en médicaments.

La liste des médicaments essentiels de l'OMS, qui englobe l'ensemble des médicaments nécessaires, sert de base à l'établissement de la pharmacopée individuelle d'un pays. La liste actuelle des médicaments essentiels établie par l'OMS comprend 306 produits au total. La liste complète est certainement suffisante pour les besoins thérapeutiques des hôpitaux régionaux et des hôpitaux de district. En ce qui concerne les centres de santé, les dispensaires, etc., cette liste est cependant bien trop exhaustive et elle doit donc être remaniée et adaptée à l'éventail des soins et prestations de santé assumés par ces services.

La stratégie des médicaments essentiels vise à promouvoir l'utilisation rationnelle de médicaments génériques essentiels venant se substituer à un grand nombre de préparations commerciales de

marques superflues et d'un prix de vente excessif qui sont d'utilisation courante dans le système de santé de district.

Cette stratégie repose sur :

- L'établissement de listes de médicaments distinctes pour chaque niveau d'intervention.
- L'organisation et l'administration du circuit d'approvisionnement et de distribution sur la base des besoins réels, conformément à la population à charge et aux pathologies les plus courantes.
- La gestion des stocks de médicaments et le ravitaillement des différents services de santé.
- La mise en place et le suivi des ordinogrammes (procédures diagnostiques et thérapeutiques standardisées).
- La formation du personnel.
- La sensibilisation et l'information de la population.
- Le renforcement du secteur privé.

La pratique des prescriptions rationnelles de médicaments s'appuie sur des ordinogrammes ou procédures diagnostiques et thérapeutiques standardisées¹¹ adaptées aux problèmes sanitaires de chaque pays. Ces procédures sont élaborées avant tout pour aider le personnel médical des formations sanitaires à prescrire des médicaments. Pour que ces procédures soient bien acceptées par le personnel prescripteur, il est nécessaire de consentir un effort de formation important et d'assurer un suivi technique continu.

2.7/La participation communautaire.

Dans le domaine des soins de santé, la participation communautaire et les organisations d'entraide peuvent contribuer à améliorer la communication et la compréhension entre la population et le personnel des services de santé. Cette coopération peut aider à créer un rapport d'égalité fondé sur le partenariat entre les parties concernées. Elle favorise l'acceptation par la population locale des activités sanitaires offertes. Toutes les mesures de santé pouvant être classées comme des mesures préventives primaires et secondaires ou comme des services curatifs seraient plus efficaces à long terme dans de telles conditions. L'importance et la réussite de ces mesures dépendent du contexte socioculturel et de l'engagement sociopolitique et personnel des membres de la collectivité, ainsi que du soutien apporté par le secteur politique et les services de santé.

Des activités communautaires courantes sont par exemple :

- Travaux de maintenance et de réparation des points d'eau, des puits et des fontaines d'eau potable.
- Evacuation des eaux usées et des déchets solides domestiques.
- Adoption et contrôle de mesures d'hygiène générale telles que les toilettes publiques.

¹¹ Ces procédures diagnostiques et thérapeutiques standardisées correspondent à des arbres diagnostics ou thérapeutiques validés dont l'intérêt est d'en faire un outil pratique simple et d'aide à la consultation.

- Soins prénatals par des sages-femmes communautaires.
- Soins pour les pauvres et les défavorisés (y compris les mères célibataires).
- Soins des victimes de maladies chroniques (tuberculose, SIDA, lèpre, etc.).
- Travaux éducatifs au moyen de matériel audiovisuel par exemple.

2.8/ Financement.

Dans les districts de santé des pays sub-sahariens, les principales sources de financement sont les contributions générales canalisées par le budget de l'Etat. Les impôts locaux, le paiement direct par les utilisateurs (participation aux frais ou « recouvrement des coûts »), les cotisations et les primes d'assurance, ainsi que les dons jouent un rôle nettement moins important. Dans les pays africains, l'aide externe au développement reste, dans bien des cas, une source importante de financement et peut représenter 20% (ou plus) des dépenses totales de santé [Shaw, 1995]. Toutefois, les mécanismes de financement peuvent varier considérablement d'un district ou d'un pays à un autre. De nombreux pays pauvres sont fortement dépendants du financement privé des soins de santé, financement essentiellement assuré par les particuliers et leurs familles. En outre, dans beaucoup de ces pays, la part des sources de financement privé continue d'augmenter.

2.9/ Conclusion.

En Afrique sub-saharienne, le système de santé de district intégré semble être le moyen le plus réaliste et le plus pertinent pour mettre en œuvre les soins de santé primaires. Ce dernier est aujourd'hui universellement reconnu comme étant le fruit d'une série de valeurs et de principes destinés à mieux guider le développement des systèmes de santé dans les pays en développement [WHO, 2008].

QUATRIEME PARTIE : ESQUISSE D'EPIDEMIOLOGIE GENERALE ET DE NEURO-EPIDEMIOLOGIE DES PAYS EN DEVELOPPEMENT ET SURVOL DES PRINCIPALES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES RENCONTREES EN MILIEU TROPICAL.

L'évolution des composantes démographiques et sanitaires d'une population suit le plus souvent le modèle de la transition démographique. Elle se caractérise tout d'abord par une baisse de la mortalité (conséquence du développement économique et social, de l'élévation du niveau d'instruction, de l'application des mesures d'assainissement et d'hygiène alimentaire puis, de l'utilisation des antibiotiques et de la généralisation de la vaccination) [Gaimard, 2008].

Cette baisse de la mortalité s'accompagne d'une modification du profil sanitaire de la population. Les maladies infectieuses sont progressivement remplacées par les maladies de l'« abondance », maladies dégénératives ou liées au stress et au mode de vie moderne (pathologies cardiovasculaires, cancers, pathologies digestives) [Loenzien, 2002]. Ces changements entraînent un déplacement des âges au décès, de la petite enfance vers l'enfance, la jeunesse, puis les âges élevés avec une augmentation de l'espérance de vie. L'augmentation des chances de survie bénéficie plus aux jeunes qu'aux personnes âgées, aux femmes plus qu'aux hommes. Ces processus, observés à partir des XVIIIème et XIXème siècles dans les pays développés, sont plus tardifs mais plus rapides dans les régions en développement ayant amorcés leur transition sanitaire.

Cependant, depuis l'amorce de la transition sanitaire en Europe jusqu'à l'entrée dans le processus des pays d'Afrique subsaharienne, les disparités en matière de mortalité n'ont cessé de croître dans le monde. La plupart des pays d'Afrique ont certes progressé, mais beaucoup moins que les pays d'Asie, et les pays les plus durement touchés par le SIDA ont, à l'instar de la Zambie, perdu plusieurs années d'espérance de vie. Très avancée dans les pays industrialisés, la transition sanitaire est en bonne voie en Amérique latine et dans la région caraïbe. En Asie, les situations sont plus variées, avec des progrès remarquables et rapides, comme en Chine ou en Corée, et des rythmes d'évolution plus lents en Asie du Sud. En Afrique, les progrès ont été plus tardifs : ils sont parfois spectaculaires, mais c'est dans ce continent que l'on enregistre les plus vastes zones de mortalité élevée, avec une nette prédominance des maladies infectieuses et parasitaires [Gaimard, 2008].

1/ Esquisse d'épidémiologie générale et de neuro-épidémiologie des pays en développement.

1.1/ L'espérance de vie à la naissance.¹²

L'espérance de vie à la naissance a, depuis les années 50, augmenté en moyenne de 20 ans à l'échelon mondial passant ainsi de 46.5 ans en 1950-1955 à 68 ans en 2007 [Pison, 2007]. Au cours des 50 dernières années, la progression moyenne a été de 9 ans dans les pays développés (Europe, Amérique du Nord, Australie, Japon et Nouvelle-Zélande), de 17 ans dans les pays en développement à forte mortalité et de 26 ans dans les pays en développement à faible mortalité¹³ [WHO, 2003]. Cependant les inégalités d'espérance de vie à la naissance entre pays dits développés et pays en développement sont criantes. Si cette dernière s'élève à plus de 80 ans dans la plupart des pays développés, elle est parfois inférieure à 50 ans dans les pays d'Afrique subsaharienne [Gaimard, 2008]. De plus, dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, l'espérance de vie à la naissance stagne voire décline du fait notamment du SIDA ou de situation de conflit.

1.2/ Le taux de mortalité infanto-juvénile.¹⁴

Les estimations pour l'année 2005 indiquaient que 10.1 millions d'enfants sont morts dans le monde avant d'atteindre l'âge de 5 ans. 98% de ces enfants habitaient un pays en développement et près de la moitié en Afrique (alors que ce dernier ne représente que 14% de la population mondiale) [Nations-Unis, 2007]. Entre les années 60 et les années 90, profitant d'une amélioration de l'alimentation et de l'accessibilité aux soins, la mortalité infanto-juvénile a diminué dans bon nombre de pays en développement. Cette tendance générale occulte toutefois d'autres données plus ciblées. Dans seize pays (dont quatorze en Afrique), la mortalité des moins de 5 ans est actuellement plus forte qu'en 1990 et dans neuf (dont huit en Afrique), elle dépasse même le niveau observé au cours des deux décennies précédentes. Ce retournement de situation est encore une fois dû pour une grande part à l'infection VIH/SIDA [Gaimard, 2008].

¹² L'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne (autrement dit l'âge moyen au décès) d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge.

¹³ L'OMS distingue les pays en développement à forte mortalité où la mortalité des enfants et des adultes est élevée (pays de l'Afrique subsaharienne, pays pauvres d'Asie, d'Amérique latine et de la Méditerranée orientale). Les autres pays en développement (les plus avancés d'Amérique du Sud et centrale et d'Asie) constituent les pays en développement à faible mortalité [WHO, 2003].

¹⁴ Le taux de mortalité infanto-juvénile est la probabilité pour un individu de décéder avant son cinquième anniversaire.

1.3/ La mortalité maternelle.¹⁵

En Afrique subsaharienne, le risque pour une femme de mourir des suites de complications de la grossesse ou de l'accouchement évitables ou pouvant être traitées est de 1 sur 16, alors que ce même risque est de 1 sur 3 800 dans les pays développés. Le taux de mortalité maternelle va de 830 décès pour 100 000 naissances vivantes dans les pays d'Afrique à 24 pour 100 000 dans les pays d'Europe. Sur les 20 pays où le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé, 19 appartiennent à l'Afrique subsaharienne [Gaimard, 2008].

1.4/ Les principales causes de morbidité et de mortalité.

La mortalité est un indicateur simple permettant d'évaluer l'état sanitaire d'une population. Mais ce dernier ne tient pas compte de la charge de morbidité des maladies, c'est-à-dire de leurs conséquences non fatales. L'OMS et la Banque Mondiale proposent le calcul d'un indicateur évaluant la charge de morbidité dans une population : le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI). "Une AVCI représente une année de vie "en bonne santé" perdue et la charge de morbidité mesure la différence entre l'état sanitaire de la population en cause et celui d'une population normative mondiale de référence, dont l'espérance de vie est élevée et dont toutes les années sont vécues en parfaite santé" [WHO, 2003].

Dans le monde, le nombre total d'années de vie en bonne santé perdues est dû pour 36% à la morbidité des enfants de moins de 15 ans et pour 50% à celles des adultes de 15-59 ans. Si, dans les pays en développement, la survie des enfants demeure au cœur des préoccupations sanitaires, une part importante de la charge de morbidité est supportée par la population adulte [Gaimard, 2008].

Dans les régions en développement à forte mortalité, les maladies transmissibles et les pathologies maternelles, périnatales et nutritionnelles représentent 40% de la charge de morbidité (contre 5 % dans l'ensemble du monde et 1% dans les pays développés). Dans les régions d'Afrique où l'épidémie de SIDA rend la transition épidémiologique plus confuse depuis une dizaine d'années, ces pathologies peuvent contribuer à hauteur de 50 à 60% à la charge totale de morbidité [Gaimard, 2008].

Dans le monde en développement, les maladies infectieuses représentent 7 des 10 principales causes de décès chez l'enfant et sont responsable d'environ 60% de l'ensemble des décès d'enfants. En Afrique subsaharienne, la sous-alimentation, le paludisme, les infections respiratoires basses et les maladies diarrhéiques représentent à elles seules 45% de l'ensemble des décès d'enfants de moins de cinq ans [Gaimard, 2008].

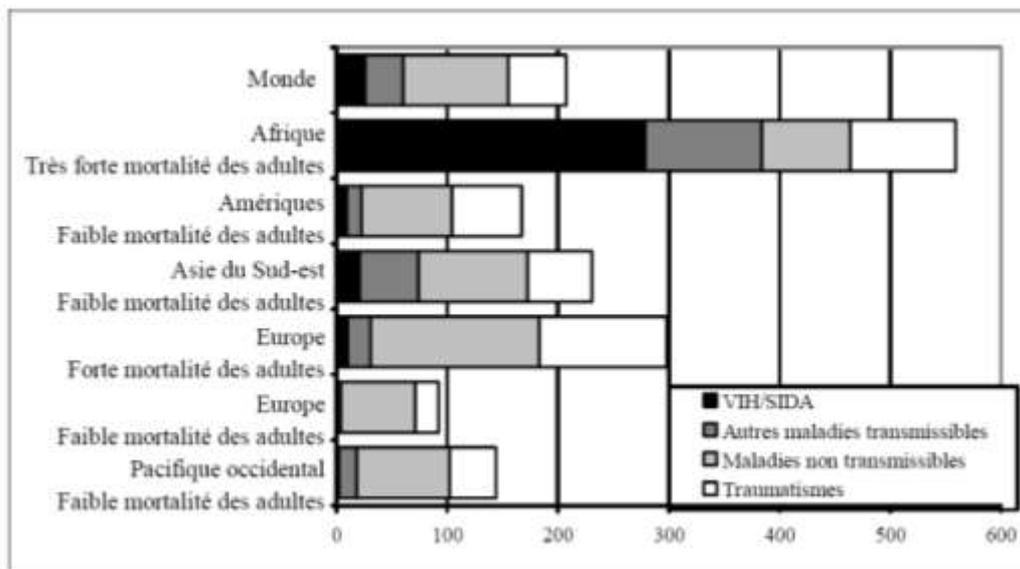
¹⁵ La mortalité maternelle se définit par "le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite".

Rang	Cause	Nombre (en milliers)	% du nombre total de décès
1	Pathologies périnatales	2 375	23,1
2	Infections respiratoires basses	1 856	18,1
3	Maladies diarrhéiques	1 566	15,3
4	Paludisme	1 098	10,7
5	Rougeole	551	5,4
6	Anomalies congénitales	386	3,8
7	VIH	370	3,6
8	Coqueluche	301	2,9
9	Tétanos	185	1,8
10	Malnutrition protéino-énergétique	138	1,3
	Autres	1 437	14,0
	Total	10 263	100,0

Principales causes de décès des enfants dans les pays en développement en 2002 [WHO, 2003].

1.5/ Conclusion.

Nous l'avons vu, si certains indicateurs de santé dressent un bilan global en progression de l'état de santé dans le monde, ce dernier cache des disparités majeures entre régions du monde et à l'intérieur même de ces régions. L'Afrique subsaharienne connaît toujours le plus fort taux de pauvreté humaine et la plus forte croissance de cette pauvreté et les maladies transmissibles demeurent dans ces régions la première cause de mortalité.



Probabilité de décéder (pour 1 000 habitants) entre 15 et 60 ans par causes en 2002 [WHO, 2003].

2/ Quel est le poids de la pathologie neurologique dans les pays en développement ?

Une personne sur neuf décède dans le monde d'une pathologie neurologique [Murray, 1996]. La pathologie neurologique représente 6.3% de la charge mondiale de morbidité [WHO, 2006]. La pathologie neuro-infectieuse et cérébro-vasculaire y contribue pour 4.3% et la pathologie dite « neuropsychiatrique » (à savoir : migraine, sclérose en plaque, démence, épilepsie et maladie de parkinson) pour 2%. Le spectre des pathologies neurologiques en causes est très différent dans les pays développés et dans les pays en développement. Ces derniers semblent caractériser par une forte proportion de pathologies neuro-infectieuses et d'épilepsie chez l'enfant, et une forte proportion d'accident vasculaire cérébral chez l'adulte [Bergen, 1996].

Les études épidémiologiques à travers le monde sur la pathologie neurologique sont pour la plupart des études hospitalières le plus souvent biaisées du fait notamment des difficultés d'une part plus ou moins grandes de la population à accéder au système de santé du pays. Ceci est a fortiori vrai dans les pays en développement auxquels s'ajoutent des difficultés logistiques et économiques limitant la réalisation de telles études [Quet, 2011]. D'après les auteurs d'une étude récente de neuroépidémiologie générale réalisée à San-Andrés Azumiatla, commune rurale du Mexique, seules dix études existent en neuroépidémiologie générale dans les pays en développement [tableau 1]. Les résultats sont très disparates et difficilement interprétables cependant il semble que les principales pathologies rencontrées sont : les céphalées, l'épilepsie, les pathologies cérébro-vasculaires, les neuropathies périphériques, les traumatismes, les pathologies neuro-infectieuses, les retards psychomoteurs et les pathologies cérébelleuses.

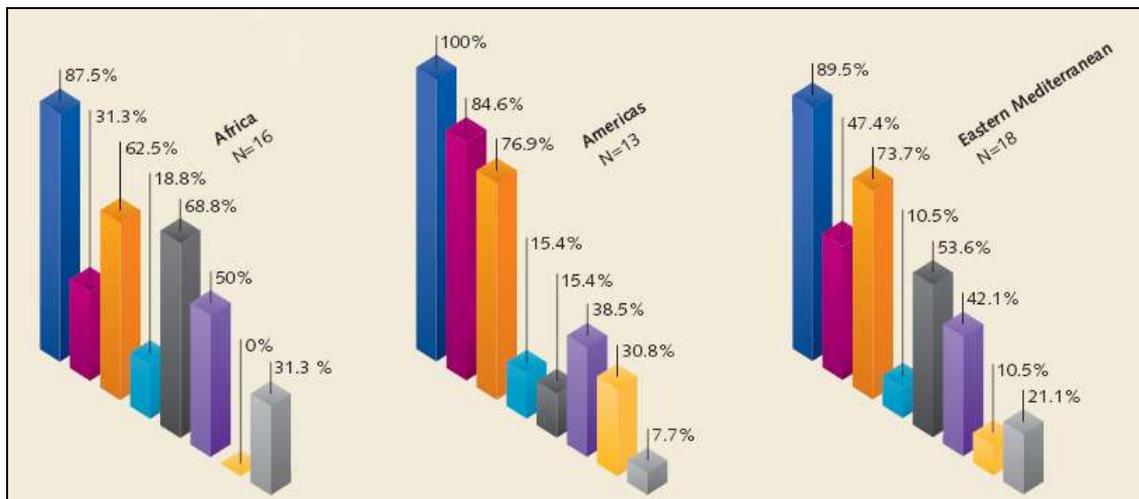
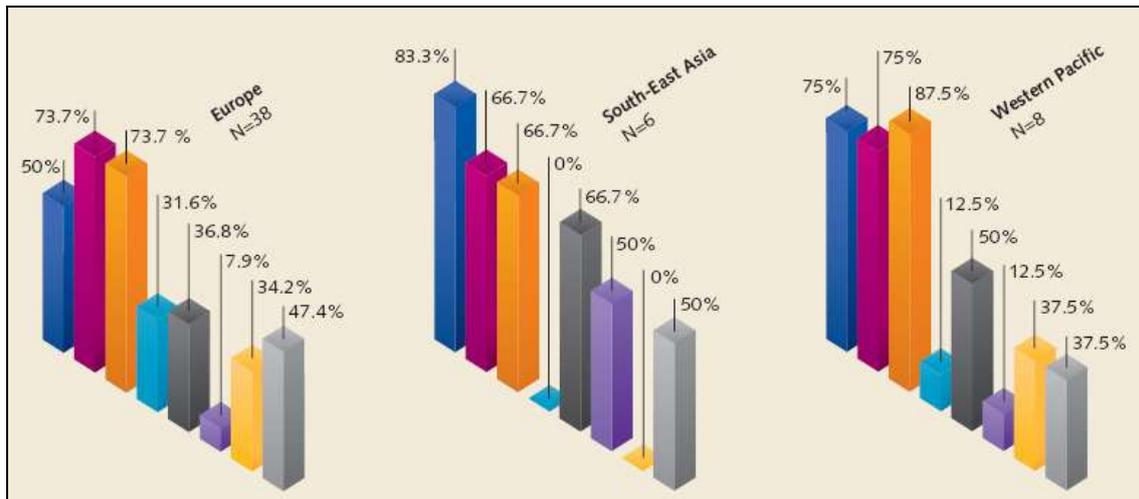
Tableau 1 : Taux de prévalence (pour 1 000) des principales pathologies neurologiques de différentes études de neuro-épidémiologie générale. Tableau extrait de l'article de F. Quet et al. au sujet d'une étude de neuroépidémiologie générale dans une commune rurale du Mexique [Quet, 2011].

References	Country	Standardization	Sample size	H	E	PD	S	N	T	I	CD
Osuntokun et al. [18]	Nigeria	no	20,000	53.0 ¹	5.3	0.1	0.6	2.5 ²			0.1
Longe and Osuntokun [19]	Nigeria	no	2,925	63.2 ¹	6.2	0.7	0.7	2.1			0.3
Al Rajeh et al. [20]	Saudi Arabia	no	22,630	20.7	7.6	6.3	1.8				
Saha et al. [21]	India	no	20,842	8.7	3.6		1.5	0.8			
Pradilla et al. [22]	Colombia	national	8,910	71.2 ¹	10.3		19.9	8.5	6.4		
Gourie-Devi et al. [23]	India	national	102,557	9.7	8.3	1.2	2.6	1.0		0.3	
Nicoletti et al. [24, 25]	Bolivia	world	10,000		12.3		1.7				
Cruz-Alcalá and Vázquez-Castellanos [5]	Mexico	no	9,082 ³		6.8		4.5				
Del Brutto et al. [26-28]	Ecuador	US population	2,548		10.8		8.4				
El Tallawy et al. [29]	Egypt	no	62,583		7.0		5.6				2.0
Present study	Mexico	world	4,008	22.4	3.9	1.7	2.9	7.1	0.6	0.4	0.3

Standardization = Population used for standardization. H = Headache; E = epilepsy; PD = psychomotor delay; S = stroke; N = neuropathy; T = traumatism; I = infection; CD = cerebellar disorder.

¹ Migraine. ² Polyneuropathies were only considered. ³ Assessed by an HQ.

D'après les données de l'OMS et d'après un questionnaire adressé aux praticiens généralistes des centres de santé primaires de différentes régions du monde, les pathologies neurologiques rencontrées les plus fréquemment étaient : les céphalées, la pathologie cérébro-vasculaire, l'épilepsie, les neuropathies périphériques, les pathologies neuro-infectieuses, la maladie de Parkinson, les démences, les pathologies vertébrales. De ces pathologies, celles les plus fréquemment rapportées en Afrique étaient l'épilepsie (87.5%), les neuropathies périphériques (68.8%), les céphalées (62.5%) et les pathologies neuro-infectieuses (50%) [WHO, 2004c].



- Bleu foncé : Epilepsie.
- Rose : Pathologie cérébro-vasculaire.
- Orange : Céphalées.
- Bleu clair : Maladie de Parkinson.
- Noire : Neuropathies périphériques.
- Violet : Pathologies neuro-infectieuses.
- Jaune : Démence.
- Gris : Pathologies vertébrales.

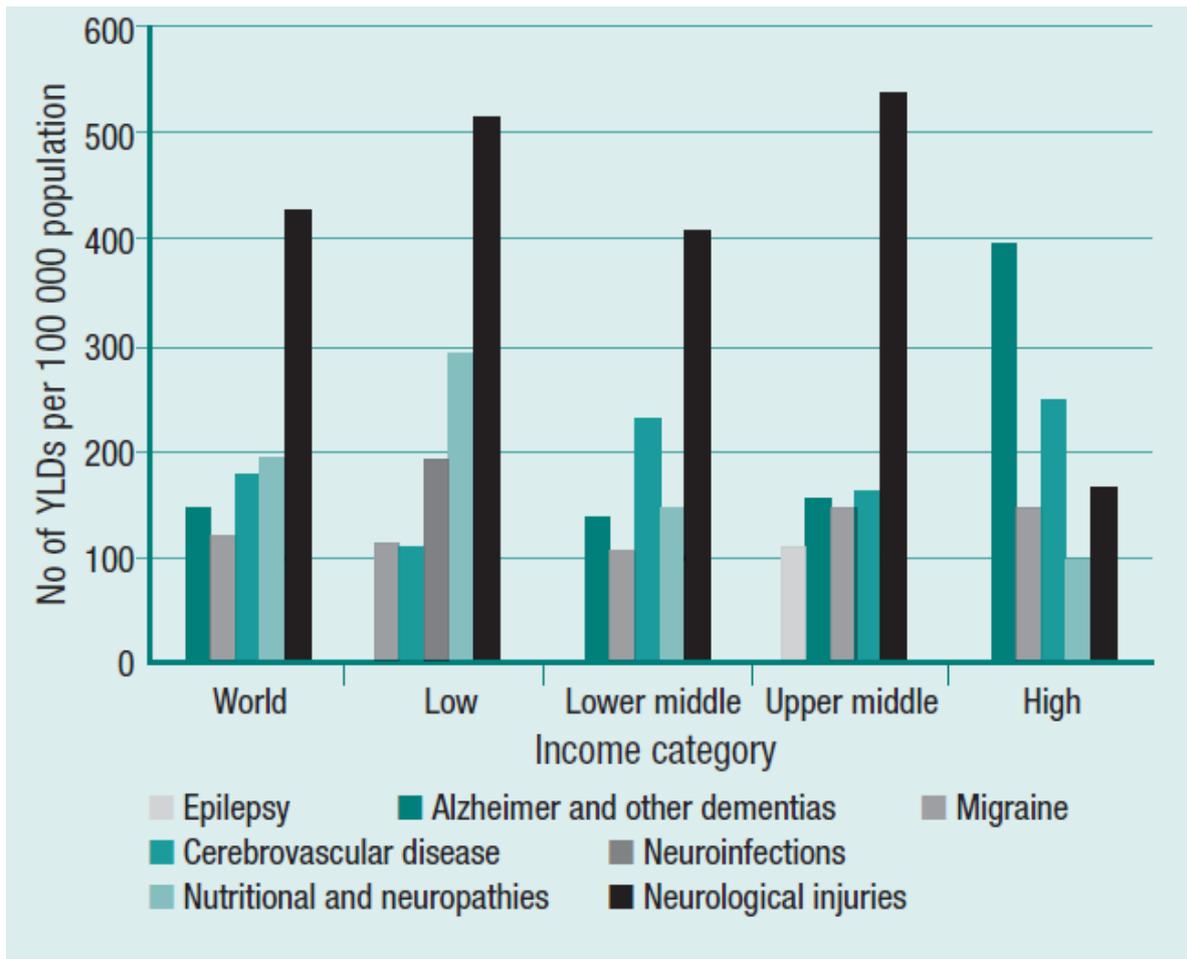
Pathologies neurologiques les plus fréquemment rencontrées dans les centres de santé primaire données par régions en % d'après les données de l'OMS [WHO, 2004c].

Les premières causes de mortalité en pathologie neurologique et dans les pays à faible revenu sont, d'après les données de l'OMS, en premier lieu la pathologie cérébro-vasculaire (6.41%) puis à un degré beaucoup plus faible, le tétanos (0.64%), les démences (0.41%), les méningites (0.39%) et l'épilepsie (0.28%) [WHO, 2006].

Cause category	World (%)	Income category			
		Low (%)	Lower middle (%)	Upper middle (%)	High (%)
Epilepsy	0.22	0.28	0.17	0.20	0.11
Alzheimer and other dementias	0.73	0.41	0.34	0.46	2.84
Parkinson's disease	0.18	0.06	0.18	0.15	0.60
Multiple sclerosis	0.03	0.01	0.02	0.05	0.10
Migraine	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cerebrovascular disease	9.90	6.41	15.81	9.64	9.48
Poliomyelitis	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01
Tetanus	0.33	0.64	0.04	0.01	0.00
Meningitis	0.26	0.39	0.18	0.16	0.04
Japanese encephalitis	0.02	0.03	0.01	0.00	0.00
Total	11.67	8.23	16.77	10.67	13.18

Dix premières causes de mortalité concernant la pathologie neurologique évalué en % de nombre total de décès suivant la catégorie de revenu des pays (d'après la Banque Mondiale) en 2005 et d'après les données de l'OMS [WHO, 2006].

Toujours d'après les données de l'OMS, les cinq pathologies neurologiques supportant la plus grande charge de morbidité rencontrées dans les pays à faible revenu sont par ordre décroissant : la pathologie traumatique, la pathologie carencielle et les neuropathies périphériques, la pathologie neuro-infectieuse et la pathologie cérébro-vasculaire alors que pour les pays à haut revenu cette dernière concerne en premier lieu la pathologie démentiel, la pathologie cérébro-vasculaire et la pathologie traumatique [WHO, 2006].



Cinq premières causes pourvoyeuses d'incapacité pour la pathologie neurologique suivant la catégorie de revenu des pays (selon la Banque Mondiale) et par années de vie d'incapacité, en 2005 et d'après les données de l'OMS [WHO, 2006].

3/ Survol de la pathologie neurologique rencontrée en milieu tropical.

3.1/ La pathologie neuro-infectieuse.

3.1.1/ Les infections bactériennes.

3.1.1.1/ Les méningites purulentes.

Les méningites purulentes à germes banals restent une problématique majeure en zone tropicale. Elles concernent le plus souvent des enfants et pose le problème de l'accessibilité aux antibiotiques.

3.1.1.2/ La tuberculose neuro-méningée.

La tuberculose du système nerveux central sévit de façon endémique dans plusieurs régions en développement. Son incidence a considérablement augmentée depuis l'avènement de la pandémie de VIH/SIDA. Les atteintes neurologiques de la tuberculose prennent différents aspects : méningite, méningo-encéphalite, processus expansif intracrânien (les tuberculomes et les abcès tuberculeux représentent 5 à 8% des processus expansifs intracrâniens en milieu tropicale [Dumas, 1983]) ou encore la spondylodiscite (mal de Pott) et ses complications neurologiques.

3.1.1.3/ La neurosyphilis.

La syphilis est une affection encore fréquente en milieu tropical dans les régions en développement et notamment en zone rurale. Elle doit en principe être recherchée devant toute manifestation neurologique subaiguë. Les tableaux cliniques les plus fréquents sont l'atteinte cordonale postérieure (tabès) ou l'altération des fonctions cognitivo-comportementales (paralysie générale). Depuis l'avènement de la pénicilline, la syphilis est non seulement évitable mais aussi guérissable. Néanmoins, cette maladie constitue encore un problème mondial puisqu'on estime à 12 millions le nombre de personnes qui contractent la maladie chaque année dont une large majorité dans les pays en développement [WHO, 2009b]. Les tests de dépistage sont peu coûteux et peuvent être pratiqués au niveau des centres de santé primaires. La pénicilliothérapie intraveineuse est également peu coûteuse et le médicament figure sur la liste des médicaments essentiels de tous les pays.

3.1.1.4/ Les manifestations neurologiques de la lèpre.

La lèpre est devenue très rare dans les pays industrialisés et malgré l'intensification des stratégies de lutte contre la lèpre, dans 12 pays à travers le monde (Inde, Brésil, Indonésie, Myanmar, Madagascar, Népal, Ethiopie, Mozambique, République Démocratique du Congo, Niger, Guinée et Cambodge), la lèpre pose encore un problème de santé publique et son élimination¹⁶ n'est pas encore atteinte dans tous les pays.

A ce jour, le diagnostic et le traitement de la lèpre est relativement simple et la plupart des pays où l'épidémie est endémique s'efforcent d'intégrer la prise en charge de la lèpre dans les services de santé nationaux. L'accès à l'information, au diagnostic et au traitement par PCT sont les éléments clé de la stratégie d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique, définie par une prévalence inférieure à 1 cas de lèpre pour 10 000 habitants. Depuis 1995, les coûts du traitement sont financés en totalité par l'OMS dans l'ensemble des pays, dans le cadre des programmes verticaux de prise en charge des pathologies tropicales négligées.

La plupart des pays qui étaient fortement affectés par la lèpre ont atteint le seuil national d'élimination, et continuent leurs efforts au niveau des régions ou des districts. En 2007, la République Démocratique du Congo et le Mozambique ont atteint l'élimination de la lèpre à un niveau national. Cependant, des poches d'haute endémicité persistent dans certains foyers comme à Madagascar, en Angola, au Brésil, en République Centre Africaine, en Inde en Tanzanie ou au Népal. Pour les 5 ans à venir, l'OMS, en collaboration avec les programmes nationaux de lutte contre la lèpre et d'autres partenaires, a élaboré une stratégie renforcée; celle-ci met davantage l'accent sur le fait de maintenir durablement la fourniture de soins de qualité aux patients et de réduire la charge de morbidité non seulement grâce au dépistage précoce des nouveaux cas, mais aussi en diminuant les incapacités, la stigmatisation et la discrimination et en offrant une réadaptation sociale et économique aux lépreux.

Les services intégrés de lutte contre la lèpre ont joué un rôle important dans le maintien de certains services, comme ceux de diagnostic, de traitement et de prévention des incapacités, dans beaucoup de pays où la lèpre est endémique. Les centres d'orientation-recours¹⁷ qui font partie du système

¹⁶ L'OMS donne ces définitions du contrôle, de l'élimination et de l'éradication d'une maladie infectieuse :

-Contrôle (ou endiguement) : Réduction volontaire de l'incidence et de la prévalence et/ou de l'incidence de la maladie cible à un niveau acceptable. Si la maladie considérée perd de son importance du point de vue de la santé publique, il est cependant nécessaire de continuer d'agir pour maintenir la réduction obtenue.

-Elimination : Réduction à zéro par la volonté humaine de l'incidence d'une maladie dans une zone géographique déterminée, les efforts réalisés devant ensuite être poursuivis.

-Eradication : Réduction permanente et définitive à zéro de l'incidence mondiale d'une infection causée par un agent déterminé grâce à des efforts délibérés. Aucune action ne doit ensuite être poursuivie. L'éradication ne doit pas être confondue avec l'éventuelle disparition spontanée d'une maladie.

Pourtant, concernant la lèpre, son élimination est définie par l'OMS par un taux de prévalence inférieur à 1 cas pour 10 000 habitants.

¹⁷ A Madagascar il s'agit des CDT : Centres de Diagnostic et de Traitement.

général des soins de santé ont joué un rôle capital en aidant les services de soins primaires à traiter les complications, prévenir les incapacités et assurer la réadaptation [WHO, 2010c].

Comme l'illustre la figure ci-dessous, hormis en Méditerranée orientale, la tendance est à la baisse dans l'ensemble des régions du globe.

WHO region ^a – Région de l'OMS ^a	No. of new cases detected – Nombre de nouveaux cas dépistés						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
African – Afrique	47 006	46 918	45 179	34 480	34 468	29 814	28 935
Americas – Amériques	52 435	52 662	41 952	47 612	42 135	41 891	40 474
South-East Asia – Asie du Sud-Est	405 147	298 603	201 635	174 118	171 576	167 505	166 115
Eastern Mediterranean – Méditerranée orientale	3 940	3 392	3 133	3 261	4 091	3 938	4 029
Western Pacific – Pacifique occidental	6 190	6 216	7 137	6 190	5 863	5 859	5 243
Total	514 718	407 791	299 036	265 661	258 133	249 007	244 796

^a No reports were received from the European Region. – Aucun rapport n'a été reçu de la Région européenne.

Tendances observées dans le nombre de nouveaux cas de lèpre dépistés, par Région de l'OMS, 2003-2009 [WHO, 2010c].

Le tableau suivant rapporte le nombre de nouveaux cas dépistés en 2009 dans les 16 pays ayant notifié un nombre ≥ 1000 nouveaux cas. Ces 16 pays comptent 93% de tous les nouveaux cas dépistés en 2009. De même, hormis au Soudan, la prévalence décroît dans chacun de ces pays de forte prévalence. On note d'emblée que Madagascar fait partie des 16 pays où l'incidence est la plus élevée, d'autant plus que le nombre de cas n'est pas rapporté au nombre d'habitant.

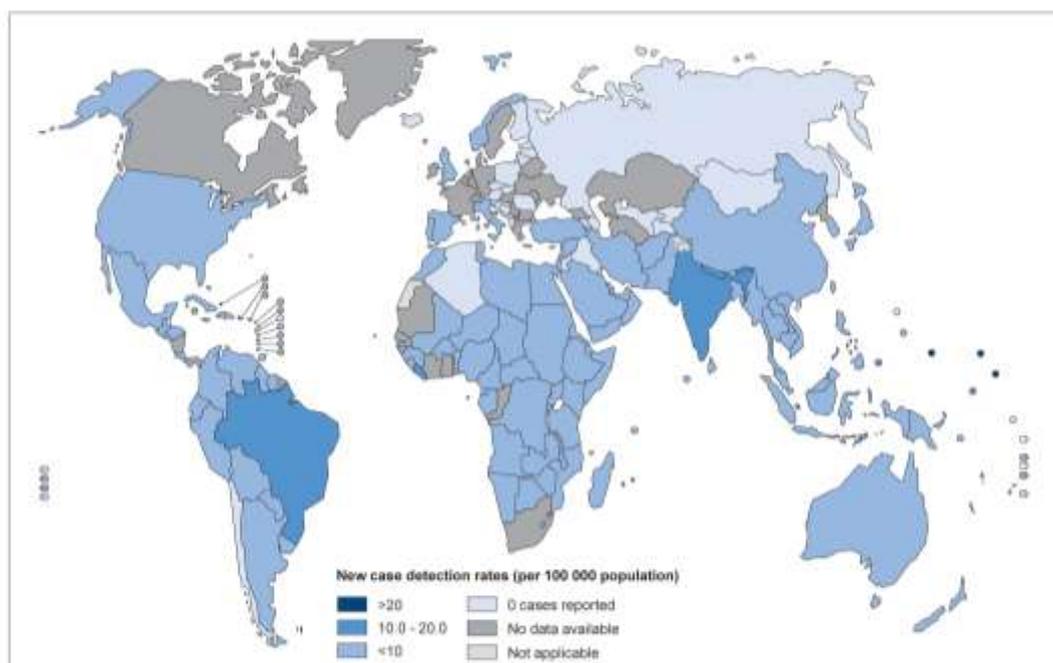
Ainsi, le poids de la lèpre devrait encore continuer à diminuer du fait des activités soutenues menées par les programmes nationaux de lutte antilépreuse et du soutien des partenaires nationaux et internationaux. A noter que l'atteinte du seuil d'élimination ne doit pas être confondu avec l'éradication de la maladie, les efforts ne doivent pas être relâchés. Comme l'incidence diminue, on ne peut qu'espérer que les effets préjudiciables de la maladie sur le bien-être physique, social et économique des individus et des familles touchés par la lèpre s'amenuisent [WHO, 2010c].

Country – Pays	No. of new cases detected – Nombre de nouveaux cas dépistés						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bangladesh	8 712	8 242	7 882	6 280	5 357	5 249	5 239
Brazil – Brésil	49 206	49 384	38 410	44 436	39 125	38 914	37 610
China – Chine	1 404	1 499	1 658	1 506	1 526	1 614	1 597
Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	7 165	11 781	10 369	8 257	8 820	6 114	5 062
India – Inde	367 143	260 063	169 709	139 252	137 685	134 184	133 717
Ethiopia – Éthiopie	5 193	4 787	4 698	4 092	4 187	4 170	4 417
Indonesia – Indonésie	14 641	16 549	19 695	17 682	17 723	17 441	17 260
Madagascar	5 104	3 710	2 709	1 536	1 644	1 763	1 572
Mozambique	5 907	4 266	5 371	3 637	2 510	1 313	1 191
Myanmar	3 808	3 748	3 571	3 721	3 637	3 365	3 147
Nepal – Népal	8 046	6 958	6 150	4 235	4 436 ^a	4 708 ^a	4 394 ^a
Nigeria – Nigéria	4 799	5 276	5 024	3 544	4 665	4 899	4 219
Philippines	2 397	2 254	3 130	2 517	2 514	2 373	1 795
Sri Lanka	1 925	1 995	1 924	1 993	2 024	1 979	1 875
Sudan – Soudan	906	722	720	884	1 706 ^a	1 901 ^a	2 100 ^a
United Republic of Tanzania – République-Unie de Tanzanie	5 279	5 190	4 237	3 450	3 105	3 276	2 654
Total (%)	491 635 (96)	386 424 (95)	285 257 (95)	247 022 (93)	240 664 (93)	233 263 (94)	227 849 (93)
Global total – Total général	514 718	407 791	299 036	265 661	258 133	249 007	244 796

^a New cases detected from mid-November 2008 to mid-November 2009. – Nouveaux cas dépistés entre la mi-novembre 2008 et la mi-novembre 2009.

^a Includes data from southern Sudan. – Comprend les données du Sud-Soudan.

Tendances observées dans le dépistage de la lèpre dans 16 pays rapportant un nombre ≥ 1000 nouveaux cas en 2009 et nombre de nouveaux cas dépistés annuellement depuis 2003 [WHO, 2010c].



Taux d'incidence de la lèpre en janvier 2011 [WHO, 2013].

On distingue dans la lèpre les formes paucibacillaires (ou tuberculoïde), multibacillaires (ou lépromateuse) ou intermédiaires (« borderline »). La neuropathie lépreuse est fréquente et surviendrait chez 40 à 45% des patients avec atteinte cutanée [Agrawal, 2005]. Les manifestations neurologiques s'observent dans toutes les formes de la maladie mais c'est essentiellement dans la forme paucibacillaire qu'elles sont le plus caractéristiques. Le tableau est classiquement celui d'une mononeuropathie parfois multiple et plus rarement d'une polyneuropathie de topographie « température-dépendante »¹⁸ (mimant un caractère longueur dépendant). L'atteinte sensitive est de manière caractéristique dissociée avec préservation de la sensibilité proprioceptive. Elle se révèle par une hypoesthésie superficielle, des dysesthésies et parfois des sensations prurigineuses. L'atteinte motrice est plus tardive et jamais isolée. S'associe au déficit moteur périphérique une amyotrophie, le plus souvent plus marqué que ne le voudrait le déficit, des muscles interosseux, des loges thénariennes et hypothénariennes. Les paralysies faciales périphériques n'intéressant classiquement que l'occlusion palpébrale (lagophtalmie) sont fréquentes, parfois bilatérales et mettent en jeu le pronostic visuel de ces patients (conjonctivite, kératite, ulcère de cornée, etc.). Elles sont le plus souvent associées à une hypoesthésie de la région malaire et parfois une anesthésie cornéenne par atteinte du nerf V1. La main prend avec le temps l'aspect de griffe médio-cubitale (ou main d'Aran-Duchenne). L'atteinte neurovégétative donne classiquement un aspect de dépilation de la queue du sourcil, une alopécie ou encore une anhidrose localisée. Ces atteintes neuropathiques sont responsables de troubles nociceptifs et trophiques sévères, point de départ des mutilations bien connues de la maladie (ulcères neurotrophiques, mal perforant plantaire, pied lépreux, etc.). D'authentiques neuropathies aiguës peuvent survenir à l'occasion de réaction lépreuse de type 1 (réaction de réversion, hypersensibilité de type IV) ou de type 2 (érythème noueux lépreux, hypersensibilité avec dépôts de complexes immuns). Ces réactions surviennent classiquement au cours du traitement mais peuvent également survenir à n'importe quel moment de la maladie. Enfin, l'existence de neuropathie lépreuse pure (ou « lèpre nerveuse pure »), isolée et révélatrice de l'infection dans 15% des cas [Flageul, 2012], complique nettement la prise en charge diagnostique chez ces patients.

En 2010, et au moment du diagnostic, 5 à 23% des patients présentaient une incapacité de degré 2 selon l'OMS¹⁹, témoin d'une neuropathie sévère [WHO, 2011].

¹⁸ En effet, dans la lèpre, les lésions prédominent au niveau des zones dites froides ce qui laisse supposer que la température optimale de croissance du bacille de Hensen est inférieure à 37°C.

¹⁹ Selon la classification de l'OMS

Pour les mains et les pieds :

Degré 0 : absence d'anesthésie, pas de déformation ni de lésion visible.

Degré 1 : anesthésie, mais pas de déformation ni de lésion visible.

Degré 2 : présence d'une déformation ou d'une lésion visible.

Pour les atteintes oculaires :

Degré 0 : absence de problèmes oculaires imputables à la lèpre ; aucun signe de perte de l'acuité visuelle.

Degré 1 : présence de problèmes oculaires imputables à la lèpre, mais aucune baisse corrélative d'acuité (acuité au moins égale à 1/10 ; le sujet peut compter les doigts à 6 mètres).

L'examen clinique s'attache à rechercher une hypertrophie parfois douloureuse des troncs nerveux (plexus cervical au cou, branche sus-orbitaire du trijumeau, nerf ulnaire au coude, nerf médian et nerf radial au poignet, nerf sciatique poplité externe au creux poplité et nerf tibial postérieur à la cheville). La douleur peut être provoquée à la palpation ou spontanée. Les réflexes ostéo-tendineux sont le plus souvent préservés du fait de l'atteinte tronculaire trop superficielle et trop distale pour interrompre l'arc réflexe. La sensibilité est testée au monofilament et l'évaluation de la force musculaire est centrée sur les territoires les plus fréquemment touchés. Une attention particulière doit être portée à l'examen oculaire et à l'évaluation de l'acuité visuelle et ce à fortiori s'il existe une atteinte périphérique du nerf facial.

Alors que les formes lépromateuses sont plutôt pourvoyeuse d'atteinte de type multinévritique ou polyneuropathique adoptant une topographie plutôt distale, symétrique et lentement évolutive, les formes du pôle tuberculoïde se compliquent volontiers de mononeuropathies isolées ou multiples, de topographie alors pluritronculaire, asymétrique et le plus souvent au voisinage direct des lésions cutanées.

Le diagnostic est avant tout clinique et peut être confirmé en cas de difficultés par la recherche de BAAR (Bacilles Alcoolo-Acido-Resistants) après coloration de Zielh-Nielsen sur frottis de peau réalisée à partir des sérosités dermiques prélevées après incision et grattage d'une lésion dermatologique ou à partir d'un prélèvement de mucus nasal.

L'examen clinique permet de classer les malades en deux catégories selon l'OMS:

-Lèpre paucibacillaire (PB) : le nombre de lésions hypochromiques est inférieur à 5. Si les examens bactériologiques sont réalisés, ils sont négatifs. Cette forme est également dénommée lèpre de forme tuberculoïde (forme tuberculoïde tuberculoïde ou forme borderline tuberculoïde) dans la classification de Ridley et Jopling. La forme tuberculoïde tuberculoïde est marquée par des lésions maculeuses ou infiltrées, hypochromiques, peu nombreuses voire unique, de grande taille, bien limitées, asymétriques, hypoesthésique voire anesthésique. La forme borderline tuberculoïde est marquée par des lésions plus nombreuses, avec quelques lésions satellites, parfois annulaires.

-Lèpre multibacillaire (MB) : le nombre de lésion hypochromique est supérieur à 5. Si les examens bactériologiques sont réalisés, ils sont positifs. Cette forme est également dénommée lèpre de forme lépromateuse (forme lépromateuse lépromateuse, forme borderline lépromateuse, forme borderline borderline) dans la classification de Ridley et Jopling. La forme lépromateuse lépromateuse est marquée par des lésions maculeuses ou infiltrées, la présence de nodules ou lépromes, les lésions sont ombreuses (>100), de petite taille, à limite floue, symétriques, non systématiquement hypochromiques ou anesthésiques. La forme borderline lépromateuse présente des nodules et des lésions annulaires. La forme borderline borderline ne présente que des lésions annulaires.

Degré 2 : forte baisse de l'acuité visuelle (acuité inférieure à 1/10 ; le sujet ne peut compter les doigts à 6 mètres).

En cas de doute entre une forme MB et PB, l'OMS recommande de considérer qu'il s'agit d'une forme MB [WHO, 2000c].

Le traitement des neuropathies de la lèpre est peu consensuel. Les neuropathies infracliniques sont généralement sensibles à la PCT, les neuropathies cliniques d'installation progressive répondent généralement peu à la PCT et ce d'autant plus qu'elles sont anciennes et sévères. La corticothérapie par voie générale dans ces cas n'a pas fait la preuve de son efficacité. Quant à la neurolyse ou l'épicondylectomie, elles semblent apporter un bénéfice dans quelques études [Van Veen, 2008, 2009]. Les neuropathies aiguës surviennent dans le cadre de réactions lépreuses et constituent des urgences thérapeutiques. La corticothérapie par voie générale (0.5 à 1 mg/kg/j) associée à la mise au repos du nerf (attelle) constitue la base du traitement. En cas d'inefficacité une neurolyse chirurgicale peut-être discutée [Van Veen, 2008]. En dehors de ces situations aiguës, la prise en charge est surtout celle de la prévention des complications chroniques à travers l'éducation du patient, la rééducation et l'ergothérapie.

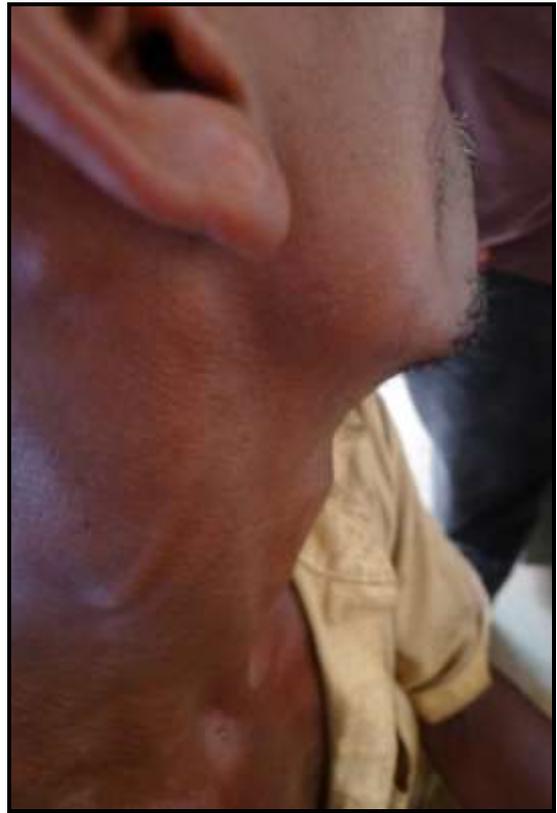
Le diagnostic précoce et la prise en charge des atteintes neurologiques de la lèpre conditionnent le pronostic fonctionnel à moyen et à plus long terme de ces patients. La maîtrise de l'examen neurologique, des connaissances autour de la maladie et des modalités de prise charge dont la capacité à référer certains patients difficiles, et à savoir reconnaître les urgences thérapeutiques, sont les conditions sine qua non de la lutte contre la lèpre dans ces pays encore touché de près par la maladie [Said, 2010].



Amyotrophie du muscle premier interosseux et griffe cubitale débutante. Lésions hypochromiques et hypoesthésique du dos de la main [Photo personnelle].



Lagophthalmie bilatérale.



Hypertrophie du plexus cervical superficiel.



Dépilation de la queue du sourcil.



Anhydrose de la branche sus orbitaire du V droit, conjonctivite bilatérale.

[Photos personnelles]



Examen de l'acuité visuelle en consultation [Photos personnelles].

3.1.2/ Les infections parasitaires.

Si les parasitoses du système nerveux sont rares dans les pays développés en dehors d'un contexte d'immunodépression, elles sont fréquentes dans les pays en développement notamment en zone tropicale et sont observées également chez des sujets immunocompétents. On distingue classiquement les protozooses dont font partie notamment le paludisme et la trypanosomiase africaine, les helminthoses dont font partie les cestodoses et notamment la cysticerose, les trématodoses et notamment les schistosomiasis et enfin les nématodoses dont les filarioses.

3.1.2.1/ Le paludisme cérébral.

Le paludisme donne principalement un tableau d'encéphalopathie parasitaire réalisant un tableau d'encéphalite aigue fébrile. Le paludisme cérébrale est une des complications viscérales du paludisme grave à *plasmodium falciparum* et demeure une cause majeure de mortalité et de morbidité dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne [Newton, 1998]. Les enfants sont les plus souvent affectés par cette forme grave de paludisme et parmi eux, il semble que 10% présentent au décours immédiat des séquelles neurologiques [Murphy, 2001].

L'OMS a proposé la définition suivante du paludisme cérébrale (PC) : « syndrome clinique caractérisé par un coma vrai, non réactif, avec impossibilité de localiser des stimuli douloureux au moins 1 h après l'arrêt d'une convulsion ou d'une correction de l'hypoglycémie, associé à la présence de

formes asexuées de *P. falciparum* dans le sang périphérique, toutes autres causes d'encéphalopathie étant exclues » [WHO, 2000d].

L'incidence du PC dans les régions endémiques en Afrique subsaharienne est de 1,12 cas pour 1000 enfants par an [Snow, 2003] et la mortalité avoisinerait 18 % [Newton, 1998, Rowe, 2006]. Malgré de nombreux travaux de recherche, portant essentiellement sur l'atteinte cérébrale, les mécanismes à l'origine du PC sont loin d'être élucidés compte tenu de la complexité des interactions hôte-parasite et de l'absence de modèle animal réellement satisfaisant.

Les manifestations cliniques du PC associent coma, fièvre, convulsions, atteinte du tronc cérébral (modification du diamètre pupillaire, déviation des globes oculaires). Le diagnostic de PC devrait être évoqué chez tout patient présentant un syndrome fébrile avec altération de la conscience et vivant en zone d'endémie palustre. La négativité d'au moins trois gouttes épaisses effectuées à intervalles de 8 et 12 heures est exigée pour éliminer de manière formelle le diagnostic de PC [Newton, 1998]. Ces conditions sont difficiles à satisfaire sur le terrain. Des tests de diagnostic rapide, basés sur la détection par immunochromatographie des enzymes du parasite, Histidine-Rich Protein-2 (HRP-2) et Plasmodium Lactate Dehydrogenase (pLDH), peuvent être utiles en cas de négativité des gouttes épaisses ou si celles-ci ne sont pas réalisables. Ces tests ne fournissent pas d'information sur la charge parasitaire et leur sensibilité diminue lorsque celle-ci est faible [Rubio et al., 2001].

Si l'on assiste le plus souvent à une restitution ad integrum de l'état de conscience dans les 24 à 96 heures, des séquelles neurologiques sont observées au réveil dans environ 10 % des cas de PC [Newton, 1998]. Parmi les séquelles mentionnées par l'OMS, les plus fréquentes sont une ataxie (43 %), une hémiplégié (39 %), une dysarthrie (39 %), une cécité corticale (30 %), une comitialité, divers troubles du comportement et du tonus (hypotonie ou spasticité) [Carter, 2004, WHO, 2000b, 2000d]. Ces séquelles disparaîtraient ultérieurement pour la plupart. Il en est ainsi de 90 % des cécités corticales. Néanmoins la persistance d'altération des fonctions cognitives a déjà été souligné [Idro, 2006]. Enfin des études récentes ont souligné le possible lien entre PC et épilepsie séquellaire [Preux, 2002].

Les facteurs prédictifs de séquelles neurologiques sont :

- l'âge inférieur à trois ans,
- un coma prolongé ou très profond,
- la survenue de convulsions répétées ou prolongées,
- une hypoglycémie,
- une anémie inférieure à 6 g/dL [Molyneux, 1989].

Chez les adultes non immuns, les séquelles neurologiques sont rares, bien qu'une variété de syndromes post-paludiques ait été décrite. Il n'existe, à notre connaissance aucune donnée dans la littérature sur le risque de séquelles persistantes après PC.

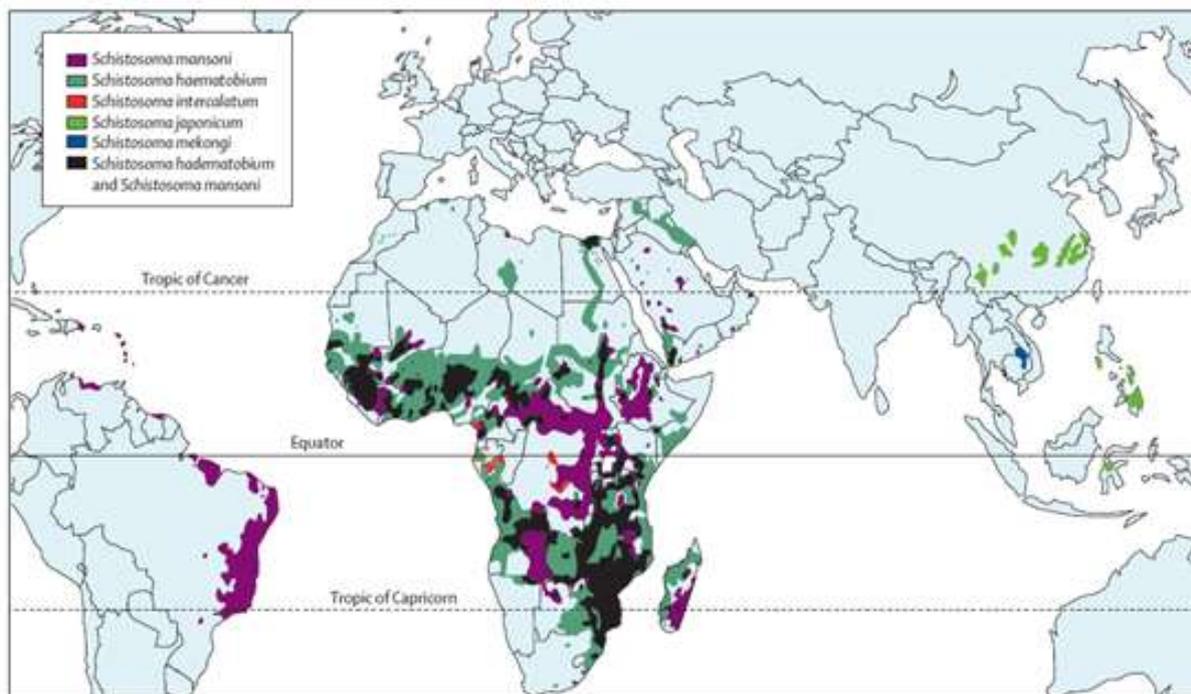
Le traitement d'un accès palustre, quelle que soit sa gravité, est toujours une urgence thérapeutique. La quinine en injection intraveineuse ou intramusculaire reste actuellement le médicament de choix pour le traitement des formes graves de paludisme à *P. falciparum*. Les accès graves comme le PC, qu'ils soient suspectés ou avérés, doivent bénéficier du plus haut niveau de soin disponible.

3.1.2.2/ La neurocysticercose.

La neurocysticercose est endémique dans toutes les régions du globe où sont réunis deux facteurs : l'élevage familial de porc et le péril fécal. Elle est le plus souvent à l'origine de manifestations épileptiques (généralisée ou partielle), de tableau d'hypertension intracrânienne, de déficits focaux ou encore de céphalées inhabituelles [Carpio, 1998]. La démarche diagnostique difficile sans manifestation clinique pathognomonique, nécessite le plus souvent un faisceau d'arguments notamment paracliniques (imagerie cérébrale, sérologie sanguine, tests immunoenzymatiques du LCR). Il semblerait qu'en Afrique subsaharienne, les personnes séropositives pour la cysticercose aient un risque environ trois fois plus élevé de présenter une épilepsie [Guerchet, 2007]. Le traitement associe un antiparasitaire (albendazole ou praziquantel) en cure de 2 à 3 semaines et une corticothérapie par voie générale les premiers jours de traitement (prévention du syndrome de lyse parasitaire).

3.1.2.3/ Autres.

Les neuroschistosomiasés (ou neurobilharziose), lorsqu'elles sont symptomatiques, sont des affections sévères dont le pronostic dépend pour une grande partie de la précocité d'introduction du traitement. Si comparativement aux atteintes urinaires et hépato-intestinales les atteintes neurologiques sont rares, ces dernières sont probablement fortement sous-estimées. Seuls *S. mansoni*, *S. haematobium*, et *S. japonicum* sont pourvoyeurs d'atteintes neurologiques. Les tableaux d'encéphalopathie aiguë parasitaire et de processus expansif intracranien (lésion pseudotumorale) sont dans une grande majorité de cas rattachés à une infection à *S. japonicum*. En revanche les tableaux plus classiques d'atteinte médullaire (myélite aiguë transverse, myéloradiculite aiguë ou subaiguë, myélite chronique, compression médullaire ou encore syndrome du cône terminal) sont pour la plupart due à *S. mansoni*. L'atteinte médullaire touche le plus souvent les enfants, les adolescents ou les adultes jeunes. Le niveau de l'atteinte est le plus souvent inférieur à T6. Une hépato-splénomégalie (retrouvée dans 25% des cas) est souvent le seul signe d'atteinte systémique. Le traitement associe classiquement praziquantel et corticoïdes [Ferrari, 2011].



Distribution globale de la bilharziose dans le monde [Ferrari, 2011].

Pour les filarioses lymphatiques, il s'agit le plus souvent d'encéphalopathie parasitaire (notamment dans les syndromes de lyse parasitaire après traitement) ou de compression médullaire lors de filaire adulte de grande taille (filiaire de Médine).

3.1.3/ Les infections virales.

3.1.3.1/ L'encéphalite japonaise.

L'encéphalite japonaise est transmise en milieu tropical et sub-tropical où elle sévit sur un mode endémique avec des périodes de recrudescence épidémique. Cette pathologie concerne la Chine, la Japon, la Corée, la Thaïlande, les Philippines, le Cambodge, le Vietnam, le Bangladesh, l'Inde et le Népal. Son incidence mondiale est estimée entre 30 000 et 50 000 nouveaux cas par an [Preux, 2005]. La maladie réalise un tableau d'encéphalite aiguë fébrile et peu mimer un abdomen aigu chirurgical chez l'enfant. Le traitement est symptomatique et l'issue est fatale dans 20 à 30% des cas [Akhter, 1999].

3.1.3.2/ La dengue.

La dengue est une arbovirose très répandue qui sévit de façon endémique des les régions intertropicales. L'atteinte neurologique réalise un tableau de méningo-encéphalite aigue avec atteinte des nerfs crâniens. La fièvre jaune est également une arbovirose liée au virus amaril qui sévit également dans les régions intertropicales d'Afrique et d'Amérique. Malgré la vaccination, l'OMS déclare 200 000 nouveaux cas par an dont au moins 30 000 décès et ce dans 90% des cas en Afrique [Mutebi, 2002].

3.1.3.3/ Rougeole et poliomyélite.

Les complications neurologiques de la rougeole et la poliomyélite restent fréquentes dans les pays en développement et ce malgré l'existence de vaccinations efficaces intégrées aux programmes élargis de vaccinations. Dans beaucoup de pays d'Afrique la couverture vaccinale reste faible. On estime à 40 millions, les nouveaux cas annuels dans le monde de rougeole entraînant 777 000 décès dont 84% surviennent en Afrique et en Asie du Sud-Est [Stein, 2003]. Les complications neurologiques surviennent habituellement dans les suites immédiates de la disparition de l'exanthème et de la défervescence thermique et réalisent un tableau d'encéphalite sub-aigue ou chronique. Rarement survient un tableau de leucoencéphalopathie sclérosante subaiguë dont l'issue est toujours fatale.

La poliomyélite fait partie des maladies à déclaration obligatoire. Depuis quelques années l'OMS s'est fixé comme objectif l'éradication mondiale de cette maladie visée par le programme élargi de vaccination. Le nombre de cas est passé de 350 000 en 1988 à 650 cas notifiés en 2011. Dans trois pays l'affection reste encore endémique : l'Afghanistan, le Pakistan et l'Inde [WHO, 2010a]. Cette maladie atteint principalement les enfants de moins de cinq ans. Le virus entraîne une destruction des cellules des cornes antérieures de la moelle épinière à l'origine de tableau de paralysie flasque aiguë fébrile, le plus souvent asymétrique mais pouvant prendre différentes formes (monoplégie, paraplégie, tétraplégie). Une infection sur 200 prend la forme d'une poliomyélite paralytique irréversible. Le pronostic vital immédiat est engagé en cas d'atteinte des muscles respiratoires. Le syndrome post-polio peut voir réapparaître à distance des paralysies d'installation lentement progressive. Le prélèvement de selles permet la recherche du virus par PCR. Il n'existe aucun traitement spécifique et la vaccination reste aujourd'hui le seul moyen de lutte efficace.

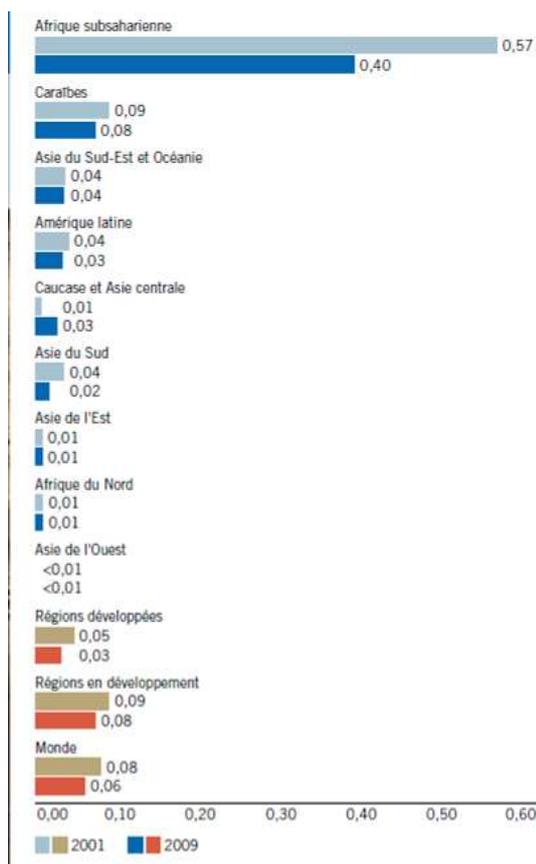
3.1.3.4/ La rage.

Alors que la rage est éradiquée dans les pays développés, 50 000 décès ont été déclarés en 2007 en Asie, en Afrique et en Amérique du Sud [Lancet, 2008]. La maladie peut s'exprimer sous une forme

spastique (ou furieuse : agitation psychomotrice, hallucinations, convulsions) ou une forme paralytique (paralysie aiguë flasque rapidement ascendante). La soif intense contrastant avec un spasme hydrophobique et l'hypersalivation sont caractéristiques de la maladie. L'évolution est systématiquement fatale en moins d'une semaine.

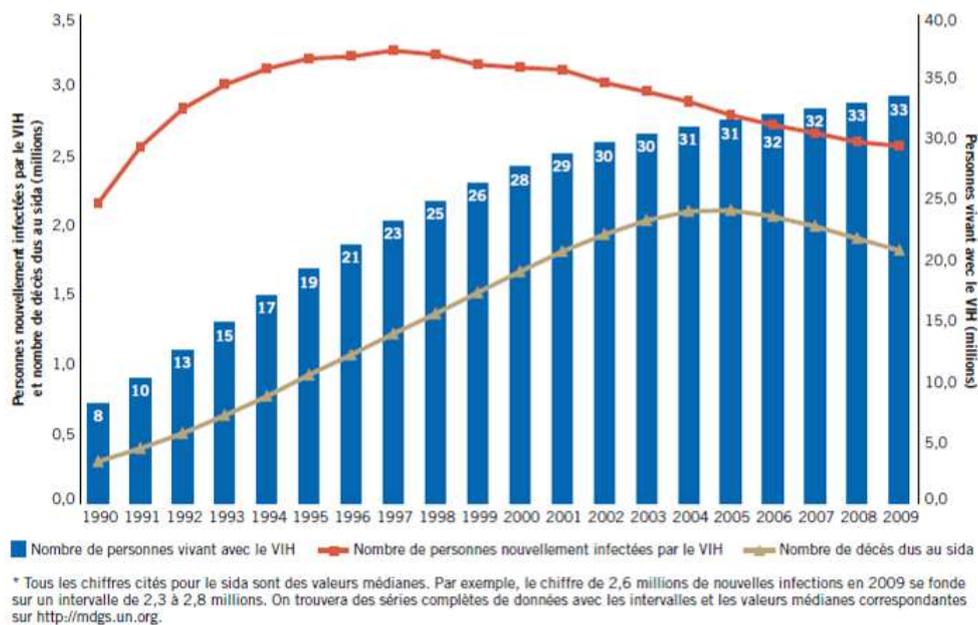
3.1.3.5/ Les manifestations neurologiques du VIH.

A l'échelle mondiale, selon le rapport 2011 des OMD, le taux d'incidence du VIH a baissé avec régularité (près de 25 % au plan mondial) entre 2001 et 2009. Ces progrès mondiaux masquent pourtant des différences régionales substantielles. Si le taux d'incidence a nettement baissé en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, il est resté inchangé en Asie de l'Est, en Europe de l'Ouest, en Europe centrale et en Amérique du Nord. Celui-ci s'est même aggravé en Europe de l'Est et en Asie centrale après une baisse initiale au cours de la première moitié de la décennie. En 2009, on a recensé quelque 2,6 millions de nouvelles infections au VIH. Cela représente une chute de 21 % depuis 1997, année où les nouvelles infections ont atteint leur apogée [ONU, 2011].



Taux d'incidence du VIH entre 2001 et 2009 [ONU, 2011].

Le nombre de personnes recevant des traitements antirétroviraux pour le VIH ou le SIDA a été multiplié par 13 entre 2004 et 2009 ayant pour conséquence une chute de 19 % du nombre de décès au cours de cette même période. Ainsi, même si l'incidence du VIH diminue, le nombre de personnes vivant avec le VIH augmente. En 2009, 33,3 millions de personnes vivaient avec le virus : soit 27 % de plus par rapport à 1999. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée, avec 69 % de toutes les nouvelles infections, 68 % de toutes les personnes vivant avec le VIH et 72 % des décès dus au SIDA. Les femmes et les jeunes sont particulièrement vulnérables. Sur le plan mondial, près de 23% des personnes vivant avec le VIH ont moins de 25 ans. La population des 15-24 ans compte pour 41 % des nouvelles infections parmi les gens âgés de 15 ans et plus. En 2009, les femmes étaient légèrement majoritaires (51 %) parmi les personnes qui vivent avec le VIH.



Nombre de personnes vivant avec le VIH, nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH et nombre de décès dus au sida dans le monde en millions de l'année 1990 à 2009 [ONU, 2011].

Le système nerveux est la deuxième cible du VIH-1 après le système immunitaire. Des manifestations neurologiques liées au VIH peuvent être rencontrées aux trois stades de la maladie. Ces dernières sont peu spécifiques. On retrouve des tableaux de méningite lymphocytaire, de méningo-encéphalite, de polyradiculonévrite mais les manifestations les plus fréquentes restent les paralysies faciales périphériques et les mononévrites devant lesquelles il convient de systématiquement évoquer une infection à VIH. Aux différents stades d'immunodépression surviennent différentes infections opportunistes ayant un potentiel tropisme pour le système nerveux. Citons en premier lieu la toxoplasmose cérébrale et la tuberculose neuroméningée. Citons également pour mémoire la cryptococcose neuroméningée et l'aspergillose.

3.2/ Les neuromyélopathies tropicales.

Le concept de neuromyélopathies tropicales (ou paraparésie spastique tropicale ou encore myélopathie associée au virus HTLV-1) regroupe un ensemble de tableaux rencontrés exclusivement en milieu tropical que l'on ne rattache à ce jour à aucune étiologie classique (infectieuse, inflammatoire, etc.). Elles surviennent le plus souvent chez des adultes jeunes et au décours d'un épisode de diarrhée. Les tableaux cliniques sont variés : paraparésie flasque ou spasmodique, polyneuropathie sensitivo-motrice ou encore sclérose combinée de la moelle. Des signes associés sont souvent retrouvés : atteinte muqueuse (gingivite, glossite, fissure labiale ou anale), oculaire et auditive (hypoacousie). Plusieurs facteurs ont été incriminés. A ce jour, seul le rôle du virus HTLV-1 est consensuellement admis et ce depuis des observations faites en Martinique au début des années 80 [Roman, 1987].

3.3/ La pathologie cérébro-vasculaire.

Quelques études hospitalières réalisées en Afrique semblent montrées que la pathologie vasculaire cérébrale serait responsable de 30 à 37% des hospitalisations en service de neurologie et de plus d'un tiers des décès [Preux, 2005]. Dans les pays en développement un tiers de ces AVC concernent les sujets jeunes. Il semble qu'il y ait en milieu tropical une sur-représentation des accidents cérébraux hémorragiques par rapport aux pays industrialisés notamment liée à une insuffisance de prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) dans ces pays. En Sierra Leone, l'HTA serait présente chez 60% des patients admis pour accident vasculaire cérébral [Lisk, 1993]. L'obésité et le diabète sont également incriminés dans une plus faible mesure. Il semble que l'absence d'investigation biologique systématique du bilan lipidique explique la faible représentation de ce facteur dans les pays en développement. Les cardiopathies rhumatismales, les endocardites infectieuses sont des étiologies classiques des AVC du sujet jeune en Afrique et dans les zones rurales d'Inde [. Soulignons également la part non négligeable des vascularites notamment infectieuses (méningovascularite syphilitique et tuberculeuse), des complications neurologiques de la drépanocytose, et des cas de thrombose veineuse cérébrale entourant la grossesse.

3.4/ La pathologie carentielle.

La carence en niacine (vitamine PP) ou pellagre se manifeste par une encéphalopathie chronique associant troubles mnésiques et manifestations hallucinatoires pouvant évoluer vers un véritable syndrome démentiel.

La carence en thiamine (vitamine B1) ou Béri-Béri est à l'origine de polyneuropathies sensitives ou sensitivo-motrices ou encore de tableau subaiguë du type encéphalopathie de Gayet-Wernicke qui peut ou non se compliquer d'un syndrome de Korsakoff. Si dans les pays développés ces situations se rencontrent le plus souvent dans un contexte d'intoxication alcoolique chronique, dans les pays en développement, elles sont surtout le fait de malnutrition dont notamment l'alimentation exclusive à base de riz décortiqué.

3.5/ La pathologie dite « neuropsychiatrique ».

3.5.1/ L'épilepsie.

Les pays en développement concentrent 80% des épileptiques dans le monde alors que 80% d'entre eux ne sont pas traités [Meinardi, 2001]. Alors que la prévalence de l'épilepsie est estimée à 5 pour 1 000 dans les pays occidentalisés [Genton, 1996], cette dernière est estimée à 15 pour 1 000 dans les pays en développement situés en zone tropicale notamment en Amérique Latine et en Afrique subsaharienne [Yemadje, 2011, Prischich, 2008]. Dans certaines régions de Côte d'Ivoire ou du Cameroun il peut même atteindre 50 pour 1 000 [Preux, 2002]. Ces chiffres s'expliquent par la part importante de causes infectieuses en générale et parasitaires en particulier (la neurocysticercose apparaît être l'étiologie curable d'épilepsie la plus fréquente en Afrique subsaharienne [Del Brutto, 2005], le paludisme cérébral joue visiblement un rôle non négligeable, les méningites bactériennes ou encore le VIH sont également en cause), par différents facteurs socioculturels, les grossesses mal suivies, les accouchements à domicile sans assistance médicale, l'insuffisance des moyens de prise en charge des souffrances néonatales et la faible couverture vaccinale [Preux, 2005]. Les considérations socio-culturelles existantes autour de l'épilepsie ont de fortes répercussions sur la prise en charge thérapeutique des patients. L'épileptique est souvent considéré comme possédé par une force surnaturelle. La contagiosité de l'affection par la salive ou les urines est une idée répandue. Les patients sont souvent marginalisés tant au niveau de la cellule familiale que dans la société en général. Le plus souvent la médecine occidentale n'est pas considérée comme efficace face à ce type de pathologie et les familles font le plus souvent appel à des tradipraticiens. L'anti-épileptique le plus prescrit dans ce contexte est le phénobarbital du fait de son large spectre d'activité et de son faible coût. Il est le plus souvent inscrit dans ces pays sur la liste des médicaments essentiels.

3.5.2/ Les céphalées.

Les céphalées sont ubiquitaires. Leur prévalence au cours de la vie approche les 90% quelque soit le pays [WHO, 2004c].

3.5.3/ La maladie de Parkinson idiopathique.

Cette dernière est de même ubiquitaire, touche indifféremment tous les groupes ethniques et toutes les classes socio-économiques. La plupart des études épidémiologiques estiment que l'incidence de la maladie dans le monde va de 16 à 19 pour 100 000 personnes par an [Twelves, 2003]. Sa prévalence est estimée à 160 pour 100 000 personnes par an [Fahn, 2000].

3.5.4/ Les démences.

Dans les pays en développement, la prévalence et l'incidence des pathologies démentielles est méconnue du fait du peu d'études disponibles sur le sujet et de la variabilité des résultats obtenus. Toutefois, il semblerait que la prévalence et l'incidence des démences soient nettement plus faibles dans ces pays [Wimo, 2004].

3.5.5/ La sclérose en plaques.

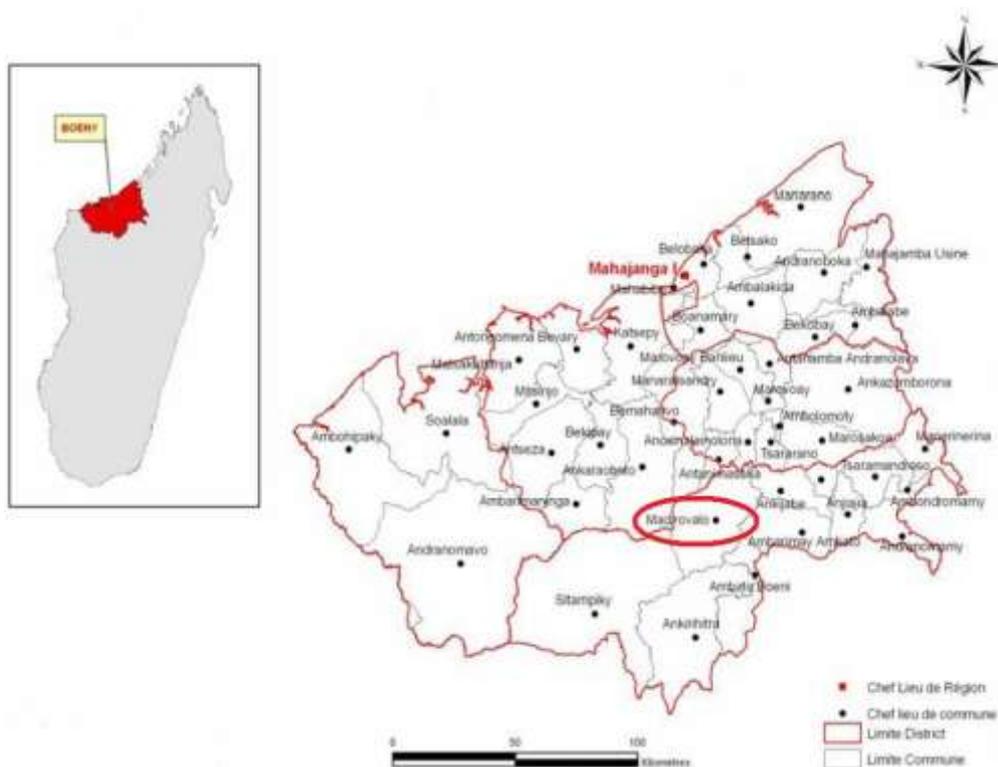
Les zones de forte prévalence de SEP (allant de 50 à 100 pour 100 000 habitants) sont l'Europe, le Canada, la Russie, l'Israël, les Etats-Unis, la Nouvelle-Zélande et l'Australie du Sud-Est. Les zones de faibles prévalences (moins de 5 pour 100 000 habitants) sont l'Asie, l'Afrique et l'Amérique du Sud. Il est admis que la SEP se rencontre beaucoup plus fréquemment dans les latitudes situées au-dessus de 40° de latitude nord et au-dessus de 60° de latitude sud [Campston, 2004].

CINQUIEME PARTIE : PRESENTATION DU PROJET.

1/ Mission exploratoire : notre expérience en zone rurale dans un centre de santé de base de niveau 2 à Madirovalo.

Sur notre initiative personnelle, moi-même et Mlle Clotilde Brouillard, médecin spécialiste en dermatologie, avons contacté le Dr Noratra médecin du centre de santé de Madirovalo dans la région de Boeny. Ce dernier a accepté de nous accueillir et nous nous sommes rendu sur place du 10/11/2011 au 27/12/2011 soit une période d'environ 1 mois et demi où nous avons pu participer à la consultation du dispensaire. De cette expérience est né un projet commun fruit d'une réflexion et d'un travail en collaboration [Brouillard, 2013].

Madirovalo est une commune de 21 267 habitants, composée de 16 « Fokontany » (quartiers), située dans la région de Boeny, dans le district sanitaire d'Ambato-Boeny et à 146 km de Mahajanga au Nord-Ouest de l'île de Madagascar. La commune se situe en zone rurale en bordure du fleuve Betsiboka, à 25 km d'Ambato-Boeny, chef-lieu du district. Les formations sanitaires avoisinantes sont à Marivoay et à Ambato-Boeny (distants respectivement de 50 et 25 km) pour les centres de santé de niveau 2 (CSB2) les plus proches, et à Beseva (15 km) pour le centre de santé de niveau 1 (CSB1) le plus proche.





CSB2 de Madirovalo (document personnel).

Le CSB2 de Madirovalo est un dispensaire médicalisé, publique, composé de six bâtiments dont 3 réellement dédiés à l'activité de soin : le bâtiment de consultation médical comprenant également une salle de soins, et une salle de vaccination ; le bâtiment de la maternité servant également aux consultations prénatales et aux activités de laboratoire (examens directs bactériologiques axés sur les mycobactéries et tests de détection rapide de la syphilis) et enfin le bâtiment de la pharmacie du dispensaire. Les trois autres bâtiments servent à loger le personnel médical, paramédical et les agents communautaires. Le centre de santé est situé au bord de l'unique axe routier et à l'entrée du village.



Salle de consultation (document personnel)



Salle de vaccination (document personnel)



Salle de soins (document personnel)

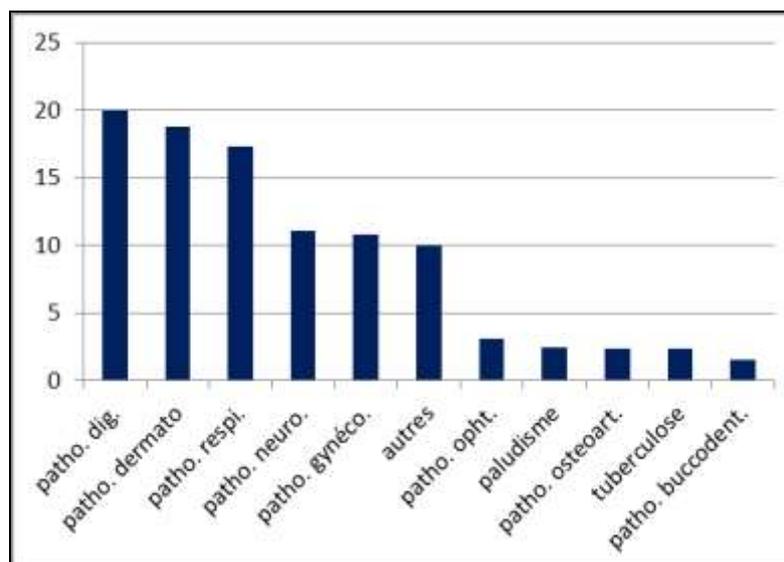


Maternité (document personnel)

Le Dr Faralahy Noratra, médecin généraliste est le seul de l'établissement. A ses côtés, le personnel paramédical comprend Mme Jeanne Rafaraso, sage-femme, en charge de la maternité du dispensaire et trois aides sanitaires, Claudine Razafindratsara, Martial et Mr Razanakondevo Grégoire. Ils participent aux actions de soins et de préventions comme la vaccination ou le planning familial. Enfin le reste du personnel comprend quatre agents communautaires, le « dispensateur » de la pharmacie de l'hôpital, Mr Rakotoriseheno Sylvain ; le trésorier, Mr Sitendy Sosthène ; le gardien, Mr Rakotondramanga et enfin le Président de l'association communautaire, Mr Rakotoarimanana Raymond.

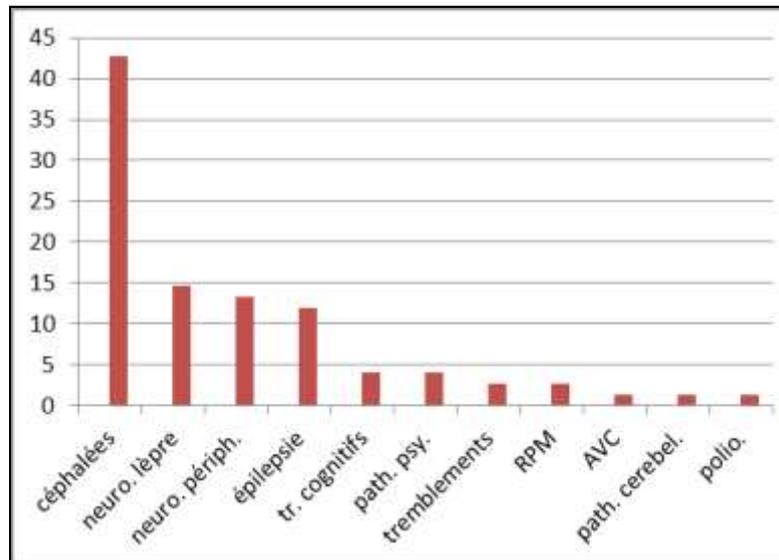
Il s'agissait de consultations de médecine générale, parmi lesquelles nous apportions un soutien dans la pratique médicale du quotidien et un avis spécialisé en dermatologie et en neurologie. Le dispensaire fonctionne sur un mode autogestionnaire. La consultation est gratuite et les patients payent pour leurs médicaments (paiement direct). Une liste d'indigents est dressée à la mairie, ces derniers ont accès gratuitement aux médicaments de la pharmacie du dispensaire. Ces médicaments dispensés gratuitement sont financé par le fond d'équité.

L'objectif principal de notre présence sur place était d'observer la pratique médicale en milieu rurale. Les autres objectifs étaient d'observer les cas relevant de la neurologie et de la dermatologie afin de cerner les particularités épidémiologiques, cliniques et de prise en charge de ces maladies dans la pratique médicale en zone rurale. Pour chaque consultation nous avons relevés : l'âge du patient, son sexe, son domicile, la distance parcourue entre le lieu de résidence et le CSB2, le motif de consultation, le diagnostic et la prise en charge proposée. Nous avons pu voir au total 626 patients sur une période d'un mois et demi. L'âge moyen des patients était de 22.5 ans [ET = 20.2 ans], les femmes représentaient 62.6% des patients et la distance moyenne parcourue pour se rendre au centre de santé était de 7.3 km [ET = 39.4 km].



Motifs de consultation en % au CSB 2 de Madirovalo. N=675 [données personnelles].

La pathologie neurologique faisait partie des cinq motifs de consultations les plus fréquents (pathologie digestive (20%), pathologie dermatologique (18.8%), pathologie respiratoire (17.3%), pathologie gynécologique (10.8%) et pathologie neurologique (11.1%).



Répartition des motifs de consultation en neurologie exprimée en %. N=75 [Données personnelles].

Des 32 patients consultants pour céphalées, 19 se présentaient avec au moins un autre motif de consultation dont le plus fréquent était les vertiges. Parmi ces 32 patients, les céphalées étaient attribuées à une cause ORL dans 11 cas, ophtalmologique dans 4 cas, évoquaient une céphalée primaire dans 5 cas, survenaient dans un contexte infectieux abdominal ou respiratoire dans 8 cas, étaient liées à une hypertension artérielle sévère dans 1 cas et étaient liées à d'autres étiologies dans 3 cas.

Parmi les 13 patients lépreux vus à la consultation (11 lèpres MB, 2 lèpres PB), 11 avaient une neuropathie lépreuse et parmi ces 11 patients 9 étaient des lèpres multi bacillaires et 2 des lèpres pauci bacillaires. Huit de ces patients étaient des nouveaux-cas dont 4 présentaient au diagnostic des infirmités de niveau 1 selon l'OMS et aucun des infirmités de niveau 2. Un patient s'est présenté pour une rechute. Une hypertrophie nerveuse était retrouvée dans 7 cas (et ce de manière isolée dans les deux cas de formes pauci bacillaires), un déficit sensitif dans 6 cas et un déficit moteur dans 5 cas. Aucun cas de neuropathie lépreuse pure n'a été noté.

Parmi les 10 cas de neuropathies périphériques rapportées, 6 présentaient un tableau de polyneuropathie, de topographie longueur- dépendante dans 2 cas et quadri-distale dans 4 cas. Trois patients consultaient pour des lombo-radicalgies et un patient s'était présenté avec un tableau clinique de polyradiculonévrite chronique.

Neuf patients se sont présentés pour épilepsie. L'âge moyen était de 20.2 ans [ET = 11.8 ans] et tous étaient traités (phénobarbital). Sur ces 9 patients, 4 présentaient un déficit neurologique et/ou un

retard psychomoteur évoquant une épilepsie symptomatique dont l'étiologie était supposée périnatale dans 2 cas. Quatre cas semblaient présenter une épilepsie généralisée idiopathique et 1 cas était adressé pour crise convulsive hyperthermique simple. Il n'y avait parmi ces patients aucune épilepsie dite « tardive » (c'est-à-dire dont la première crise survient après l'âge de 30 ans).

Des 3 patients vus pour troubles cognitifs on décrit un cas de démence d'allure dégénérative évocateur d'une démence à corps de Lewy, un cas de troubles praxiques s'intégrant dans un tableau neurologique complexe et un cas d'aphasie développementale chez une enfant de 3 ans.

Trois patients se sont présentés pour un motif psychiatrique. Deux de ces patients présentaient un trouble anxieux et un patient un syndrome délirant aigu dans un contexte d'intoxication au cannabis.

On retrouvait enfin 2 cas de tremblement essentiel, un cas d'accident cérébro-vasculaire chez un homme de 67 ans hypertendu traité par aspirine et inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. On retrouvait également un cas de poliomyélite et un cas de pathologie cérébelleuse compatible avec le diagnostic de cerebellite varicelleuse chez une enfant de 5 ans.

L'ensemble de ces données sont pour une partie d'entre elles concordantes avec les données des relevés mensuels d'activité des centres de santé de Madagascar [Cf. supra]. Toutefois, quelques remarques peuvent-être faites.

Tout d'abord, comparativement aux données du Ministère de la Santé, le poids des motifs dermatologiques de consultation est bien plus élevé dans notre série (18.5% contre 5.1%). Ensuite le poids de la pathologie neurologique, important dans notre série, n'est jamais renseigné dans les statistiques nationales et est probablement intégré au chapitre « autres affections » qui représente 33.5% des motifs de consultation. La part respective non négligeable de ces deux groupes d'affections (pathologies neurologiques et dermatologiques) renseigne sur le poids important de ces pathologies rencontrées en consultation dans les centres de santé de base.

Les céphalées sont de loin le motif neurologique de consultation le plus fréquent. Parmi elles, les céphalées primaires ne représentent en réalité qu'un faible pourcentage (16%). Les céphalées secondaires sont liées à une cause ophtalmologique ou ORL dans 56% des cas.

Concernant la lèpre, la totalité des nouveaux cas (8 cas) avaient au moment de la consultation une atteinte neurologique de leur maladie et 84% de ces nouveaux cas étaient des formes MB. Ce dernier chiffre est tout à fait superposable au chiffre avancé par le relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS et renseigne sur la forte contagiosité de la maladie dans le pays²⁰ [WHO, 2012b]. Le pourcentage d'atteinte neurologique contraste avec les chiffres avancés de 40 à 45% de neuropathie lépreuse parmi les lèpres au diagnostic [Agrawal, 2005]. Ensuite, le taux d'infirmité de niveau 2 au diagnostic est nul dans notre série alors que ce dernier est de 16% des nouveaux cas déclaré en 2011 [WHO, 2012b]. Cette donnée témoigne d'un délai diagnostique et de prise en charge probablement satisfaisant dans cette région. En revanche, huit nouveaux cas de lèpre ont été diagnostiqués sur une période d'un mois et demi. Si l'on sait qu'il persiste à Madagascar des régions hyperendémiques, ce chiffre inquiète quant au taux d'incidence qu'il pourrait représenter. En supposant même le bassin

²⁰ A titre de comparaison ce chiffre n'est que de 36.86% aux Comores.

de population desservit par le CSB 2 de Madirovalo élargi à l'ensemble de son district sanitaire (soit 150 000 habitants), on estime ce chiffre à 43/ 100 000 habitants, ce qui est plus de cinq fois supérieur au chiffre retrouvé pour l'année 2011 [WHO, 2012b]. Cependant ceci n'est qu'une extrapolation à partir de données relevées sur une courte durée et incite donc à la prudence.

Concernant l'épilepsie, la part relativement faible des motifs de consultations neurologiques qu'elle représente est étonnante aux vues des chiffres de prévalence et d'incidence que l'on sait élevés dans ces régions et notamment à Madagascar [Andriantseheno, 2004, Yemadje, 2011]. Ces chiffres témoignent, à notre sens, de la stigmatisation forte de ces patients dans leur milieu social et du recours probablement fréquent des familles à des tradipraticiens plutôt qu'à une médecine occidentale jugée inefficace face à ces « maladies de l'âme ».

La pathologie cérébro-vasculaire est peu représentée dans notre série avec seulement un cas décrit. D'ailleurs, le nombre de patients présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires modifiables et identifiables dans ces centres de santé de base (tabac, surpoids, HTA, diabète) n'apparaît pas majeur dans notre série. La pathologie neurodégénérative, elle, n'apparaît clairement pas être une cause majeure de demande de soin en neurologie par la population de cette région.

Cette expérience nous a permis à travers l'ensemble de ces consultations de saisir les réalités du travail d'un médecin généraliste en milieu rural. Elle a permis également de se donner un aperçu des pathologies neurologiques et dermatologiques rencontrées en centre de santé de base et de saisir leur spécificité de prise en charge dans ces régions.

Il nous apparaît clairement que les causes curables (neurocysticercose, paludisme cérébrale) ou modifiables (pathologies périnatales et obstétricales) d'épilepsie, les maladies neurologiques cibles des programmes élargis de vaccination (poliomyélite), et la neuropathie lépreuse doivent être au centre des préoccupations en santé dans le domaine de la neurologie.

2/ Stratégies d'intervention proposées.

Notre projet s'inscrit dans une stratégie d'appui aux ressources humaines du système de santé de district et aux soins de santé primaires. Il vise la promotion de la formation médicale continue proposée aux médecins généralistes travaillant en zone rurale en renforçant cette formation autour de problématiques de santé définies comme prioritaires. En introduction à la description de ce projet, nous tenterons, dans la partie qui suit, de peindre le paysage sanitaire actuel de Madagascar à travers notamment la description de son système sanitaire et de sa politique de santé, mais aussi à l'aide d'indicateurs de santé choisis.

2.1/ Quelques éléments d'analyse du contexte : le paysage de fond.

2.1.1/Présentation du pays.

2.1.1.1/Climat et situation géographique.

Séparée du continent africain par le canal de Mozambique, Madagascar est la plus grande île de l'Océan Indien. D'une superficie de 587 041 km²²¹, elle s'étend sur 1 500 km du Nord au Sud et atteint une largeur de 500 km d'Est en Ouest [Ministère de la santé publique, 2010]. « La Grande Ile » est bordée d'une côte de 5 000 km environ et elle s'étend sur une grande latitude ce qui, combiné aux différents reliefs que l'on y rencontre, offre une grande variété de climats. La côte Est présente un climat tropical et humide, les précipitations sont moins importantes sur la côte Ouest, le Sud est semi-désertique, alors que le Nord et l'intérieur des terres jouissent d'un climat subtropical tempéré. Du Nord au Sud, Madagascar est traversée par une large chaîne montagneuse : ces Hautes Terres en plateaux représentent près de deux tiers de la superficie totale de « l'île Rouge ». Il existe deux saisons à Madagascar : la saison chaude ou saison des pluies durant l'été austral et la saison sèche du mois d'avril à celui d'octobre. De par sa situation géo-climatique, Madagascar est prédisposé à un large éventail de catastrophes naturelles constituées par les cyclones, les inondations, la sécheresse et les invasions acridiennes²²[WHO, 2009a]. Entre 1980 et 2010, Madagascar a été touché par 35 cyclones et inondations, 5 périodes de sécheresse sévère, 5 séismes. Ces perturbations s'intensifient, en raison notamment des changements climatiques et affaiblisse la sécurité alimentaire de la population, l'accès à l'eau potable et le système de santé²³. En 2010, seul 34% de la population avait accès à une source d'eau améliorée [World Bank, 2011].

²¹ A titre de comparaison la superficie de la France est de 552 000km².

²² Relatif aux Acrididés, c'est-à-dire aux sauterelles et aux criquets.

²³ L'accès à une source d'eau améliorée est le pourcentage de la population qui a un accès raisonnable à une quantité suffisante d'eau venant d'une source améliorée telle qu'une prise d'eau ménagère, un réservoir public au sol, un puits, une source ou un puits protégé ou des eaux pluviales collectées. Les sources non améliorées comprennent les vendeurs, les camions-citernes et les sources et puits non protégés. L'accès raisonnable est défini comme étant la disponibilité quotidienne d'au moins 20 litres par personne venant d'une source située dans un rayon d'un kilomètre de l'habitation.

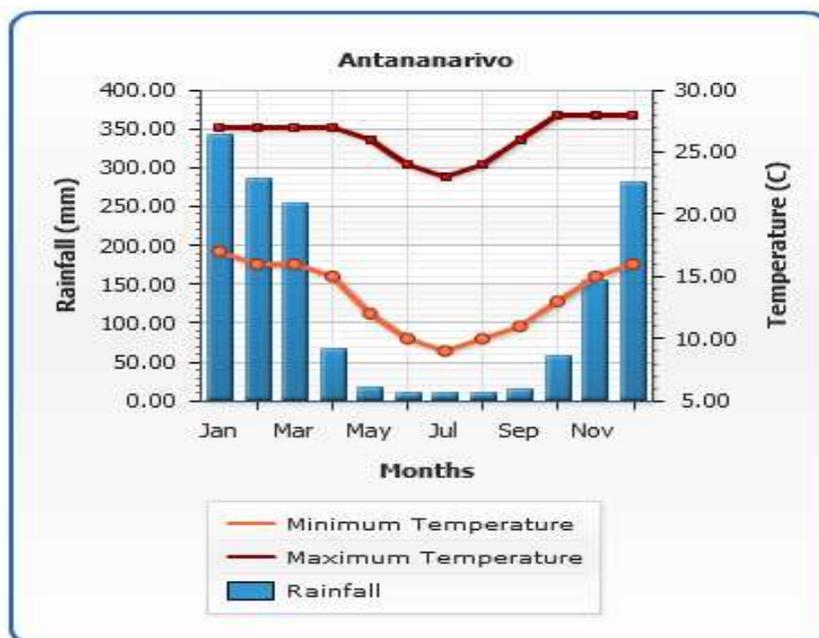


Diagramme climatique de Madagascar [World Bank, 2009].

2.1.1.2/ Données démographiques.

Madagascar a été peuplée par des vagues de migration successives, provenant d'Indonésie et d'Afrique. Son peuplement est intimement lié aux réseaux d'échanges qui se sont mis en place au début de l'ère chrétienne et qui ont formé des groupes de populations variés, diversement répartis sur le territoire. Les navigateurs indonésiens, malais, indiens, chinois ; les pêcheurs africains et arabes, les pirates européens peuplent progressivement l'île tout en se métissant. Il en résulte une population composée de 18 ethnies, unies par une même langue, le malgache, ponctuée par ses accents et ses dialectes locaux. Diverses religions sont librement pratiquées dans le pays, la religion chrétienne est le culte dominant suivie par la religion musulmane. Ces religions s'entremêlent aux croyances traditionnelles, dont le culte voué aux ancêtres est commun à l'ensemble des ethnies.

Madagascar connaît actuellement un fort accroissement démographique avec un taux d'accroissement moyen de 2.8%²⁴ par an. En 2010, la population malgache compte 21 428 219 habitants. La population est jeune, partagée presque à moitié égale entre les sujets de moins de 15 ans (47.3%) et ceux entre 15 et 64 ans (49.6%), avec seulement 3.1% de sujet de plus de 64 ans. L'espérance de vie à la naissance est estimée en 2009 par l'OMS à 63 ans pour les hommes et 67 ans pour les femmes [WHO, 2012a]. L'habitat est principalement rural²⁵, seul 30% des malgaches vivent en ville avec un taux d'urbanisation estimé à 3.9% de l'année 2010 à l'année 2015 [CIA, 2012].

²⁴ A titre indicatif, le taux d'accroissement est de 0.5% en France en 2012(90).

²⁵ En France, 85% de la population vit en zone urbaine avec un taux d'urbanisation de 0.6% sur la même période [CIA, 2012].

Sur le plan administratif, depuis 2007, Madagascar est subdivisée en vingt-deux régions. Ces régions regroupent 112 districts qui sont constituées de 1 395 communes, elles-mêmes divisées en 17 454 « fokontany » (villages) [CIA, 2012].



Schéma du découpage administratif et du représentant politique à chaque échelon.

2.1.1.3/ Histoire et vie politique.

Des formations politiques de type monarchique ont vu le jour au 18^{ème} siècle dans l'Ouest mais également sur les Hautes Terres où Andrianampoinimerina (1740 env.-1810) mit en place, pour un siècle, le royaume merina. Celui-ci s'ouvre au monde occidental et au christianisme, mais cède face à la conquête coloniale du 19^{ème} siècle.

Depuis l'indépendance, en 1960, trois républiques ont vu le jour. Philibert Tsiranana est élu premier Président de la République de Madagascar. Il mène, en coopération avec la France et d'autres pays non communistes, une politique néolibérale. Dans un contexte d'affaiblissement économique progressif, et de mécontentement général de sa politique jugée néocolonialiste, Tsiranana donne sa démission. Lui succède alors une période de troubles entre 1972 et 1975 puis Ratsiraka instaure en 1975 la II^{ème} république de Madagascar, un régime socialiste et nationaliste, qui plonge le pays dans une grave crise économique.

Ratsiraka procède à une série de nationalisations (banques, assurances...) et promeut une politique d'investissements mobilisant tous les secteurs de l'économie (création d'entreprises publiques et de complexes industriels, extension des surfaces rizicoles, promotion de cultures d'exportation, recherche pétrolière, infrastructures routières et transports). En 1987, la situation économique est telle que la libéralisation des marchés est la seule réponse envisageable face aux contraintes du FMI et de la Banque Mondiale (aide conditionnelle) pour bénéficier de l'aide au développement. Les disparités de revenu s'accroissent, et la population s'appauvrit dans son ensemble. La situation s'aggrave, une crise politique éclate et sa répression sanglante discréditera le gouvernement Ratsiraka. L'année 1991 marque le retour à un régime pluraliste modéré et la naissance de la III^{ème} République (dont la nouvelle constitution est adoptée le 19 août 1992 par référendum).

Avec l'ancien ministre de la Santé Albert Zafy à la tête du gouvernement, Madagascar sort peu à peu de son isolement économique en introduisant des réformes structurelles libérales et en cherchant à attirer les investisseurs étrangers. En 1996, un accord prévoyant la restructuration de l'économie est signé avec le F.M.I. La réussite économique n'est cependant que mitigée et la popularité du gouvernement malgache est entamée par des scandales financiers et des affaires de corruption. Le pays connaît alors une nouvelle crise politique au sein de laquelle pas moins de 6 gouvernements se succèdent jusqu'en 1995 où Ratsiraka est de nouveau élu.

Une nouvelle Constitution est adoptée en 1998. L'accent est mis sur la décentralisation des institutions administratives avec notamment la création de provinces autonomes. Suite à la mise en œuvre des directives du F.M.I. et à un réaménagement de la dette, le pays connaît une reprise économique, qui touche en particulier les domaines des télécommunications et du textile.

Dans les années 2000, les conséquences du programme de privatisation préconisé par le F.M.I. commencent à inquiéter la population malgache notamment en raison d'une forte inflation de la monnaie.

En 2001, Ravalomana est élu à la tête du gouvernement. Son mandat mettra à l'honneur l'amélioration des infrastructures comme les ports et les axes routiers. Ceci n'empêche pas le franc malgache de perdre 50% de sa valeur entre janvier et avril 2004, nourrissant une inflation galopante. En 2005, le franc malgache est remplacé par l'Ariary. Les intérêts économiques personnels du chef de l'Etat dans presque tous les secteurs et ses méthodes néolibérales causent maintes déceptions.

Au début de 2009, le maire d'Antananarivo, Andry Rajoelina, entrepreneur prospère lui aussi, dénonce les dérives autoritaires du chef de l'Etat et organise d'importantes manifestations pour favoriser la destitution du président Ravalomanana. Après plusieurs semaines d'affrontements violents entre les manifestants et les forces de l'ordre qui ont fait une centaine de victimes en février 2009, Andry Rajoelina, surnommé « TGV », comme son parti Tanora malaGasy Vonona (Les Jeunes Malgaches décidés), prend la tête, le 7 février 2009, de la Haute Autorité de Transition (HAT). Estimant le changement de gouvernement non constitutionnel, la légitimité du président de la transition n'est pas reconnue par les grandes instances internationales. En conséquence, l'aide internationale à destination du pays est bloquée et les bailleurs de fond se retirent. En 2010, un référendum avalisant une nouvelle constitution devant aboutir à des élections présidentielles est soutenu par le peuple malgache. A ce jour, les élections ont été à chaque fois reportées, elles devraient se tenir le 8 mai 2013 [Ballarin, 2012].

2.1.1.4/ Economie.

Madagascar est classé parmi les pays les moins développés et est classé au 145ème rang sur 177 pays en 2009 par le PNUD selon l'Indice de Développement Humain²⁶. Son PIB est de 9.912 \$ milliards en 2011²⁷.

²⁶ L'indice de développement humain (IDH) est un indice statistique composite, créé par Amartya Sen en 1990, dans le cadre du PNUD pour évaluer le niveau de développement humain des pays du monde. Il se fonde sur trois critères majeurs : l'espérance de vie à la naissance, le niveau d'éducation, et le niveau de vie. Contrairement au PIB par habitant, il ne se contente pas d'une analyse économique seule mais se veut

Depuis sa décolonisation en 1960, où Madagascar était considérée comme « la perle de l’Océan indien » son capital annuel a chuté de 40% dans les années 80. Les années Ratsiraka et sa politique nationale socialiste plonge le pays dans une grave crise économique. La stratégie de libéralisation et de privatisation menée dans les années 1990 sous la pression du FMI et de la Banque Mondiale permettent au pays de reprendre une croissance lente et stable. La crise politique de 2002 provoque une importante récession avec un taux record du niveau de pauvreté. La période de grands investissements sous Ravalomana, d’implantation de multinationales d’exportation (uranium (Areva), nickel (Arcelor), pétrole (Texaco), pierres précieuses, or, bauxite, cobalt) favorisant la croissance avec le soutien massif des bailleurs de fonds [WHO, 2009a]. Le niveau de pauvreté y est élevé (son taux est de 68.7%) prépondérant en zones rurales où l’agriculture est une des seules activités économiques. La sécurité alimentaire est encore un des enjeux majeurs du pays où 25% de la population rurale serait dans des conditions d’insécurité alimentaire. Le premier secteur économique est l’agriculture et la pêche, qui représente à lui seul plus d’un quart du PIB et emploie plus de 80% de la population. Les produits de culture commerciale sont la canne à sucre, la vanille, le café, le coton et le cacao. Les produits d’agriculture vivrière sont quant à eux le riz, le manioc, les haricots, les bananes et les cacahuètes.

Ratio de la population pauvre en fonction du seuil de pauvreté national (% de la population)

68,7%	2005
72,1%	2004
80,7%	2002
69,6%	2001
71,3%	1999

Le taux de pauvreté national est le pourcentage de la population qui vit sous le seuil de pauvreté national. Les estimations nationales sont fondées sur des estimations pondérées en fonction de la population tirées des enquêtes sur les ménages [World Bank, 2011].

également un indicateur du bien être individuel ou collectif. L’IDH va de 0 à 1, à titre indicatif, en 2010 il était de 0.48 à Madagascar, et de 0.88 en France(93).

²⁷ A titre indicatif, le PIB de la France en 2011 est de 2 773\$(91).

2.1.2/ Politique de santé, système de santé de district à Madagascar.

2.1.2.1 Présentation.

La politique nationale de santé à Madagascar est basée sur une politique de décentralisation avec la mise en œuvre d'activités opérationnelles de développement sanitaire au niveau périphérique. Cette dernière a pris comme objectif central la « lutte contre la pauvreté »²⁸ et le pays a souscrit, en tant que pays membre de l'ONU, aux objectifs du millénaire pour le développement. Au niveau continental et depuis 2002, Madagascar a également souscrit à l'adoption du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD). Dans ce contexte, en matière de politique sanitaire, l'accent est mis sur certains axes stratégiques :

- la promotion de la santé de la mère et de l'enfant ;
- la réduction de la charge socio-économique due aux principales maladies transmissibles, y compris les maladies émergentes et réémergentes ;
- la réduction de la morbidité due aux maladies non transmissibles ;
- renforcement du système de santé [Ministère de la Santé et du Planning Familial, 2007].

Le Ministère de la Santé et du Planning Familial décline son système de santé sous une forme dite « pyramidale » ; il a trois niveaux bien distincts et fonctionnels et dont les domaines de compétences sont clairement circonscrits :

- 1. Le Niveau Central « Ministère de la Santé et du Planning Familial » définit l'orientation globale de la Politique Nationale de Santé, les grands axes stratégiques et leur mise en œuvre.
- 2. Le Niveau Régional « Direction Régionale de la Santé et du Planning Familial » coordonne l'exécution de la Politique Nationale de Santé et sa mise en œuvre au niveau de la région.
- 3. Le Niveau District « Service de Santé de District », constitue le niveau périphérique, et assure la mise en œuvre de toutes les activités des programmes de santé aux niveaux des Centres Hospitaliers du niveau 1 et 2 (CHD 1 et 2) et des CSB. Ces CSB assurent les soins de santé primaire.
- 4. Le Niveau communautaire constitue la base du système.

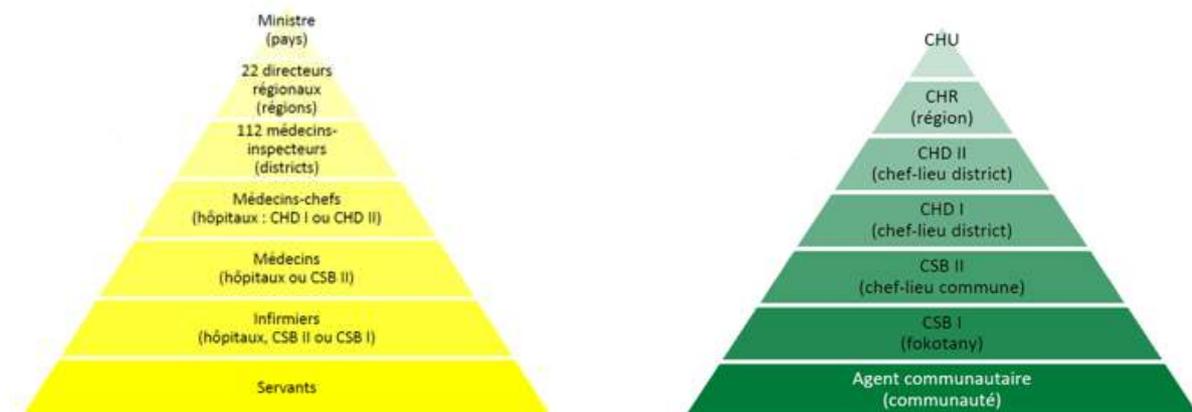
Le district sanitaire est ainsi structuré :

- un bureau de santé de district dirigé par l'équipe de gestion de district (EMAD),
- un Centre hospitalier de District (CHD) ou centre de référence de premier recours,

²⁸ Depuis 2006, c'est le « Madagascar Action Plan » (MAP) qui guide les stratégies de développement et de lutte contre la pauvreté.

- les centres de santé de base du district (CSB de type 1 ou 2) pour les premiers contacts, les CSB de niveau 1 et 2 sont respectivement sous la responsabilité d'un infirmier et d'un médecin,
- l'ensemble des formations sanitaires privées à but lucratif ou non lucratif présentes dans sa zone de juridiction,
- les structures communautaires menant des activités intersectorielles liées à la santé (Comité de Santé : COSAN, Comité de Gestion : COGES).

Le gouvernement met la commune au centre du processus de développement, prône la mise en place d'un système équitable de participation de la communauté au financement et aux activités du secteur de la santé dans une démarche autogestionnaire de recouvrement des coûts avec le paiement direct et à travers l'accent mis sur la participation communautaire. Ainsi les plus démunis (indigents) et les groupes les plus vulnérables (femmes et enfants de moins de 5 ans) doivent pouvoir bénéficier de soins gratuits [WHO, 2004b].



Organisation hiérarchique du personnel de santé (à gauche) et des infrastructures de santé (à droite).

Les ONG nationales et internationales ainsi que le secteur privé interviennent dans divers domaines de la santé publique à Madagascar. Toutefois, seules quelques rares ONG arrivent à couvrir l'ensemble du territoire national. Dans la promotion de la politique «des 3 P» ou « Partenariat Public-Privé », le secteur privé couvre actuellement environ 15 % de l'ensemble des structures sanitaires du pays [WHO, 2009b].

2.1.2.2/ Infrastructures.

Au sein de ses 22 régions et de ses 111 districts, Madagascar compte 1037 CSB 1 dont 906 publics, 2182 CSB 2 dont 1640 publics, 63 CHD 1 dont 60 publics, 75 CHD 2 dont 27 publics, 19 CHRR et 3 CHU [Ministère de la Santé Publique, 2010]. En 2010, on comptait 1 CSB pour 8416 habitants soit 12 CSB

pour 100 000 habitants [Ministère de la Santé Publique, 2010]. D'une manière générale, seule 65% de la population vit à moins de 5 km d'une structure de soins. Ce taux montre qu'une partie importante de la population, surtout celle des zones rurales enclavées, n'a pas encore accès aux soins de bases [Ministère de la Santé et du Planning Familial, 2007]. Il faut noter également que 56 CSB 2 sont officiellement non fonctionnels et 170 risquent de prochainement fermer (notamment en raison du départ à la retraite de personnels médicaux).

2.1.2.3/ Médicaments.

Le gouvernement de Madagascar a établi une liste nationale des médicaments essentiels et des consommables médicaux qui est régulièrement mise à jour. Ces médicaments sont en partie financés par l'état, et revendus aux populations dans les structures sanitaires à un coût accessible. L'approvisionnement et la distribution des médicaments sont cependant difficilement assurés, notamment au niveau des CSB. Il existe encore quelques circuits parallèles ne permettant pas l'optimisation du système national d'approvisionnement. L'ensemble des médicaments dont ceux ne figurant pas sur la liste des médicaments essentiels sont en vente libre dans les pharmacies ou sur les marchés. Une réorganisation est en cours à travers le Programme d'Action pour l'intégration des intrants de santé avec l'appui de divers partenaires. Par ailleurs, la pharmacopée traditionnelle est en train de se structurer et de se développer grâce à différents instituts de recherche [WHO, 2009].

2.1.2.4/ Ressources Humaines.

En stagnation depuis 1997, du fait notamment de la politique d'ajustement structurelle, l'effectif du personnel de santé a sensiblement augmenté depuis l'année 2000 atteignant le chiffre de 16 480 en 2005. Depuis 2005, l'effectif stagne et même diminue pour atteindre en 2010 le chiffre de 15 625 [Ministère de la santé publique, 2010].

En 2010, Madagascar comptait :

- 44 professeurs agrégés,
- 578 médecins spécialistes dont 8 neurologues,
- 3552 médecins généralistes,
- 195 chirurgiens-dentistes,
- 7 pharmaciens,
- 3127 infirmiers,
- 1597 sages-femmes,
- 875 aides sanitaires,
- 3248 administratifs de santé,
- 2402 personnels d'appui [Ministère de la Santé, 2010].

Soit, 19 médecins publics pour 100 000 habitants, 14 infirmiers publics pour 100 000 habitants et 31 sages-femmes publiques pour 100 000 femme en âge de procréer [Ministère de la Santé, 2010]. Il apparaît que les régions rurales restent très défavorisées. Ainsi, 60% des paramédicaux travaillent en milieu rural alors que 72% des médecins travaillent en ville. Cette répartition inadéquate est illustrée par le fait que 41% du personnel s'occupent de 21% de la population [Ministère de la Santé et du Planning Familial, 2007].

Il faut noter également l'existence de plus de 1000 médecins qui n'ont pas pu être recrutés par la fonction publique et ne disposent pas de ressources financières suffisantes pour s'installer dans le privé [WHO, 2004b]. 47% des employés du secteur de la santé ont 50 ans ou plus et partiront à la retraite au cours des 10 prochaines années [WHO, 2009].

2.1.2.5/ Ressources financières.

La part du budget santé par rapport au budget national de l'État a diminué de 9,7 % à 7,2 % de 2001 à 2006 [MEFB, 2007]. En matière de financement, la santé est financée à 32 % par le secteur public, 36 % par les bailleurs de fonds et 32 % par le secteur privé, y compris les ménages (à travers la participation financière des usagers instaurée en novembre 1998). Par rapport aux services fournis dans le secteur, la part des services de prévention et de santé publique représente 28 % des dépenses totales de santé [WHO, 2009]. Le budget de fonctionnement hors salaires des services de santé de district représente environ 32 % du budget de santé public hors salaires, alors que la plupart des prestations sont fournies au niveau des districts [WHO, 2004b].

Les calculs effectués à partir des données du Ministère de l'Économie et des Finances et de l'enquête auprès des ménages, donnent une dépense totale de santé de 6 US \$ par tête par an, dont 3,9 US \$ proviennent de l'Etat, 2,2 US \$ de l'aide extérieure et 1,7 US \$ des ménages. Ce montant reste en deçà des 13 US \$ par personne/an nécessaire pour financer les coûts de services de santé de base dans les pays d'Afrique à faible revenu, ou des 30 à 40 US \$ par personne/an du minimum requis pour couvrir les interventions essentielles incluant la lutte contre le SIDA.

Ces chiffres témoignent de la faiblesse du financement du secteur santé. Ce dernier n'est pas propice à la mise en place de mécanismes de prise en charge des populations les plus démunies (indigents), limitant ainsi leur accès aux soins. Le système de santé n'offre pas de protection financière adaptée à la majorité de la population. Un certain nombre de ménages sont obligés de se ruiner pour acheter des soins, notamment hospitaliers, ou doivent renoncer à se faire soigner parce que le coût en est trop élevé [WHO, 2004b]. La fourniture de soins aux démunis doit-être, depuis l'arrêté interministériel du 14 octobre 2003 portant sur la mise à contribution des utilisateurs dénommée « FANOME » dans toutes les formations sanitaires publiques, assuré par la mise en place de fonds d'équité au niveau des communes.

2.1.2.6/ Conclusion.

Le système de santé de district à Madagascar fait face à un certains nombres d'obstacles limitant aujourd'hui son bon fonctionnement. La gestion des ressources souffre d'un nombre d'infrastructures sanitaires insuffisant et souvent exigües. En ressources humaines, les zones rurales souffrent d'une pénurie de personnel de santé et notamment de médecins. Le manque de motivation de ces derniers est souvent lié à des avancements en retard, à l'inexistence de plan de carrière, à l'insuffisance d'accès à l'information et à la documentation, à la séparation forcée des ménages et enfin au changement brutal de mode de vie que constitue pour ces médecins leur affectation dans un centre de santé de base. La gestion des soins souffre d'une qualité de service offerte qui reste parfois à améliorer, d'un système de référence et de contre-référence insuffisamment fonctionnel et de prises en charge diagnostiques et thérapeutiques parfois mal maîtrisées par le personnel soignant. Des mesures ont été récemment adoptées par le pays afin de renforcer son système de santé de district. L'accent est mis sur le rôle central que doit jouer les CHD dans la formation continue du personnel de santé de l'ensemble du district et sur le renforcement du système de référence et des relations entre centres de santé de premier échelon et CHD.

Nom du partenaire	Type de partenaire	Domaines et principaux types d'interventions	Aire d'intervention	Montant en US \$
Agence française pour le Développement	Bilatéral	- Renforcement du système de santé- Lutte contre les IST et le sida- Surveillance épidémiologique (SE)	- Ensemble du pays - Région de l'Océan Indien (SE)	20 000 000
Agence japonaise pour la coopération internationale	Bilatéral	- Études et recherches en santé - Construction et réhabilitation des infrastructures sanitaires - Programme élargi de vaccination - Lutte contre le paludisme - Lutte contre les IST et le sida	- Ensemble du pays	1 750 000
Coopération chinoise	Bilatéral	- Missions médicales dans les hôpitaux	Mahitsy, Ambovombe, Sambava et Vatomandry	300 000
Coopération monégasque	Bilatéral	- Lutte contre le paludisme - Maladies tropicales négligées - Réhabilitation d'infrastructures Sanitaires	Sainte Marie	1 120 000
Coopération technique allemande	Bilatéral	- Lutte contre le VIH et le sida	Boeny, Betsiboka, Sofia et Melaky	1 280 000
Service de Coopération et d'Action culturelle (France)	Bilatéral	- Financement des hôpitaux - Environnement et santé - Surveillance épidémiologique (SE)	- Atsinanana - Ensemble du pays (SE)	692 000
USAID	Bilatéral	- Santé de la mère et de l'enfant - Planning familial - Lutte contre le paludisme - Lutte contre les IST et le sida - Eau et assainissement	- Ensemble du pays	55 200 000
BAD	Multilatéral	- Construction et réhabilitation d'infrastructures - Fourniture d'équipements techniques - Formation du personnel - surveillance épidémiologique - Lutte contre le paludisme	- Ensemble du pays	17 250 000
Banque mondiale	Multilatéral	- Renforcement du système de santé - Développement des ressources humaines - Lutte contre les maladies Transmissibles	- Ensemble du pays	69 700 000
PNUD	Multilatéral	- Lutte contre le VIH et le sida	Vatovavy fito vinany et Atsimo	744 000
Union européenne	Multilatéral	- Secteur de la santé en général	- Andrefana	Appui budgétaire global

UNFPA	Multilatéral	-Santé de la reproduction- Planning familial- Prévention du VIH - santé des adolescents	- Ensemble du pays - Ensemble du pays	8 000 000
UNICEF	Multilatéral	- Santé de la mère et de l'enfant - Renforcement du système de santé- Eau et assainissement - Lutte contre le paludisme - Lutte contre le VIH et le sida - Réponses aux catastrophes Naturelles	- Ensemble du pays	28 000 000
Fondation Raoul Follereau	ONG	- Lutte contre la lèpre	- Ensemble du Pays	160 000
Care international	ONG	- Lutte contre le paludisme	- Ensemble du Pays	2 500 000
Catholic relief Services	ONG	- Nutrition - Lutte contre le VIH et le sida	- Ensemble du Pays	387 700
Population Services International	ONG	- Prévention du VIH- Prévention du paludisme- Prévention des maladies diarrhéiques- Santé de la reproduction	- Ensemble du pays	7 404 000

Principaux partenariats bilatéraux, multilatéraux, ou non gouvernementaux dans le domaine de la santé à Madagascar [Extrait de WHO, 2009].

2.1.3/ Indicateurs de santé.

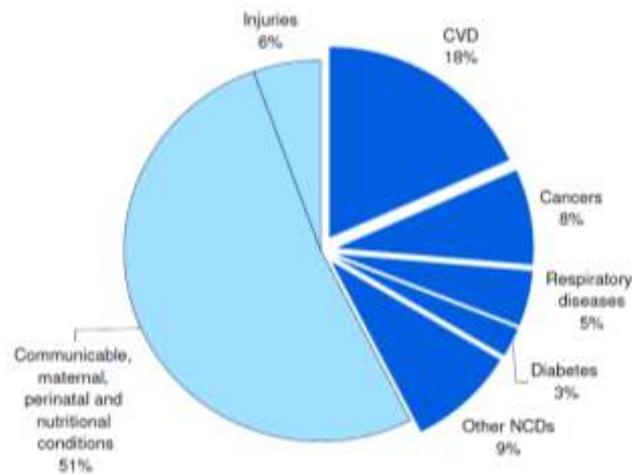
Quoique les maladies liées aux modes de vie connaissent une certaine progression à Madagascar, l'île reste caractérisée par une prévalence élevée des maladies transmissibles, périnatales et nutritionnelles qui représente 51% des causes de mortalité, avec une mortalité maternelle élevée que l'on estime en 2010 à 210 sur 100 000 naissances vivantes [WHO, 2012a].

En 2010, l'espérance de vie à la naissance est de 65 ans, comme dans beaucoup de pays en voie de développement, elle a considérablement augmentée puisqu'elle n'était que de 57 ans en 2004 [WHO, 2012a]. Madagascar a donc une espérance de vie relativement plus élevée que ses pays voisins, cette différence peut être en partie expliquée par la faible prévalence du VIH dans ce pays.

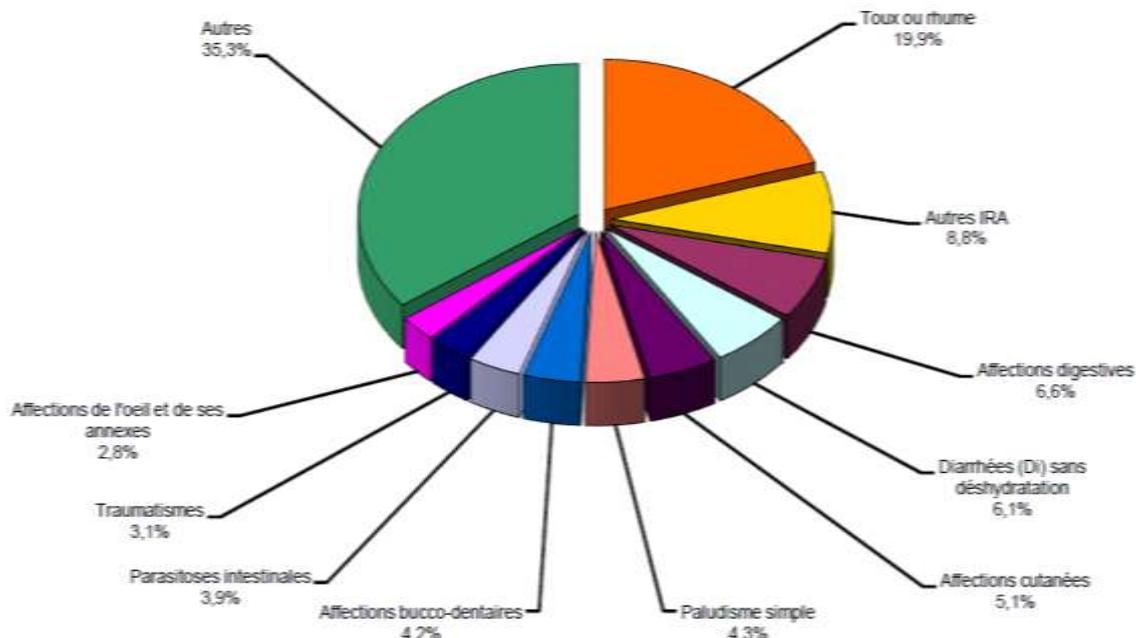
Concernant la mortalité infantile, bien qu'une nette amélioration ait été constatée de 1997 à nos jours, période au cours de laquelle le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 159 à 47.4 décès pour 1 000 naissances vivantes, le niveau de mortalité demeure encore préoccupant²⁹ [Ministère de la Santé Publique, 2010].

²⁹ A titre de comparaison, le taux de mortalité infantile est de 3.4 / 1 000 naissances vivantes en France à cette même période.

La mortalité maternelle est élevée et reste une des principales causes de mortalité. Son estimation est de 210 sur 100 000 naissances vivantes³⁰. Seulement 47 % des accouchements sont assistés par du personnel qualifié et l'utilisation des formations sanitaires pour l'accouchement n'est que de 32 %. La mortalité néonatale est de 22/1 000 naissances [WHO, 2012a].



Part de la mortalité en % par rapport au nombre total de décès à Madagascar [WHO, 2012a]. (CVD : cardiovascular diseases, maladies cardio-vasculaires ; NCD : non communicable diseases, maladies non transmissibles).



Les dix principales causes de morbidité vues en consultation externe en CSB en 2010 à Madagascar [Ministère de la Santé Publique, 2010].

³⁰ Nous rappelons que le taux de mortalité maternelle va de 830 décès pour 100 000 naissances vivantes dans les pays d'Afrique à 24 pour 100 000 dans les pays d'Europe.

2.1.4/ Maladies cibles des « programmes verticaux ».

2.1.4.1/ Le paludisme.

Le paludisme représente un problème majeur de santé publique à Madagascar. En 2003, environ une consultation sur cinq dans les dispensaires était liée au paludisme en dehors des Hautes Terres Centrales [Ariey, 2003]. En 2010, ce chiffre ne s'élève plus qu'à 2% des consultations [Ministère de la Santé Publique, 2010]. Selon l'annuaire statistique de la santé 2010, le paludisme représente toutefois la cinquième cause de mortalité hospitalière et la quatrième cause de morbidité pour les enfants de moins de cinq ans. Le paludisme grave représente le cinquième motif de consultation le plus fréquent des CHD. Il demeure un problème endémique majeur touchant les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Les données d'activité des formations sanitaires révèlent que la part de la morbidité due au paludisme confirmé était de 3 % en 2010 [Ministère de la Santé Publique, 2010].

Les données statistiques de l'OMS permettent aussi d'avoir un aperçu général du poids du paludisme dans ce pays. De 1999 à 2003, entre un million à un peu plus de deux millions d'accès palustres présumés ont été pris en charge chaque année par les consultations externes des centres médicaux publics. Le paludisme est à l'origine de plusieurs centaines de décès par an [WHO, 2009]. 202 450 nouveaux cas sont rapportés en 2010 [WHO 2012].

Les quatre espèces plasmodiales sont présentes sur le territoire mais *Plasmodium falciparum*, grand pourvoyeur de paludisme cérébral, est responsable de 90% des accès palustres.

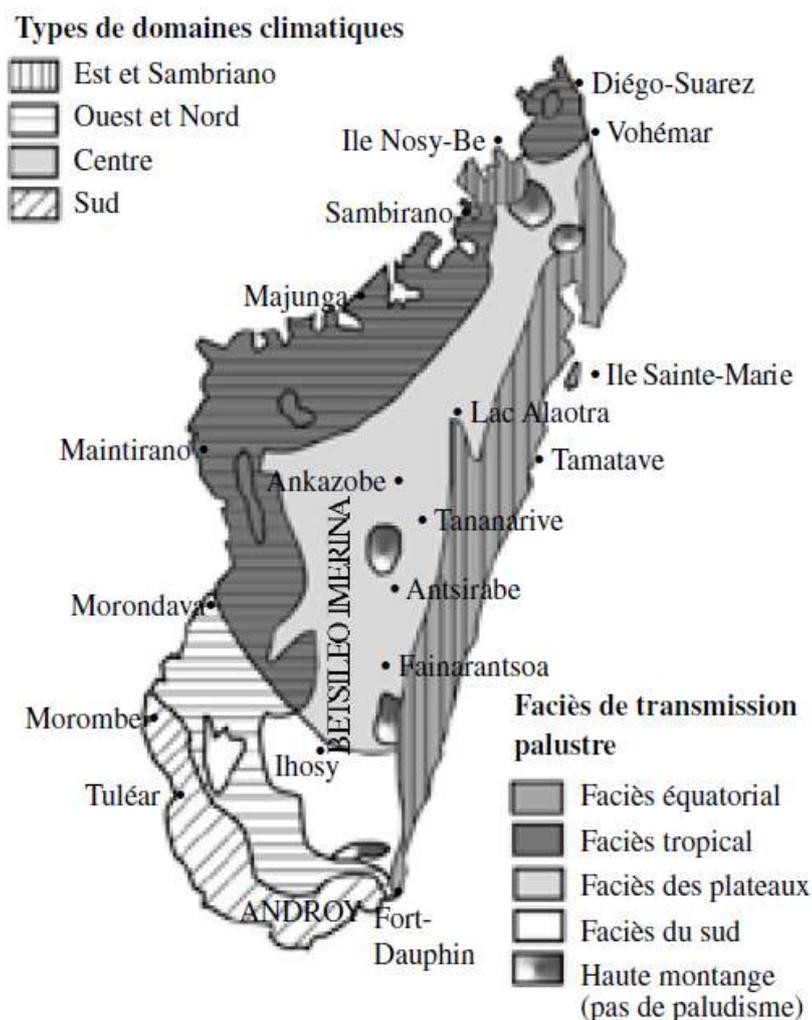
A Madagascar, la chloroquine (CQ) est utilisée en première ligne dans le traitement des accès palustres simples depuis plus de cinquante ans [Randrianarivelojosia, 2003]. La chloroquinorésistance de *P. falciparum* a été confirmée au début des années 1980 puis s'est ensuite maintenue à un niveau raisonnable permettant la poursuite de la prise en charge des accès simples par ce médicament peu onéreux. Depuis l'année 2000, c'est le réseau d'étude de la résistance (RER) regroupant les services du Ministère de la santé Malgache et de l'Institut Pasteur de Madagascar qui a pour mission de suivre l'évolution de ces résistances à l'échelle nationale. Les tests *in vitro* effectués par ce réseau en 2000 et 2001 montrent que plus de 90% des souches de *P. falciparum* testées étaient encore sensibles à la CQ dans tout le pays. Les tests *in vivo* menés de 1996 à 2001 confirment que la CQ reste efficace dans plus de 80% des cas et que les échecs sont essentiellement de type tardif sans problème de résistance [Tchen, 2006]. Cependant plus récemment et depuis la découverte d'un niveau de résistance à la chloroquine dépassant le seuil toléré par l'OMS en 2003, le pays étudie l'introduction d'un traitement alternatif à base d'artémisinine [Ministère de la Santé Publique, 2007].

La politique nationale de lutte contre le paludisme a été élaborée en 1998, mise à jour en 2005 et révisée en 2012. Les stratégies de lutte ont été mises en œuvre depuis lors à tous les niveaux avec l'appui technique et financier des différents partenaires. Un nouveau plan stratégique quinquennal

2008-2012 a été élaboré dans le but d'assurer l'accès universel aux moyens de prévention (campagne d'« aspersion intra-domiciliaire », moustiquaire imprégnée, etc.), diagnostiques et thérapeutiques efficaces pour réduire l'impact du paludisme dans le continuum de son élimination à Madagascar. Différentes interventions et activités sont menées par les acteurs impliqués dans la lutte antipaludique. Ces activités sont régulièrement suivies dans les structures sanitaires et dans la communauté selon des mécanismes spécifiques et avec des outils élaborés et adaptés à cet effet [Institut National de la Statistique, 2012].

Dans le cadre de ce plan stratégique, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) est l'organe de coordination de la lutte contre le paludisme à Madagascar. Cette dernière est financée majoritairement par le Fonds Mondial³¹, à raison de 40%, et par la Banque Mondiale à raison de 30% [WHO, 2012a].

³¹ Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria), souvent appelé « le Fonds mondial », ou en anglais « the Global Fund », est une fondation à but non lucratif destinée à « recueillir, gérer et distribuer des ressources par le biais d'une fondation publique-privée [...] qui contribuera de manière durable et significative à réduire le nombre d'infections, la morbidité et la mortalité, atténuant de ce fait l'impact du VIH / sida, de la tuberculose et du paludisme dans les pays démunis et à combattre la pauvreté dans le cadre des objectifs de développement du Millénaire arrêtés par les Nations Unies » [Fonds mondial, 2007].



Stratification épidémiologique du paludisme à Madagascar [Tchen, 2006].

2.1.4.2/ La tuberculose.

La tuberculose reste endémique à Madagascar. Les nouveaux cas dépistés se situent autour de 65% à 71% des 20 000 nouveaux cas suspects par an, au cours des années 2002 à 2004. Ce chiffre, même élevé, ne reflète pas la réalité. Le taux de dépistage n'est que de 62% des cas suspects. L'évolution des nouveaux cas bacillifères est passée de 6948 à 13536 entre 1995 et 2004 [Ministère de la Santé et du Planning Familial, 2007].

L'analyse des données obtenues auprès du service de lutte contre la tuberculose semble donc montrer que l'incidence de tuberculose pulmonaire est en augmentation progressive pour la période 1996-2004 [Rakotonirina, 2009]. Cette augmentation pourrait être due à une amélioration de la détection des cas. En 2002, le nombre de centres de traitement fonctionnels sur Madagascar étaient de 205, contre 185 en 1994. L'amélioration de la couverture géographique des Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) pourrait également expliquer en partie l'augmentation d'incidence. Enfin il

est probable qu'il s'agisse d'une augmentation réelle de cette dernière. Actuellement, l'infection à VIH constitue le facteur principal supposé de l'augmentation d'incidence de la tuberculose sur l'île [Rakotonirina, 2009].

Des données statistiques plus récentes rapportent pour l'année 2009, 15 478 nouveau cas de tuberculose pulmonaire, 1 708 en cours de retraitement, 5 553 nouveaux cas de tuberculose extra-pulmonaire et 233 en cours de retraitement [Ministère de la Santé Publique, 2010]. La prévalence était estimée en 2011 à 428/100 000 et l'incidence à 238/100 000/an [WHO, 2012a]. La prévalence moyenne en Afrique sub-saharienne pour la même année était de 332/100 000 [WHO, 2012a].

Cette situation n'évolue donc que peu ces dernières années et reflète probablement la méconnaissance persistante de la maladie par la population, les difficultés rencontrées par les prestataires de soins pour prendre correctement en charge les touseurs chroniques et les malades tuberculeux et enfin le manque de coordination des activités. Ainsi, la décentralisation des CDT et des centres de microscopie, la participation communautaire, le renforcement de la stratégie DOTS³² et le renforcement du suivi et de l'évaluation des activités devraient permettre de redresser la situation [Ministère de la Santé, 2007].

La lutte antituberculeuse à Madagascar est aujourd'hui financé à 85% pas des fonds mondiaux et à 15% par des fonds nationaux [WHO, 2012a].

2.1.4.3/ VIH/SIDA et IST.

Le VIH/SIDA a été découvert à Madagascar en 1987. Madagascar fait partie des pays d'Afrique Sub-saharienne où la prévalence du VIH est restée relativement basse (selon les estimations OMS 2010, la prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans est 23 fois moindre que dans l'ensemble des pays d'Afrique [WHO, 2012a]). Cependant, en une décennie environ, le profil de l'épidémie à VIH est passé d'une épidémie naissante à une épidémie concentrée au niveau de certains groupes de populations, particulièrement les populations clés les plus exposées aux risques (homosexuels, usagers de drogues et travailleurs du sexe). En effet, la surveillance épidémiologique et les estimations faites par ONUSIDA ont montré que, depuis le premier cas de sida diagnostiqué en 1987, la prévalence du VIH dans la population adulte est passée de 0,02% en 1989 à 0,13% en 2007 et à

³² Cette stratégie DOTS (pour Directly Observed Treatment Short-course - traitement de brève durée sous surveillance directe), comporte cinq éléments considérés comme essentiels dans la lutte mondiale contre la tuberculose : (1) l'engagement politique ; (2) le dépistage des cas par l'examen au microscope des frottis de crachats de toute personne venant consulter pour une toux persistante ; (3) l'application d'une chimiothérapie standardisée de brève durée, dans des conditions optimales de prise en charge du malade qui comprennent la surveillance directe du traitement ; (4) un approvisionnement régulier en médicaments ; (5) un système standardisé d'enregistrement et de notification permettant une évaluation des résultats du traitement pour chaque malade ainsi que du programme de lutte antituberculeuse dans son ensemble.

0,31% en 2010. Dans ce contexte de basse prévalence, certains groupes de populations tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) présentent une plus grande fréquence de séropositivité au VIH : 1 HSH sur 7 serait séropositif à Madagascar.

Par ailleurs, on note une forte prévalence des IST classiques : 1 femme enceinte sur 20 et 1 professionnelle de sexe (PS) sur 7 sont séropositives pour la syphilis. Si l'insularité et la faible exposition au virus, l'isolement géographique, la circoncision masculine quasi-généralisée avant la puberté ont été avancés comme des facteurs protecteurs expliquant la faible prévalence du VIH à Madagascar, les facteurs de risque dont le multi partenariat particulièrement chez les hommes, le commerce du sexe, la mobilité professionnelle, le taux élevé de prévalence des infections sexuellement transmissibles demeurent cependant très préoccupant et pourraient engendrer une explosion de l'épidémie. Sur le plan logistique, l'étendue du territoire (587 000 km²), les difficultés économiques du pays et le taux d'analphabétisme de l'ordre de 55% sont autant d'obstacle à la mise en place d'un plan de lutte efficace contre le VIH.

En dépit de la prévalence encore basse du VIH, le Gouvernement de Madagascar craint une progression de l'épidémie. Aussi, l'un des objectifs nationaux est le 6^{ème} des OMD (Objectif de Développement pour le millénaire) : d'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle. Madagascar a adhéré à la Déclaration d'Engagement sur le VIH et sida en Juin 2001³³ et conformément aux recommandations internationales, les objectifs nationaux sont de fournir un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, tout en ciblant les populations clés plus exposées au risque d'infection par le VIH, d'ici à 2015 [Comité National Malgache de lutte contre le VIH, 2012].

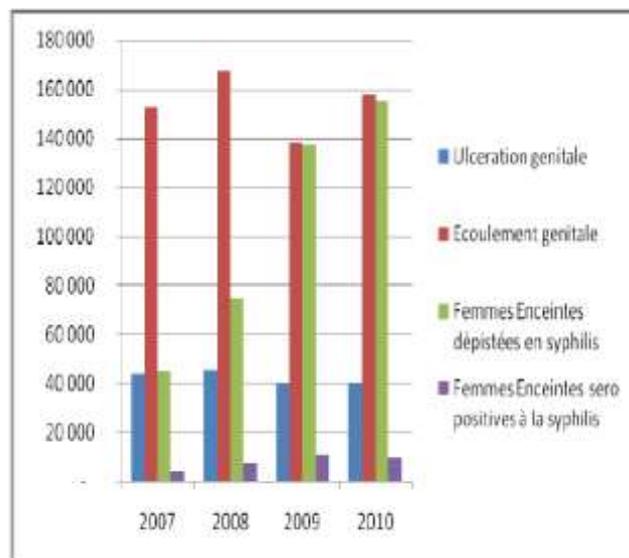
En vue d'intensifier la prévention, des antennes de dépistage ont été installées dans 1 544 formations sanitaires, 543 703 personnes ont pu réaliser un dépistage du VIH en 2011, avec une nette amélioration par rapport aux réalisations des années précédentes (217 481 en 2009 et de 203 743 en 2010). Un dépistage gratuit du VIH est proposé systématiquement à chaque femme enceinte et à son partenaire par un test de détection rapide, disponible dans de nombreuses formations sanitaires, notamment en zone rurale [Rakotobe, 2012]. Le nombre de séropositifs nouvellement identifiés ne cesse de croître progressivement au fil des années, témoignant de la progression de l'épidémie mais également probablement de l'amélioration du dépistage. En 2011, ce nombre s'élève à 409 (dont 261 femmes enceintes), alors qu'il n'était que de 165 et 223 respectivement en 2009 et 2010 [Comité National Malgache de lutte contre le VIH, 2012]. La collaboration avec 79

³³ En juin 2001, des chefs d'Etat et des représentants de gouvernement se sont réunis à l'occasion de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida. La réunion a souligné le fait que l'épidémie de sida avait provoqué des souffrances incalculables et d'innombrables décès à travers le monde. Avec suffisamment de volonté et de ressources, les communautés et les pays peuvent inverser le cours de l'épidémie. Les chefs d'Etat et les représentants de gouvernement ont publié la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Ce document énonce une série de cibles nationales et d'actions globales pour inverser le cours de l'épidémie et les Etats Membres s'engagent à remettre des rapports de suivi au niveau des pays au Secrétariat de l'ONUSIDA tous les deux ans (rapport UNGASS à Madagascar)(103).

centres de diagnostic et de traitement (CDT), dédiés à la prise en charge de la lèpre et de la tuberculose a permis de réaliser un dépistage du VIH chez 5 196 patients atteints de tuberculose, parmi lesquels 0.6% étaient séropositifs [Comité National Malgache de lutte contre le VIH, 2012].

Le diagnostic est réalisé par un test Elisa et confirmé par la réalisation d'un Western-Blot. Ces tests sont disponibles dans la plupart des villes. En zone rurale, le test de dépistage est réalisé à l'aide d'un test de détection rapide [Andrianasolo, 2011]. La prise en charge thérapeutique du VIH à Madagascar est basée sur les recommandations de l'OMS [WHO, 2010b]. Un traitement antiviral est débuté dès que le taux de CD4 est inférieur à 350 cellules/mm³ indépendamment de la présence ou non de symptômes clinique. En revanche, un traitement antirétroviral doit être débuté dès l'entrée dans la maladie soit dès le stade 3 ou 4 définit par l'OMS. L'ensemble de la prise en charge thérapeutique est gratuite, qu'il s'agisse du traitement antirétroviral, du traitement médicamenteux des infections opportunistes (tuberculose, pneumocystose, CMV...) des examens biologiques ou de la chimioprophylaxie [Andrianasolo, 2011].

La prévalence déclarée des IST dans la population générale (15-49 ans), est estimée à 5% (MAP). En dehors des études s'intéressant à la prévalence de la syphilis et à diverses IST chez les travailleurs du sexe, il n'existe pas de données épidémiologiques pour chacune des diverses IST dans la population générale à Madagascar. L'absence de test diagnostique (sauf pour la syphilis) explique probablement cette lacune. Le pourcentage de consultation pour des ulcérations génitales était 0.6% en 2010 et de 2.3% pour les « écoulements génitaux » pour la même année [Ministère de la Santé publique, 2010].



Prévalence des IST de 2007 à 2010 à Madagascar [Ministère de la Santé Publique, 2010].

Alors que les taux d'ulcérations génitales, de gonorrhée et de leucorrhée restent stables, le nombre de femmes vues en consultation prénatale ayant pu bénéficier du dépistage de la syphilis a également nettement progressé, passant presque du simple au double entre 2010 et 2011. Le taux de séropositivité pour la syphilis enregistré est relativement élevé atteignant près de 6% en 2011

chez les femmes enceintes [Comité National Malgache de lutte contre le VIH, 2012]. Une étude réalisée dans divers sous-groupes de population en 2005, retrouvait un taux de prévalence de la syphilis de 7% parmi les patients porteurs d'une IST et de 16,6% parmi les travailleuses du sexe et les militaires [Comité National Malgache de lutte contre le VIH et les IST, 2012]. Une étude conduite en 2002 auprès de 100 travailleuses du sexe âgées de 15 à 29 ans retrouvait un taux d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* de 27%, un portage de *Chlamydiae trachomatis* dans « seulement » 12%, mais également une infection à *Trichomonas vaginalis* dans 32% des cas et une sérologie syphilitique (VDRL) positive dans 11% des cas. Il n'était pas retrouvé de cas séropositif pour l'infection à VIH. Les facteurs de risque étaient ceux habituels des IST : un faible niveau d'éducation, la précocité de l'entrée dans la vie sexuelle, un taux faible d'utilisation du préservatif [Harijoana, 2009]. Il n'existe pas actuellement de donnée sur la prévalence de la syphilis dans la population générale.

Hormis lors des consultations prénatales où un test de détection rapide de la syphilis est proposé³⁴, le diagnostic des IST est exclusivement syndromique. A partir de 2000, la prise en charge des IST classiques a été intégrée dans les services de soins de santé primaires publics et privés (ONG). Des algorithmes résumant la prise en charge diagnostique et thérapeutique et sont distribués notamment aux centres de santé de base.

Deux kits de traitement préemballés, à moindre coût, avaient été initialement distribués afin de faciliter l'accès au traitement. Pour les leucorrhée et gonorrhée, le kit CURA 7 (ciprofloxacine et doxycycline), qui visait le gonocoque et le chlamydia pour les ulcérations génitales, le kit Genicure (benzathine-pénicilline et ciprofloxacine) pour la syphilis et le chancre mou. Malheureusement, en réalité, peu de structures en disposent et en dehors de ces kits, si le traitement pour la syphilis est gratuit, le traitement des autres MST est payant et pose de réelles difficultés d'accès. L'émergence de résistances du gonocoque aux fluoroquinolones faisant partie du kit CURA 7 l'ont rendu caduque. L'équipe du Comité de Lutte contre les IST travaille actuellement sur la révision du traitement et envisage l'administration de céphalosporine orale (cefixime) et sa prise en charge financière pour pallier aux résistances du gonocoque aux fluoroquinolones [Rakotobe, 2012].

Le diagnostic des MST étant essentiellement clinique, il n'existe pas de suivi biologique de la syphilis permettant de contrôler l'efficacité du traitement. Il s'agit aujourd'hui d'un des projets du gouvernement.

On peut également regretter que l'information du partenaire sur la nécessité de consulter soit plus que limitée (moins de 1%) [Comité National Malgache de lutte contre le VIH et les IST, 2012].

Dans les populations des femmes enceintes séropositives pour la syphilis, seules 56% ont reçu le traitement adéquat (3 doses d'extencilline). La chimioprophylaxie dans le cadre de l'élimination de la syphilis congénitale (traitement 1 dose) – quant à lui, a concerné 73,1% des femmes enceintes séropositives pour la syphilis vues précocement au CPN en 2011 [Comité National Malgache de lutte contre le VIH, 2012].

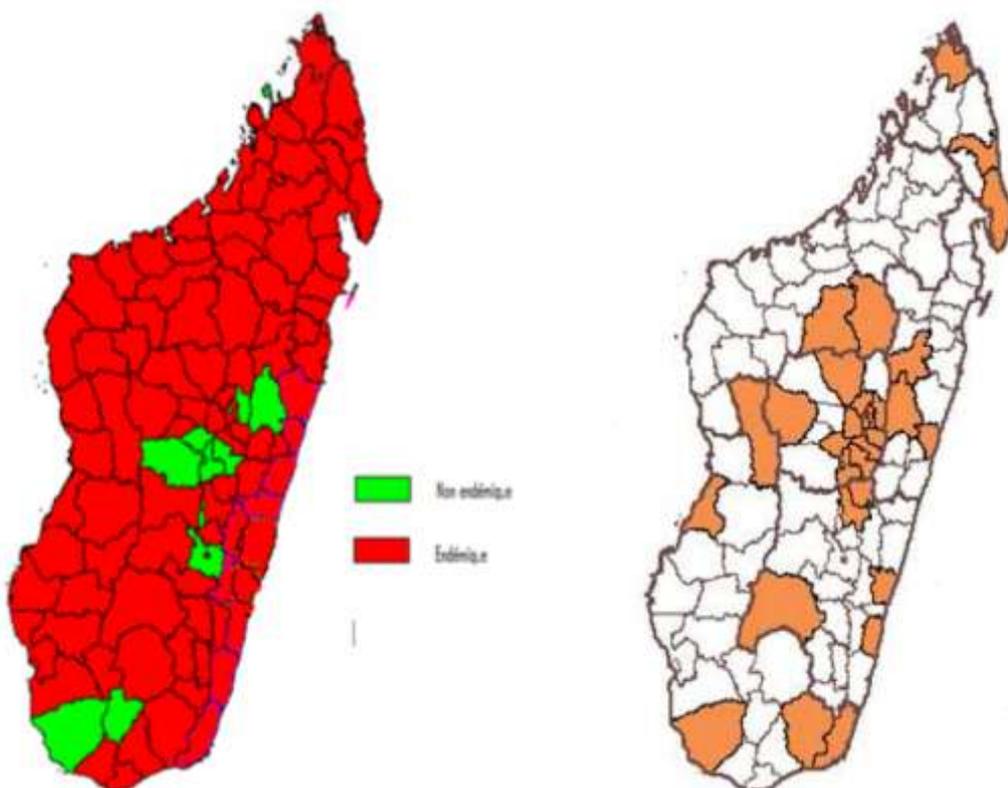
³⁴ Il s'agit d'un test tréponémique, d'une sensibilité de 85% à 98% et d'une spécificité de 93 à 98%, ayant l'avantage de pouvoir être facilement conservé et ne présentant pas d'effet prozone (contrairement au VDRL). L'un de ses inconvénients majeurs est l'impossibilité de différencier une infection active d'une infection ancienne, les anticorps anti-tréponémique persistant à vie. Le VDRL est également utilisé à Madagascar, uniquement disponible dans des structures au moins de taille moyenne. Un consensus est en cours afin d'élaborer les tests adéquats pour la démarche diagnostique (105,109).

2.1.5/ Maladies à prévention vaccinale.

Pour l'année 2010, on rapporte 157 nouveaux cas de rubéole, 1 cas de rougeole et 6 nouveaux cas de tétanos [WHO 2012]. La couverture vaccinale avant 1 an était, toujours en 2010, de 67% pour le BCG, 72% pour la poliomyélite, 74% pour le DTP3, 63% pour la rougeole. Les paralysies flasque aiguë ont fait l'objet de 210 notifications sur l'année 2010. Parmi elles, aucune ne correspondait à une poliomyélite aiguë (taux de PFA non poliomyélitique de 100%), et 7% correspondait à des infection à entérovirus non polio [Ministère de la Santé Publique, 2010].

2.1.6/ Maladies tropicales négligées.

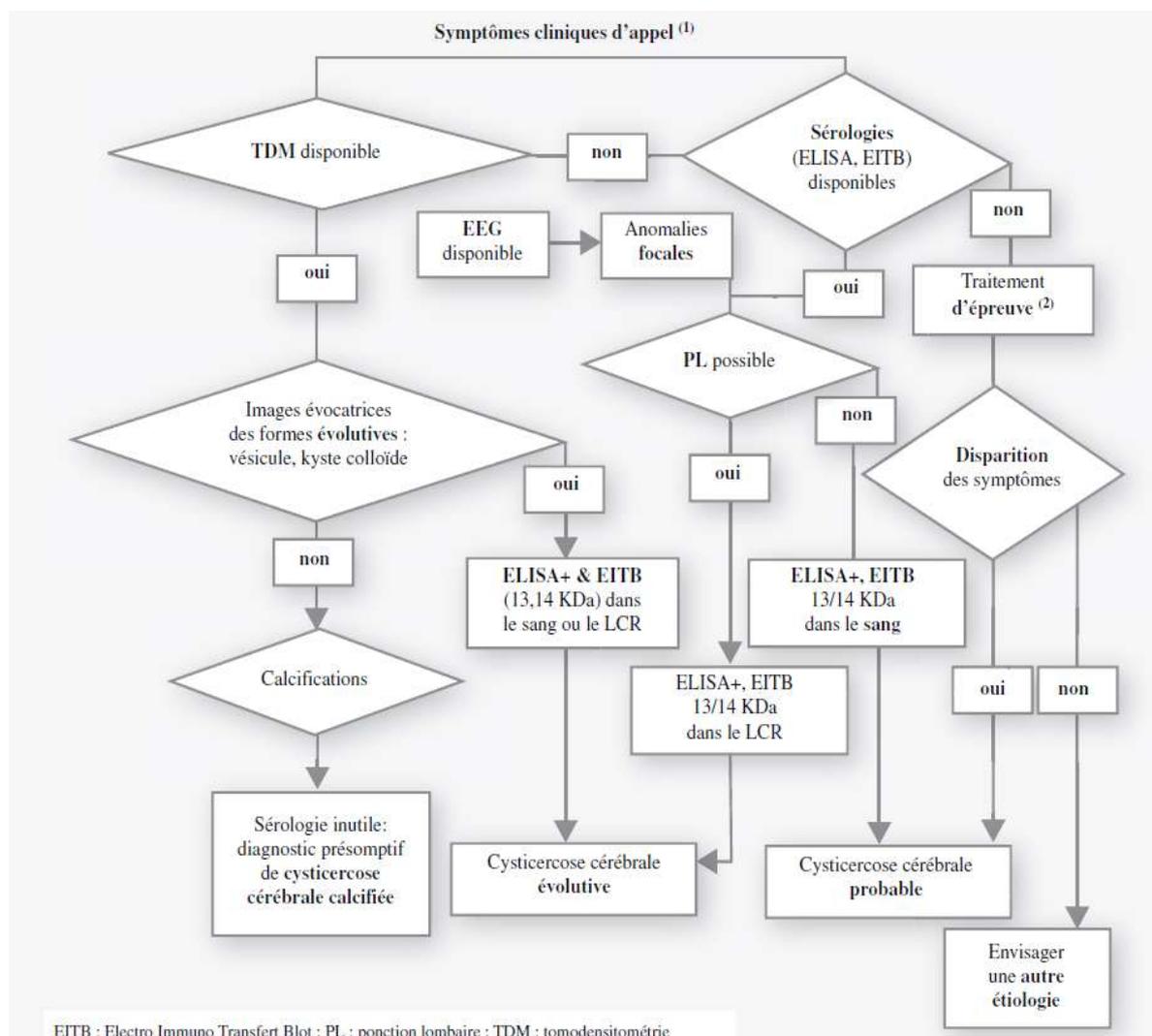
2.1.6.1/ Les parasitoses.



Carte d'endémicité de la filariose lymphatique à gauche et d'endémicité de la cysticerose à droite en 2010 [Ministère de la Santé Publique, 2010].

Différentes enquêtes montrent que la cysticerose est une affection fréquente à Madagascar. Le taux de prévalence est conditionnée par les contextes socio-économiques des différentes régions du pays.

En atteste les disparités de taux de prévalence qui varient de 7 à 21% suivant la région, avec des prévalences plus élevées dans les populations rurales des régions centrales d'altitude de l'île [Andriantsimahavandy, 2003]. L'atteinte neurologique de la cysticercose semble selon les série représenter 60 à 90% des formes systémique de la maladie. Une étude réalisée en 1997 à Madagascar indique que la neurocysticercose représenterait la première cause d'épilepsie de révélation tardive dans le pays [Andriantsimahavandy, 1998]. De même, en 1996, une autre étude démontrait la forte prévalence de la séropositivité cysticercienne sérique chez les enfants épileptiques malgaches [Grill, 1996]. Une autre équipe à proposée récemment un algorithme diagnostique tenant compte des difficultés d'accès aux examens complémentaires existantes dans la plupart des régions d'endémie [Andriantseheno, 2008]. Le traitement antiparasitaire est toutefois d'accès facile dans les centres de santé de base et inscrit sur la liste des médicaments essentiels.

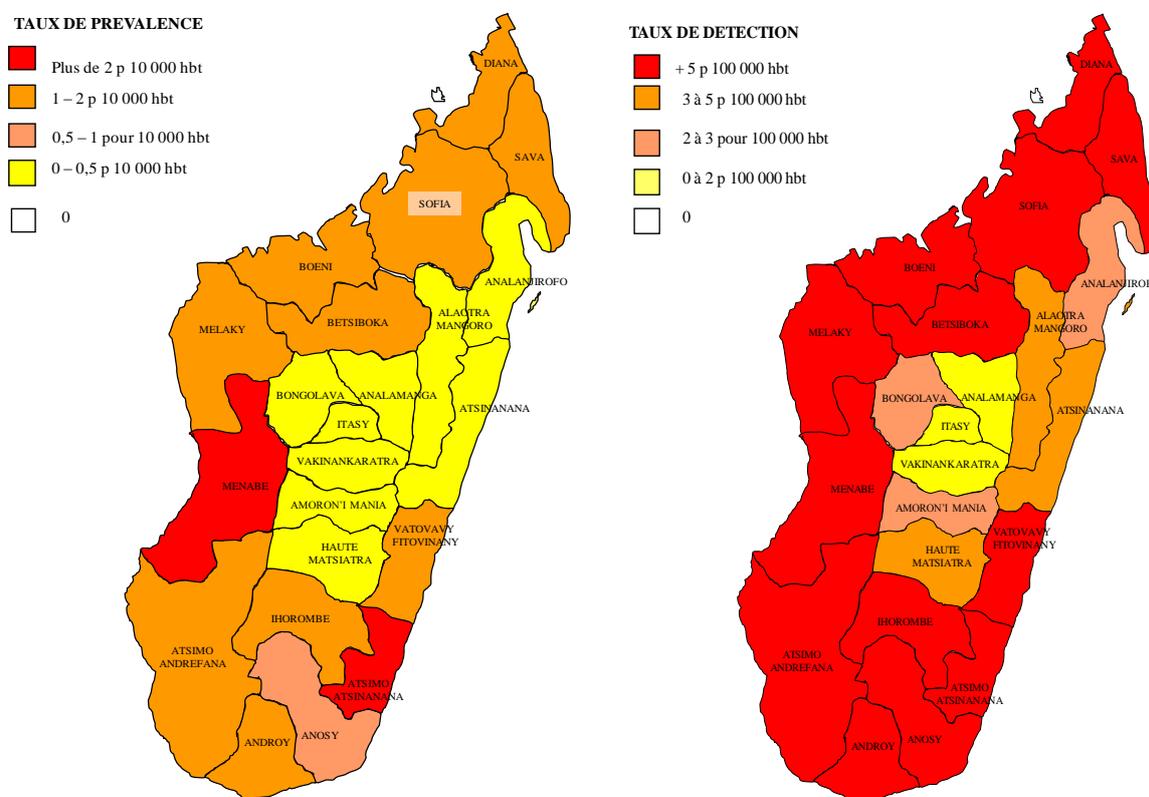


Proposition d'algorithme diagnostique de la neurocysticercose [Andriantseheno, 2008].

La filariose lymphatique se rencontre dans une grande partie des régions du pays. La prévalence de l'infection peut dépasser 50% dans plusieurs zones hyperendémiques. Face à cette situation, Madagascar s'est résolument engagé dans le Programme mondial d'élimination de la maladie³⁵ [Ministère de la Santé et du Planning Familial, 2007].

Les bilharzioses, sous ses deux formes, uro-génitale, et intestinale, affectent respectivement cinq cent mille et deux millions d'individus en 2007 à Madagascar. 437 communes sont considérées comme des zones hyper-endémiques. Cette affection constitue donc un problème sanitaire non négligeable [Ministère de la Santé et du Planning Familial, 2007].

2.1.6.2/ La lèpre.



De gauche à droite, taux de prévalence et de détection de la lèpre à Madagascar en 2011.

³⁵ Le Programme mondial pour l'élimination de la filariose lymphatique (GPELF) est lancé en 2000, il vise à éliminer cette maladie en tant que problème de santé publique d'ici à 2020 en protégeant l'ensemble de la population exposée au risque. Le nombre des personnes exposées à l'infection est actuellement de 1,3 milliard. La stratégie pour y parvenir comporte deux volets : la prévention primaire des nouveaux cas : distribution une fois par an d'une dose unique de la bithérapie ou de sel enrichi en citrate diéthylcarbamazine (DEC) à toutes les personnes dans les populations exposées ; la prévention secondaire et tertiaire de la morbidité associée à la maladie : accès au traitement chirurgical de l'hydrocèle, éducation à l'hygiène et à une auto-prise en charge pour éviter les crises d'adénolymphangite aiguë.

La lèpre est éliminée à Madagascar selon la définition de l'OMS depuis 2006. Sa persistance est en partie due à un retard diagnostique, et au nombre élevé de formes multi bacillaires. Ces dernières représentent, en 2011, 84% des cas dépistés, traduisant une forte contagiosité [WHO, 2012b]. La maladie touche des enfants dans 8.6% des cas et le pourcentage d'infirmité est également important avec 17% des patients présentant des infirmités de degré 2 au moment du diagnostic pour l'année 2011 [WHO, 2012b].

Si le seuil d'élimination est tout juste atteint sur le plan national avec un taux de prévalence actuel de 0,82 cas pour 10 000 habitants en 2011. Il persiste encore de nombreux foyers endémiques et plusieurs districts sont encore loin d'avoir atteint ce seuil (par exemple, la prévalence est de 2.59/10 000 habitants dans le district d'Ambato Boeny où nous avons pu exercer, pouvant aller jusqu'à 6.24/10 000 habitants dans le district de Kandreho, au sud de Mahajunga) [Ministère de la Santé Publique, 2010]. Le pays a déclaré à l'OMS, en 2011, 1577 nouveaux cas soit une incidence de 7.36 pour 100 000 habitants [WHO, 2012b].

Au niveau national, le Programme national lèpre est attaché au Service Tuberculose Lèpre(STL) entité de la Direction des Urgences et de la Lutte contre les Maladies Transmissibles. Ceci implique que les deux programmes lèpre et tuberculose sont rattachés à un seul coordinateur. Néanmoins deux entités distinctes existent à travers deux divisions : la Division Tuberculose et la Division Lèpre. De plus on compte une Division Laboratoire qui gère tout le réseau des laboratoires des mycobactéries et assure la formation et le suivi des laborantins impliqués sur les deux maladies.

Au niveau régional, des Directeurs Régionaux de la Santé assurent la planification et le suivi des deux programmes Lèpre /Tuberculose dans chacune des régions. Cinq laboratoires inter-régionaux assurent le relais du laboratoire national de référence auprès des 22 régions, en fonction de critère d'accessibilité géographique.

Au niveau périphérique, 204 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) répartis sur les 111 Districts Sanitaires assurent la responsabilité de la prise en charge diagnostique, clinique et thérapeutique des patients, en s'appuyant sur un réseau de 227 laboratoires. Les CDT correspondent en général au Centre Hospitalier de District (CHD) et aux Centres de Santé de Base de niveau 2 (CSB2) qui lui sont attachés. Certaines formations privées ou confessionnelles jouent le rôle de Centre de Traitement (CT), et prennent en charge le traitement du malade sous couvert du CDT qui a fait le diagnostic et a enregistré le malade. Cette large participation de l'ensemble des structures sanitaires a permis de rapprocher le traitement du malade afin de lui éviter des déplacements difficiles et coûteux.

Madagascar suit les objectifs Mondiaux 2011 – 2015, consistant à réduire de 35% le taux des Infirmités 2 parmi les nouveaux cas pour 100.000 habitants d'ici 2015.

Les points clés pour atteindre cet objectif sont :

- Une promotion du dépistage précoce.
- Un renforcement de la sensibilisation et de la mobilisation sociale.
- Une dotation en médicament PCT et en corticoïdes.

- Un renforcement de la Prévention des Invalidités et de la Réadaptation Physique [Ministère de la Santé, 2012].

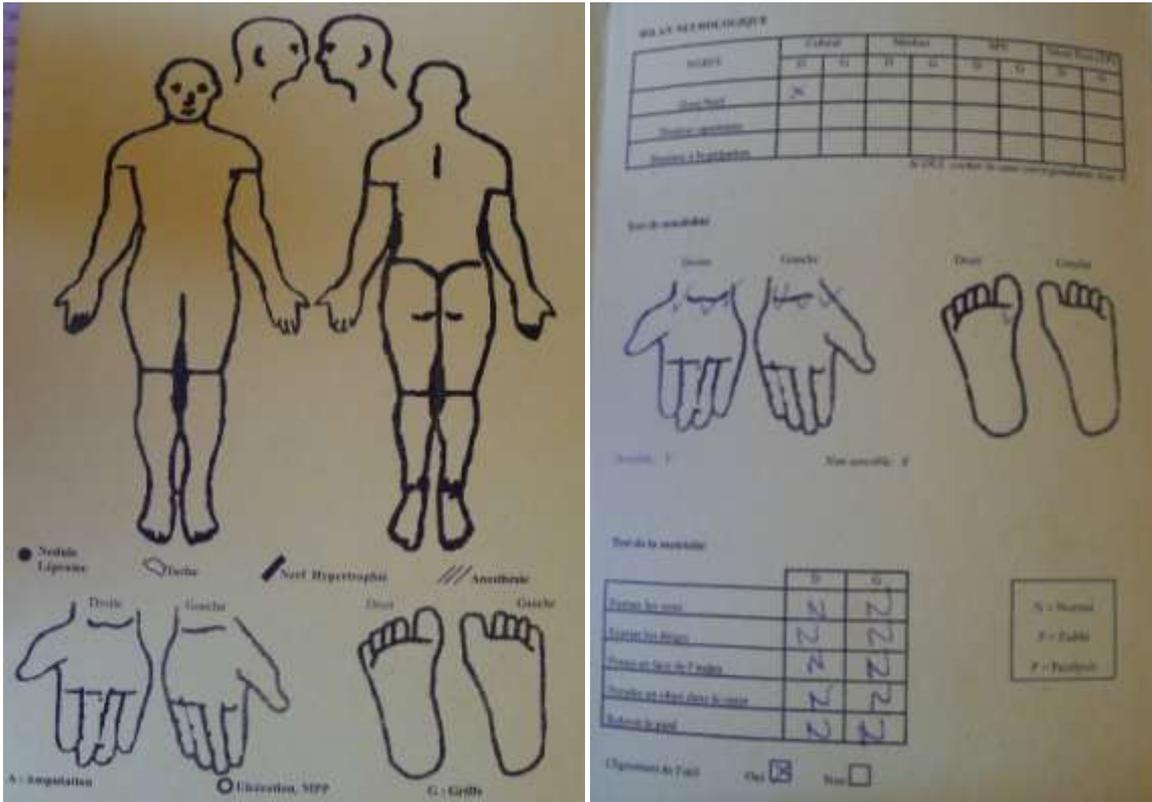
En pratique il s'agit de renforcer la compétence des agents de santé par des séances de formation continues pour les districts hyperendémiques et par des séances d'information pour les districts hypoendémiques afin de diminuer entre autres les erreurs diagnostiques. En effet les mises à jour des registres de lèpre dans 37 districts du pays entre 2002 et 2003 notaient un pourcentage d'erreurs diagnostiques de 4.5%. Dans certains districts, le pourcentage d'erreurs allait jusqu'à 62%. Ainsi, le programme de lutte contre la lèpre a décidé de concentrer ses efforts sur l'amélioration de la qualité du diagnostic en instaurant des formations médicales sur le sujet, en supervisant et en vérifiant les diagnostics posés. Une enquête d'évaluation externe conduite en 2005 retrouvait un taux d'erreur diagnostic (surdiagnostic) de 27.5%, et 12.2% d'erreur de classement (forme multi/paucibacillaire) parmi les « vrais positifs ». Le pourcentage de surdiagnostic semble particulièrement important à Madagascar puisqu'il n'excède généralement pas 10% dans d'autres pays de forte endémie. L'acquisition d'une culture dermatologique et neurologique « de base » permettrait d'éviter les principaux diagnostics différentiels pris à tort pour une lèpre (psoriasis, eczématide, neuropathie périphérique carentielle, diabétique, etc.)

L'OMS assure un suivi des activités et relaie les recommandations internationales à Madagascar. Elle reçoit les statistiques et les résultats du pays qui alimentent les données internationales et permettent l'élaboration de stratégies mondiales.

La Fondation Raoul Follereau apporte un appui technique au Service tuberculose-lèpre à travers l'assistance technique mise à disposition du plan national lèpre mais aussi en jouant un rôle de consultant à demeure.

L'Institut Pasteur de Madagascar qui est une entité rattachée au Ministère de la Santé apporte son appui technique notamment dans le domaine des laboratoires de référence des mycobactéries, mais aussi dans le cadre d'études épidémiologiques. Le traitement de la lèpre à Madagascar repose sur les recommandations de l'OMS, qui finance la PCT.

Si Madagascar a atteint le seuil d'élimination de la lèpre au niveau national, la réalité est tout autre au niveau régional où persistent de nombreux foyers hyperendémique. L'annonce de l'élimination est souvent confondue avec l'éradication, source d'un désintéressement du corps médical et d'un ralentissement des financements internationaux entraînant une diminution de la formation des agents de santé et des interventions d'information auprès de la population. Il est clair que compte tenu du pourcentage d'erreurs diagnostiques, largement supérieur aux autres pays de forte endémie, les efforts de formation auprès du personnel soignant devront être poursuivis. Avec 13% des patients présentant une incapacité de niveau 2 selon l'OMS au diagnostic, la prise en charge de la neuropathie lépreuse, facteur pronostic central dans cette maladie, doit-être une priorité.



Dossier médical, localisation des atteintes dermatologiques et neurologiques [document personnel].

Plaquette PB adulte:

- 1 fois par mois:** Jour 1
 - 2 gélules de rifampicine (300 mg X 2)
 - 1 comprimé de dapsone (100 mg)
- 1 fois par jour:** Jours 2 à 28
 - 1 comprimé de dapsone (100 mg)

Traitement complet PB adulte:
6 plaquettes

Plaquette PB adulte

Plaquette PB enfant (10 à 14 ans):

- 1 fois par mois:** Jour 1
 - 2 gélules de rifampicine (300 mg et 150 mg)
 - 1 comprimé de dapsone (50 mg)
- 1 fois par jour:** Jours 2 à 28
 - 1 comprimé de dapsone (50 mg)

Traitement complet PB enfant:
6 plaquettes.

Adaptez les doses de rifampicine et dapsone en fonction du poids corporel chez les enfants de moins de 10 ans.

Plaquette PB enfant

Plaquette MB adulte:

- 1 fois par mois:** Jour 1
 - 2 gélules de rifampicine (300 mg X 2)
 - 3 gélules de clofazimine (100 mg X 3)
 - 1 comprimé de dapsone (100 mg)
- 1 fois par jour:** Jours 2 à 28
 - 1 gélule de clofazimine (50 mg)
 - 1 comprimé de dapsone (100 mg)

Traitement complet MB adulte:
12 plaquettes

Plaquette MB adulte

Plaquette MB enfant (10 à 14 ans):

- 1 fois par mois:** Jour 1
 - 2 gélules de rifampicine (300 mg et 150 mg)
 - 3 gélules de clofazimine (50 mg X 3)
 - 1 comprimé de dapsone (50 mg)
- 1 fois par jour:** Jours 2 à 28
 - 1 gélule de clofazimine tous les 2 jours (50 mg)
 - 1 comprimé de dapsone (50 mg)

Traitement complet MB enfant:
12 plaquettes.

Adaptez les doses de rifampicine, clofazimine et dapsone en fonction du poids corporel chez les enfants de moins de 10 ans.

Plaquette MB enfant

Présentation des plaquettes de PCT fournies par l'OMS en fonction de l'âge et du type de lèpre [WHO, 2000c].

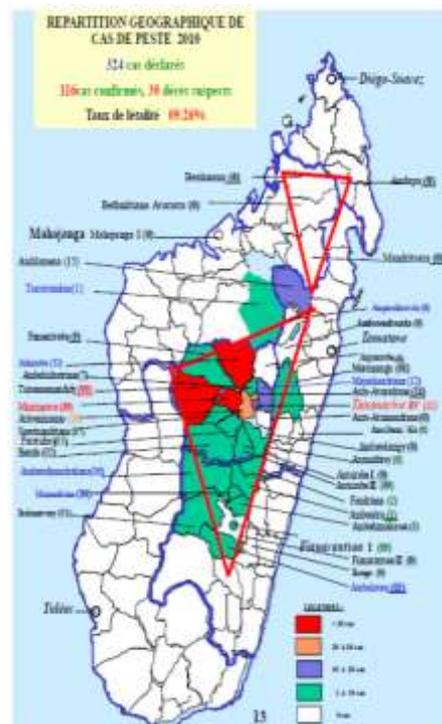
2.1.6.3/ La peste.

A Madagascar, la peste sévit depuis 1898 et chaque année, des cas sont déclarés à l'OMS, surtout en milieu rural. Une recrudescence est observée depuis 1989. Entre 1995 et 2000, le nombre moyen des cas déclarés par an a significativement doublé par rapport aux 6 années précédentes. Cette augmentation peut s'expliquer par la re-dynamisation du programme de lutte contre la peste, à partir de 1994 [Ratsitorahina M, 2002].

La peste est endémique dans les Hautes Terres Centrales, au-dessus de 800 m d'altitude à l'exception de la ville de Mahajanga. La peste urbaine concerne surtout la ville d'Antananarivo, principalement dans les quartiers les plus défavorisés et inondables, et la ville de Mahajanga où la peste a réémergé sous forme d'une épidémie sévère en juillet 1991, et s'y est installée pendant 9 ans (aucun cas confirmé ou probable notifié dans la ville de Mahajanga depuis l'an 2000) [Ratsitorahina, 2002].

313 cas ont été déclarés en 2010 [WHO, 2012a] alors que le nombre moyen de cas déclaré était de 214 par an entre 1980 et 1988, de 745 par an entre 1989 et 1994 et de 1623 entre 1995 et 2000 [Ratsitorahina, 2002]. Le taux de létalité est estimé à 11% en 2007 alors qu'il était de 40% au début des années 1980. Malgré l'importance reconnue du problème en terme de santé publique et les efforts de lutte menés depuis 1998, le Programme National peste, mis en place dans 67 districts sanitaires parmi les 88 SSD cibles, est lourdement handicapé par le peu de mobilité du personnel formé, le non transfert des compétences au sein de chaque SSD et une insuffisance d'appuis financiers pour atteindre les objectifs fixés [Ministère de la Santé et du Planning Familial, 2007].

	2010 Annuelle
Cas déclarés	324
Cas confirmés	116
Taux de positivité	36%
Peste Bubonique	281
Peste Pulmonaire	35
Décès suspects	30
Taux de létalité global	9,26
DRSP déclarants	9
SDSP déclarants	26
CSB déclarants	81
Communes atteintes	87
Fokontany touchés	156



Déclaration de cas de peste pour l'année 2010 à Madagascar.

2.1.6.4/ Autres.

La rage à fait l'objet de 66 notifications sur le pays en 2010 soit 27% de l'ensemble des notification pour l'année. Les infections respiratoires et les diarrhées représentent respectivement 10 et 18% des causes de mortalité avant 5 ans [WHO, 2012].

2.1.7/ Maladies non transmissibles.

2.1.7.1/ L'épilepsie.

Les études épidémiologiques menée en population générale et s'intéressant à l'épilepsie à Madagascar sont peu nombreuses. Une enquête réalisée en 2005 dans la région du grand Antananarivo retrouvait un taux de prévalence de 27 pour 1000 dont 76% de crises généralisées. Concernant les épilepsies d'allure partielle, la neurocysticercose était incriminée dans une large majorité de cas [Andriantseneho, 2004]. Une autre étude plus récente, multicentrique, réalisée dans différents pays d'Afrique subsaharienne, notait que les épilepsies symptomatiques représentaient à Madagascar 61% des épilepsies [Tchaleu Nguenkam, 2011]. Une autre étude récente retrouve un taux de patients épileptiques non traités (« treatment gap ») de 92% [Rarsimbazafy, 2011]. Malgré le peu d'étude disponible sur le sujet, à travers ces quelques chiffres, il apparait clairement que l'épilepsie notamment symptomatique constitue un enjeu de santé publique à Madagascar. Le phénobarbital reste la molécule de choix, du fait de son faible coût et de son large spectre d'activité anti-épileptique. Il figure sur la liste des médicaments essentiels des centres de santé de base. Evidemment, le diagnostic à ce niveau reste clinique et syndromique, l'accessibilité à l'électroencéphalographie de même qu'à l'imagerie cérébrale étant le plus souvent inenvisageable. Une autre problématique également rencontrée est celle du surdiagnostic concernant des patients jeunes, traité depuis l'enfance, supportant les effets secondaires invalidants de cette molécule au long terme.

2.1.7.2/ La pathologie cardio-vasculaires.

Une enquête réalisée en 2005 à Madagascar sur la prévalence des facteurs de risques liés aux maladies non transmissibles chroniques retrouve en population générale : 24,53% d'intoxication alcoolique chronique (consommation d'au moins 5 verres d'alcool dans la semaine précédant l'intervention), 17,57% d'hypertendu, 17,45% de fumeurs, 2,42% d'obèses et 1,89% de sédentarité [Ministère de la Santé et du Planning Familial, 2005]. Ces maladies chroniques comprennent les maladies cardio-vasculaires (dont en premier lieu les accidents vasculaires cérébraux), les cancers, les

maladies respiratoires chroniques et le diabète. La prévalence de certains de ces facteurs laisse présager la part croissante que jouera dans les années à venir le poids des maladies chroniques non transmissibles.

Metabolic risk factors			
<i>2008 estimated prevalence (%)</i>	<i>males</i>	<i>females</i>	<i>total</i>
Raised blood pressure	43.2	40.4	41.8
Raised blood glucose
Overweight	12.0	8.6	10.3
Obesity	1.7	1.5	1.6
Raised cholesterol

Estimation du taux de prévalence des facteurs de risques cardio-vasculaire à Madagascar [WHO, 2012].

2.1.7.3/ La pathologie nutritionnelle.

Le taux affiché d'enfant de moins de 4 ans malnutri en 2010 était de 13,1% ce qui est relativement faible par rapport aux autres pays africains, dont la prévalence de malnutrition est de 36% chez les enfants de moins de cinq ans [Ministère de la Santé Publique, 2010]. Cependant, la promotion ces dernières années, de l'allaitement maternelle exclusif, de la supplémentation vitaminique et en micronutriments et le renforcement des interventions de prévention en milieu communautaire ne semble pas avoir impacter de manière significative ce taux de prévalence malgré tout élevé. L'état nutritionnel semble être le fruit de facteurs multi-sectoriels (tels que le niveau de pauvreté, l'éducation, etc) dont il est difficile de tenir compte dans leur globalité.

2.2/ Justification des choix d'intervention.

Le choix établi d'axer notre projet sur la formation médicale continue en dermatologie et en neurologie, à destination des médecins généralistes en zone rurale sera justifié à la lumière des données de contexte précisées plus haut.

2.2.1/ Pourquoi en zone rurale ?

2.2.1.1/ Un constat : l'inégalité d'accès aux soins.

Nous l'avons vu, 70% de la population malgache vit en zone rurale [WHO, 2012] alors que 72% des médecins travaillent en ville [Ministère de la Santé et du Planning Familial, 2007]. Seul 65% de la population vit à moins de 5 km d'une quelconque structure sanitaire. Ces chiffres renseignent sur l'évidente inégalité d'accès aux soins liée à la faible densité médicale dans les zones rurales alors que la majorité de la population s'y concentre. Ces zones enclavées posent un problème d'accessibilité du fait de leur éloignement géographique mais parfois également en raison de l'absence de voie d'acheminement facilement praticable ou encore d'obstacles naturels tel que les fleuves et ce notamment en saison des pluies.

Le nombre de médecins spécialisés sur le territoire malgache est encore très insuffisant malgré la volonté de formation. Certaines spécialités comme la Neurologie ou la Dermatologie comptent moins de dix spécialistes pour l'ensemble du pays. Ces derniers sont concentrés dans les grandes villes et autour d'infrastructures sanitaires hospitalières modernes. La faible attractivité des zones rurales s'explique, d'après les médecins concernés, par une trop importante charge de travail, l'absence de contact avec d'autres collègues ou de soutien par des pairs plus expérimentés ou encore par le manque d'infrastructures [Barnighausen, 2009].

L'impossibilité pour les habitants de zones rurales, de pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécialisée participe également à cette inégalité d'accès aux soins entre ville et campagne. On comprend toute la difficulté d'accès à une consultation spécialisée ainsi que celle pour les spécialistes malgaches, étant donné leur nombre restreint, d'assurer une formation continue destinée aux médecins généralistes, notamment en zone rurale.

2.2.1.2/ La pratique médicale en brousse : une autonomie forcée.

L'isolement géographique du CSB2 rend difficile l'accessibilité aux centres de références, aux examens complémentaires, aux avis spécialisés. Les distances à parcourir sont pour les patients synonymes d'importants surcoûts (perte de temps de travail, coût des transports et de l'hébergement). Peu de patients sont en mesure d'assurer ces dépenses. Le médecin doit donc le plus souvent assurer seul la prise en charge diagnostique et thérapeutique.

Un médecin est affecté dans chaque CSB2. En cas d'absence, l'équipe paramédicale (infirmier, aide sanitaire ou agent communautaire) est seule susceptible de le remplacer. Les absences et les déplacements sont, dans ces conditions, limités aux strictes nécessités. Les formations médicales continues dispensées dans les grandes villes, le plus souvent à plusieurs jours de trajet sont donc difficilement accessibles.

En zone rurale, l'accès à la documentation médicale est très limité. Contrairement aux médecins exerçant en ville, ceux de brousse ne disposent ni d'une connexion internet (absence d'électricité, impossibilité d'accès à internet) ni de revues médicales ou d'accès à des centres de documentation. Leur isolement géographique ne leur offre pas d'avantage la possibilité d'échanger leurs expériences professionnelles avec d'autres confrères.

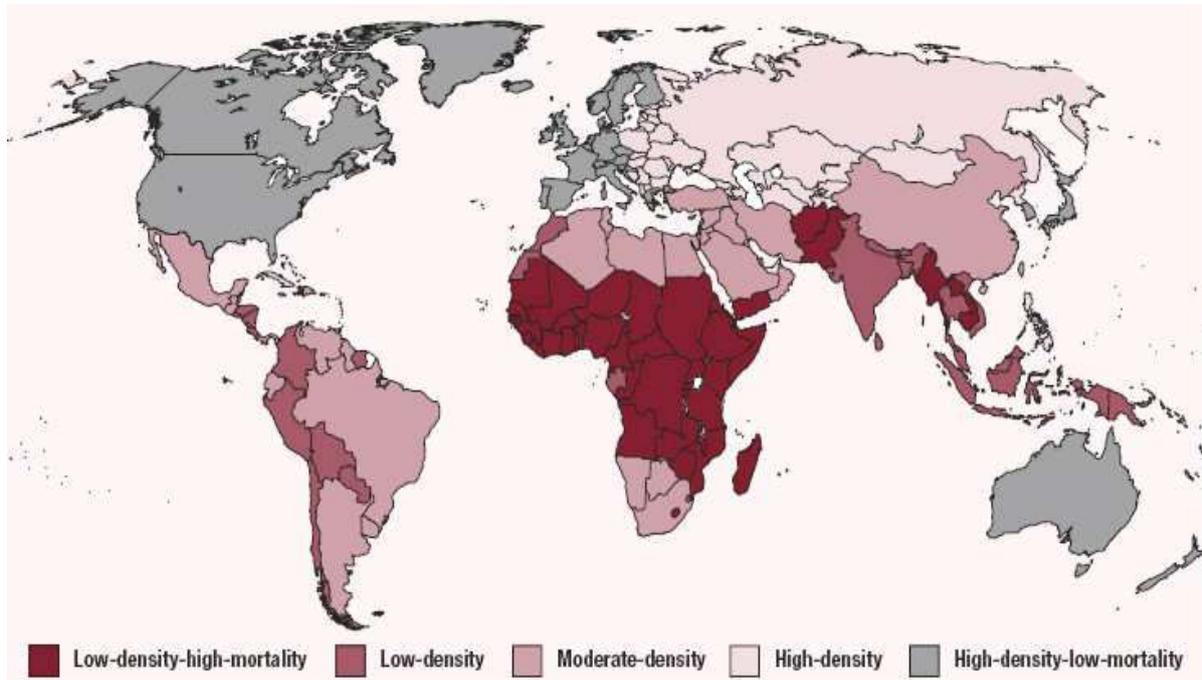
2.2.2.3/ Conclusion.

Ces différentes observations rendent compte des difficultés rencontrées en milieu rural à la fois par les patients lorsqu'ils souhaitent accéder au système de soins, mais aussi par les médecins dans l'exercice de leur métier. En ciblant le milieu rural, notre projet répond donc à un souci d'équité de l'offre de soins en appui au système de santé de district et ce dans la ligne directe des objectifs d'Alma-Ata. Notre appui sera ciblé sur une formation médicale continue intégrée proposée au plus près des médecins généralistes des zones rurales les plus enclavées.

2.2.3/ Pourquoi proposer de la formation médicale continue ?

2.2.3.1/ La crise multifactorielle des ressources humaines en santé.

Cinquante-sept pays, dont 36 en Afrique subsaharienne et 6 en Asie du Sud Est, connaîtraient une pénurie aiguë de personnels de santé avec un déficit cumulé de 4,3 millions de personnels. A cette carence s'ajoute les inégalités criantes : l'Afrique ne compte que 3% des agents de santé de la planète alors qu'elle concentre 11% de la population mondiale et supporte 24% de la charge de morbidité mondiale [WHO, 2006b]. La crise des ressources humaines dans le secteur de la santé dans les pays en développement et notamment en Afrique subsaharienne est une problématique de plus en plus prégnante. Elle est inscrite à l'ordre du jour des instances internationales depuis déjà quelques années et mise en avant comme l'obstacle principal à lever pour améliorer la situation sanitaire des pays en développement (Rapport sur la santé dans le monde 2006 de l'OMS [WHO, 2006b]). Cette situation constitue aujourd'hui une priorité dans l'agenda politique de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Les causes de cette crise sont multiples. L'inadéquation entre l'offre et la demande de soins, fruit du sous-effectif de personnel soignant et de leur mauvaise répartition, l'exode des soignants à l'étranger (« fuite des cerveaux » des régions à faibles revenus vers des régions à hauts revenus : du public vers le privé, des zones rurales vers les zones urbaines, des sous-régions pauvres vers les moins pauvres, du Sud vers le Nord), du fait de postes proposés dont le cadre de travail reste peu attractif (structure, matériel déficient, absence de plan de carrière) mais aussi les déficiences de paiement des traitements comme des salaires, expliquent pour une large part l'attrition des ressources humaines dans ces pays.



Estimation de la densité de personnel de santé dans le monde [WHO, 2004d].

Pourtant les ressources humaines constituent l'élément central de l'organisation du système de santé. Elles assurent l'articulation et la cohérence au sein du système entre infrastructures, technologies, connaissances et financements.

La réponse à cette problématique passe par toute une série de réformes en cours parmi lesquelles le renforcement de la formation en santé occupe une place centrale [GHWA, 2007]. Aux côtés de la création d'un observatoire des ressources humaines en santé afin d'évaluer la demande, la volonté de formation répond dans le cadre de la formation initiale à une première stratégie consistant à augmenter le nombre absolu de personnel de santé. Elle répond dans le cadre de la formation continue à une seconde stratégie qui consiste à se focaliser sur l'optimisation du personnel déjà existant sur place en renforçant leurs compétences. Le paradigme selon lequel l'amélioration des connaissances théoriques implique nécessairement une amélioration des performances est jugé dépassé et d'autres facteurs ont été reconnus comme pouvant influencer le niveau de performance des travailleurs. La simple diffusion de recommandations est aujourd'hui jugée inefficace pour changer les pratiques [Rowe, 2005]. Cet état de fait est parfois qualifié de « know-do gap », c'est-à-dire de décalage entre les connaissances et leurs mises en pratique. Qui plus est, au-delà des connaissances et capacités, la motivation des personnels de santé est de plus en plus reconnue comme un déterminant essentiel de la performance du secteur de santé dans son ensemble. C'est dans ce contexte de réflexion que notre choix s'est porté sur la formation médicale continue comme outil pertinent de soutien et de renforcement des ressources humaines du système de santé de district.

2.2.2.2/ Quelle stratégie pédagogique ?

Le behaviorisme, le cognitivisme et le constructivisme sont les grands paradigmes qui ont marqué le monde de l'éducation depuis le milieu du vingtième siècle. Le behaviorisme, courant de pensée des années 50, schématisé très simplement par Pavlov dans sa théorie du conditionnement, stipule que l'apprentissage est une réaction à des stimuli externes. L'apprenant, passif, acquiert un comportement par conditionnement et par répétition. C'est dans ce cadre de pensée que s'inscrit la pédagogie par objectifs (programmes de formation, etc.). Les années 80 laissent la place à la pensée cognitiviste qui va s'intéresser à l'individu apprenant et à sa façon d'apprendre. L'apprentissage est vu comme une modification active des représentations mentales. La pédagogie d'apprentissage tient compte des différences individuelles et favorise le développement d'environnement d'apprentissages adaptatifs (résolution de problèmes, etc.). Enfin, les années 90 voient émerger le mouvement constructiviste initié notamment par le psychologue Piaget. L'apprentissage est vu comme un processus actif de construction des connaissances chez un individu en interaction avec son environnement. Il favorise des stratégies d'apprentissage contextualisées.

Les limites de l'approche behavioriste sont, à travers l'approche par objectifs, le risque de voir proliférer à outrance ces derniers et d'aboutir à un morcellement de la connaissance (apprentissage linéaire, découpage en discipline et en matières, etc.). L'accumulation des connaissances visée par cette approche n'est, de plus, pas synonyme de savoir-faire. En réponse à ces obstacles inhérents aux stratégies par objectifs omniprésentes aujourd'hui, la réflexion et les recherches actuelles s'orientent vers une approche plus systémique des stratégies d'apprentissage intégrant une méthodologie plus souple et utilisant des stratégies d'apprentissage plus contextualisées.

Notre approche pédagogique répond à une volonté de stratégies constructivistes et plurielles. Sur le terrain, en consultation en groupe, elle est pleinement contextualisée et en salle d'enseignement, elle axe son approche sur la résolution de problèmes à travers l'étude de cas cliniques.

2.2.2.3/ Conclusion.

La formation médicale continue apparaît être un outil de choix pour renforcer les ressources humaines dans le domaine de la santé. La crise actuelle dans le domaine en fait un levier prometteur dans la stratégie d'amélioration du système de santé dans les pays en développement. La formation médicale continue cible le renforcement des compétences du personnel existant et s'inscrit donc sur le court-terme tout en favorisant le transfert de savoir-faire au profit de la substitution des compétences. Les stratégies pédagogiques choisies seront celles d'une approche constructiviste, contextualisée et basé sur la résolution de problèmes (cas cliniques).

2.2.3/ Pourquoi une formation en neurologie et en dermatologie ?

C'est avant tout nos compétences personnelles qui justifient notre choix de cibler la formation sur la dermatologie et la neurologie. Ces deux disciplines sont les spécialisations choisies de nos cursus universitaires respectifs et c'est dans ces disciplines uniquement que nous estimons avoir des compétences suffisantes et nécessaires à la réalisation de formation médicale à destinations des médecins généralistes en brousse.

La dermatologie a représenté 18.5% des motifs de consultations dans notre expérience au CSB 2 de Madirovalo. La pathologie neurologique a représenté 10.7% des motifs de consultations.

La pathologie neurologique représente 4,5% de la charge de morbidité globale dans les pays à faible revenu (n'étant même que de 2,86% en Afrique). Il est vrai que cette charge de morbidité est plus de deux fois supérieure dans les pays à haut revenu tel que les pays européens (10,9%) [WHO, 2006a]. Cependant sous ces chiffres et ces indicateurs de santé globaux, se cachent d'autres données. Notons que concernant la pathologie transmissible, les maladies cibles des programmes verticaux (telles que le paludisme), les maladies visées par le programme élargie de vaccination (poliomyélite, tétanos, diphtérie, etc.), ou encore les maladies tropicales négligées (lèpre, cysticercose, etc.) sont pour la plupart des pathologies à expression neurologique (manifestation neurologiques de la lèpre, paludisme cérébral, neurocysticercose, etc.). Pour certaines même, il s'agit d'authentique maladie neurologique : tétanos, poliomyélite, etc. Enfin, concernant la pathologie non transmissible, il s'agit de considérer le poids grandissant des pathologies cardiovasculaires et notamment des accidents vasculaires cérébraux, de considérer le problème de santé publique que constitue l'épilepsie en zone tropicale notamment en milieu rural, et de considérer la fréquence des complications neurologiques de la pathologie carentielle. Enfin, à l'échelle des soins de santé primaires, les céphalées sont des motifs de consultation fréquents dont la prise en charge syndromique doit-être maîtrisée.

Ainsi, il apparaît que la dermatologie et la neurologie sont deux disciplines médicales dont les domaines de spécialisation sont (et pour des raisons différentes) étroitement liés aux problématiques sanitaires priorisées dans l'approche de soins de santé primaires. Le projet vise ainsi une formation médicale continue :

- intégrée aux différents programmes de lutte verticaux existants concernant notamment le paludisme, le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles (IST), et les maladies cibles du programme élargi de vaccination (PEV).

- intégrée à la lutte contre les maladies tropicales négligées (lèpre, filariose lymphatique, schistosomiasis, cysticercose, peste) dont la lèpre sera une cible toute particulière en tant que pathologie d'expression « neuro-dermatologique ».

- intégrée aux soins de santé primaires en axant également la formation sur les motifs de consultation fréquents et/ou graves et en insistant sur l'approche diagnostic et thérapeutique syndromique.

2.2.4/ Pourquoi la région de Boeny ?

Plusieurs raisons évidentes ont guidé notre choix vers la région de Boeny. La première est directement liée à la question de faisabilité du projet. En effet la réalisation de formation continue au contact des médecins généralistes exerçant en milieu rural impose, au regard du nombre de médecins et de CSB par district, un nombre d'interventions relativement conséquent. Ainsi restreindre le projet à une zone géographique s'est vite imposé à nous. Notre mission exploratoire s'était déroulée dans la région de Boeny. C'est dans cette région que nous avons pu discuter et échanger avec différents intervenants du système de santé sur place. Le Professeur Andrianlalasonamahafaly, responsable régional dans la région de Boeny du Plan National Lèpre et Tuberculose, nous a éclairés sur l'organisation du système de santé de district et plus précisément sur la prise en charge de la lèpre dans sa région. Lors de notre rencontre, il nous a fait part des difficultés diagnostiques qu'éprouvent les agents de santé de sa région, mais aussi de sa conviction dans ce contexte de la pertinence d'un programme de formation. Il est aujourd'hui acteur de notre projet et notre correspondant principal sur place. Enfin, le taux de consultations (entre 0,4 et 0,7 consultation par personne et par an [Ministère de la Santé Publique, 2010]) dans les CSB de cette région relativement élevé par rapport aux autres régions de Madagascar a conforté notre choix.

2.2.5/ Pourquoi une formation à destination des médecins ?

L'inscription du projet sur une durée limitée et le nombre important de CSB ne nous permettent pas, pour des questions de faisabilité, de former le personnel médical et paramédical. Pour ces mêmes raisons, le temps dédié à chaque personnel formé ne peut être que d'une seule journée. Dans ces conditions, nous adresser aux médecins nous a semblé plus pertinent. En effet, l'objet de notre venue ne s'inscrit pas dans le cadre d'une formation initiale en dermatologie et en neurologie (qui nécessiterait davantage de temps pour être effective), mais plutôt dans celui d'une formation médicale continue fondée sur la réactivation et l'affinement des connaissances. Une autre justification de notre choix repose sur le nombre total de CSB 2 à Madagascar, de deux fois supérieur au nombre total de CSB 1 (2 182 contre 1 037). Dans la région de Boeny ce nombre est de 73 pour les CSB 2 et de seulement 38 pour les CSB 1. Ainsi, il nous paraît plus efficient d'envisager une formation destinée au personnel médical dans un premier temps. Nous mesurons pour autant l'enjeu existant autour de la formation du personnel paramédical parfois bien plus isolé dans des centres de santé de base de niveau 1 que ne le sont les médecins des CSB 2. Cette dernière pourrait faire l'objet d'un projet futur.

2.3/ Population ciblée par l'intervention.

La région de Boeny se situe au nord-ouest de l'île de Madagascar. Pour une superficie de 29 826 km², la région compte 963 654 habitants, soit une densité de 32 habitants / km². L'organisation sanitaire partage la région en 6 districts sanitaires couvrant 42 communes et 504 « fokontany ».



Les six districts sanitaires se répartissent ainsi :

District	Superficie (km ²)	Population (nombre d'habitants)	Pourcentage de la population totale	Densité de population (habitants/km ²)
Mahajunga 1	57	225368	26,00%	3928
Mahajunga 2	4721	91989	9,00%	19
Marovoay	5629	236894	24,50%	42
Ambatoboeny	8028	243127	25,10%	30
Mitsinjo	4601	82252	10,20%	18
Soalala	6790	84124	5,20%	12
Total	29826	963654	100,00%	32

Sur cette région et pour chacun des districts, chaque commune possède au moins une formation sanitaire publique. Sur les 111 CSB de la région, 10 nécessitent d'être réhabilités, 7 CSB 2 sont privés de médecin, 2 sont privés de personnel paramédical et 9 CSB sont tenus par un aide sanitaire. Le district sanitaire Mahajanga 1 délimite la seule ville de Mahajanga, chef-lieu de région, qui concentre 26% de la population de la région avec une densité de population de 3 928 habitants au km².

La population ciblée par l'intervention concerne les cinq autres districts sanitaires situés en zone rurale. La population générale de la zone d'intervention ainsi définie s'élève à 738 286 habitants soit 74% de la population totale de la région. Ces cinq districts concentrent au total 95 formations sanitaires dont 2 CHD 2, 3 CHD 1, 48 CSB 2 et 40 CSB 1.

	Structures sanitaires				Site de l'intervention	Accessibilité du site	
	CSB 1	CSB 2	CHD1	CHD2		Route	En mois par an
Mahajunga 2	8	10	0	0	?	secondaire	?
Marovoay	5	13	0	1	Marovoay ville	goudronnée	12
Ambatoboeny	8	15	1	0	Ambatoboeny	secondaire	12
Mitsinjo	7	8	1	1	Mitsinjo	carrossable	6
Soalala	12	4	1	0	Soalala	secondaire	6

Les bénéficiaires directs de la zone d'intervention sont les médecins généralistes des 48 CSB 2 et des CHD 1 et 2 des cinq districts sanitaires. Leur nombre est estimé à 55 médecins toutes formations sanitaires confondues. Les bénéficiaires indirects concernent évidemment la population ayant accès aux différents centres de santé des cinq districts sanitaires concernés par la zone d'intervention.

3/ Programmation du projet : cadre logique.

3.1/ Définition des objectifs et résultats.

Objectif général : Renforcer les ressources humaines du système de santé de district en milieu rural dans la région de Boeny et pallier aux inégalités d'accès à la formation médicale continue pour les médecins généralistes.

Objectifs spécifiques : A travers la formation médicale continue des médecins généralistes en milieu rural :

-1/ renforcer les programmes de lutte verticaux :

-le programme national de lutte contre le paludisme : amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des manifestations neurologiques du paludisme.

-le programme national de lutte contre le VIH/SIDA-IST : amélioration de la prise en charge diagnostique et thérapeutique du VIH/SIDA, des IST, et de leurs manifestations dermatologiques et neurologiques.

-le programme national de lutte contre la lèpre et la tuberculose : amélioration de la prise en charge diagnostique de la lèpre avec comme objectifs :

- l'acquisition de compétences ciblée sur la prise en charge diagnostique :

-diminution des erreurs diagnostiques

-précocité du diagnostic et prévention de l'apparition des complications sources d'incapacité.

- l'acquisition de connaissances autour des principaux diagnostics différentiels de la lèpre et de leur traitement :

-diminution des surcoûts liés à une prise en charge thérapeutique inadaptée

-favoriser la fréquentation des CSB en améliorant la prise en charge lors des consultations

-renforcement du système de référence.

-Amélioration des connaissances autour des complications neuro-dermatologiques et prévention des incapacités et du handicap.

- le programme élargi de vaccination : améliorer la prise en charge diagnostique et optimiser la notification des cas de maladies ciblées par le PEV (maladies éruptives de l'enfant dont la rougeole, poliomyélite etc.)Améliorer leur prise en charge thérapeutique.

-2/ renforcer la prise en charge des maladies tropicales négligées :

-filariose lymphatique.

-lèpre.

-cysticercose.

-peste

-schistosomiase

-3/ renforcer le système de soins de santé primaires :

-améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des problématiques syndromiques neurologiques et dermatologiques les plus fréquemment rencontrées en consultation (cf. étude préliminaire).

-4/ renforcer le système de santé de district :

-réactiver des connaissances, renforcer des compétences dans la pratique médicale autour de problématiques de santé prioritaires.

-renforcer le système de référence, pierre angulaire de l'organisation pyramidale du système de santé de district.

-renforcer les motivations professionnelles autour de l'apprentissage et de l'échange entre médecins.

Résultats :

-Formation de l'ensemble des médecins généralistes exerçant en zone rurale dans la région de Boeny autour des problématiques de santé sus-citées.

-Renforcement des compétences diagnostiques et thérapeutiques autour des problématiques de santé sus-citées, jugées prioritaires en raison de leur fréquence et/ou de leur gravité.

- Augmentation de l'adhésion des patients au système de santé de district. Augmentation de la fréquentation des centres de santé de base et des centres hospitaliers de district.

3.2/ Définition des indicateurs et des sources de vérification.

3.2.1/ Sources externes de vérification.

Les rapports mensuels d'activité des CSB et CHD de la zone d'intervention permettront de suivre l'activité de consultation de ces centres de santé. Les indicateurs en lien avec le projet les plus pertinents à surveiller seront le nombre de nouveaux cas des maladies ciblées par la formation, le nombre de ces cas ayant fait l'objet d'une consultation de recours, le nombre de perdus de vue et le taux de fréquentation des centres de santé.

3.2.2/ Sources internes de vérification.

Un questionnaire sera proposé au cours de la formation à chaque participant afin d'évaluer la pertinence de nos hypothèses sur la population médicale ciblée par l'intervention. Sera demandé :

- le nombre d'invitations à des formations médicales continues reçues sur l'année précédente.
- le nombre de participations à des formations médicales continues l'année passée.
- de préciser les facteurs identifiés par les participants comme limitant le plus l'accès à une formation médicale continue (temps, coût, intérêt, etc.).

Un test d'évaluation des connaissances, anonyme et de passation rapide, sera proposé en début et en fin de formation afin d'évaluer l'apport de la formation en terme de réactivation et d'acquisition de nouvelles connaissances.

Un questionnaire de satisfaction sera également proposé en fin de formation afin d'évaluer la pertinence des différents supports pédagogiques utilisés, la qualité pédagogique des formateurs, la pertinence des thèmes abordés, et les éventuelles limites liées à l'utilisation de la langue française. Le questionnaire laissera la place à des commentaires libres.

3.3/ Définition des activités.

3.3.1/ Les activités projet.

Les activités directement liées au projet comprennent :

- une formation pratique « sur le tas » autour de consultations au centre de santé en compagnonnage avec les médecins généralistes participant à la formation. Ces consultations seront dans la mesure du possible axées sur des problématiques neurologiques et dermatologiques. Les patients concernés devront ainsi être adressés au préalable par les médecins participants.
- une formation théorique en salle axée sur les maladies cibles sus-citées, et sur l'approche syndromique autour des motifs de consultation neurologique et dermatologique les plus fréquents. L'enseignement se déroulera sous forme magistrale mais surtout autour de cas cliniques didactiques et en interaction avec les participants.
- une revue des cas intéressants vus au cours de la journée sera proposée en fin de séance afin d'ancrer l'enseignement théorique sur la pratique médicale quotidienne de consultation.

Cette session sera également l'occasion de discuter de dossiers de patients relevant de la dermatologie ou de la neurologie apportés par les médecins participants auxquels aura été proposé au préalable de présenter des dossiers « difficiles » enrichis si possible de photographies et/ou de vidéos.

-un document récapitulatif, traitant des principales problématiques neuro-dermatologiques en terme de gravité et/ou de fréquence, sera donné aux participants.

3.3.2/ Les activités supports.

Les activités d'organisation, de coordination, de planification et de gestion du projet comprennent :

En amont :

-l'invitation des médecins ciblés par l'intervention sur le site de la formation sur deux dates (deux groupes).

-La réservation d'une salle nécessaire à l'accueil et à la dispensation de l'enseignement théorique.

-l'information des médecins ciblés par l'intervention de la possibilité de proposer à leurs patients relevant de problématiques neurologiques et dermatologiques difficiles d'être adressés à la consultation en compagnonnage au cours de la formation. Il sera également proposé d'apporter des dossiers de patients avec photo et/ou vidéo à l'appui.

Sur place :

-l'organisation des transports internationaux, nationaux et régionaux pour l'équipe formatrice.

-l'apport de matériel à visée pédagogique dont un ordinateur, un vidéoprojecteur, un appareil photo numérique, une caméra vidéo numérique ainsi que les tests, questionnaires et les documents de synthèse en quantité suffisante.

3.4/ Hypothèses et conditions préalables.

Nous avons identifié pour chacun des objectifs et activités du projet les facteurs externes pouvant influencer de manière positive ou négative la réalisation de l'intervention.

Concernant les objectifs de l'intervention, ont été identifiés comme positifs les facteurs suivants :

-La demande de formation continue auprès des médecins généralistes est venue en premier lieu des bénéficiaires du projet eux-mêmes. Que la demande émane avant tout des bénéficiaires nous paraît être un facteur clé de la réussite du projet.

-La formation proposée s'adresse à des médecins généralistes dont la culture médicale occidentale assure un langage commun entre formateurs et participants.

-Au-delà d'une culture médicale commune, la rencontre entre médecins formateurs et médecins participants issues de cultures différentes laisse la place à un échange interculturel potentiellement enrichissant sur le plan médical et pour la prise en charge future des patients.

-La création d'un groupe de médecins participant à la formation sera l'occasion de permettre un échange entre praticiens locaux, la création de liens et d'un dynamisme de groupe.

-Le projet d'enseignement se fera en amont sous l'égide et en collaboration avec les référents nationaux des deux disciplines concernées à savoir : le Professeur Rapelanora en Dermatologie, Chef du service de Dermatologie au CHU de Tananarive et le Professeur Tehindrazanarivelo, Chef du service de Neurologie au CHU de Tananarive. Egalement le Professeur Andrianlalasonamahafaly, Médecin en santé Publique à Mahajanga. Cette collaboration nous paraît être le garant d'une cohésion entre acteurs locaux et référents nationaux autour de la problématique de formation médicale continue.

Concernant les objectifs de l'intervention, ont été identifiés comme négatifs les facteurs suivants :

-L'utilisation du français pour l'enseignement comme en consultation est jugée comme un obstacle à la transmission de connaissances et à la qualité de la formation dispensée. La maîtrise du français par les médecins est le plus souvent tout à fait suffisante, cependant il nous paraît clair que le français n'étant ni la langue maternelle ni la langue la plus pratiquée, cette dernière ne reste pas le moyen de communication privilégié pour la formation.

-Les différentes origines culturelles des formateurs et des participants, si elles sont sources nous l'avons vu, de potentielles richesses, peuvent faire également le lit d'incompréhensions de la part des différents acteurs, souvent lié à la méconnaissance de facteurs culturels limitant.

Concernant les activités du projet, ont été identifiés comme positifs les facteurs suivants :

-La mise en œuvre du projet en soutien à la politique de santé du pays autour de programmes verticaux et horizontaux définis par le Ministère de la santé et du planning familial.

-L'intégration du projet aux problématiques de santé prioritaires définies par les instances internationales.

Concernant les activités du projet, ont été identifiés comme négatifs les facteurs suivants :

-La fiabilité des moyens de transports (4x4, taxi-brousse, bus), des voies d'acheminement (pistes, bacs) sur les sites de la zone d'intervention, les conditions climatiques (saison des pluies) sont autant d'obstacles identifiés pouvant compliquer la réunion sur le site des formateurs, des médecins participants et des patients.

-Le coût des transports peut être un obstacle à la venue des médecins et des patients sur le site. Une indemnisation devra être prévue.

-La disponibilité des médecins visés par la zone d'intervention et leurs difficultés à s'absenter de leur lieu de travail est potentiellement un obstacle. Une invitation à la formation devra être envoyée suffisamment tôt pour prévenir les éventuelles difficultés d'organisation. De même la perte de temps de travail et donc de revenus pour les médecins mais également pour les patients invités à se rendre à la consultation devra être évaluée et indemnisée.

-Les difficultés de communication (téléphone portable, messagerie internet) peuvent également être un obstacle à l'organisation de la réunion sur site de tous les acteurs et participants à la formation.

4/ Chronogramme.

Le calendrier d'organisation des activités ci-dessous permet de donner un aperçu synthétique de l'intervention.

La zone d'intervention ciblée comprend cinq des six districts sanitaires de la région de Boeny. La formation médicale sera proposée pour chaque district sanitaire sur deux dates consécutives à l'exception du district de Soalala pour lequel sera proposée une seule date du fait de son faible effectif de médecins (4 CSB 2 et 1 CHD2). Le projet se déroulera donc sur une première intervention de 15 jours puis une seconde de 10 jours. La première intervention ciblera les districts d'Ambatoboeny, de Marovoay et de Mahajunga 2, la deuxième les districts de Mitsijo et de Soalala. Les sites d'intervention seront les chefs-lieux de district et la formation sera dispensée au niveau du CHD de la commune.

L'organisation en amont du projet se fera à l'aide de notre correspondant sur place, le professeur Andrianlalasonamahafaly. Les activités d'amont seront principalement la gestion des invitations des médecins concernés, leur information sur les modalités de la formation et la pré-organisation sur le CHD local des deux journées de formation (réservation d'une salle d'enseignement et mise à disposition de deux salles de consultation).). Pour chacune des interventions sur un CHD, l'ensemble des médecins dépendant de ce CHD seront au préalable répartis en deux groupes (sauf dans la région de Soalala où ne sera réalisée qu'une seule journée de formation). Chaque groupe bénéficiera d'une journée de formation.

Jours	J1		J2		J3		J4		J5		J6		J7			
	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI		
TRANSPORTS	X	X	X	X	X	X					X	X				
CONSULTATION 1							G1a	G1b		G2a	G2b			G3a	G3b	
CONSULTATION 2							A G1	G1b	G1a	A G2	G2b	G2a		A G3	G3b	G3a
ENSEIGNEMENT								G1a+G1b			G2a+G2b				G3a+G3b	
LOCALISATION	Paris		Antananarivo	Antananarivo	Mahajunga	CHD1	CHD1	CHD1	CHD1	CHD1	CHD1	CHD2	CHD2	CHD2	CHD2	

Jours	J8		J9		J10		J11		J12		J13		J14		
	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI									
TRANSPORTS			X	X					X	X	X	X	X	X	
CONSULTATION 1	G4a	G4b			G5a	G5b	G6a	G6b							
CONSULTATION 2	A G4	G4b	G4a		A G5	G5b	G5a	A G6	G6b	G6a					
ENSEIGNEMENT		G4a+G4b				G5a+G5b		G6a+G6b							
LOCALISATION	CHD2	CHD2	CHD2	CHD3	CHD3	CHD3	CHD3	CHD3	CHD3	CHD3	Mahajunga	Mahajunga	Antananarivo	Antananarivo	Paris

Chronogramme de la première intervention de formation médicale continue sur la région de Boeny.

Jours	J1		J2		J3		J4		J5		J6		J7			
	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI		
TRANSPORTS	X	X	X	X	X	X					X	X				
CONSULTATION 1							G7a	G7b	G8a	G8b			G9a	G9b		
CONSULTATION 2							A G7	G7b	G7a	A G8	G8b	G8a		A G9	G9b	G9a
ENSEIGNEMENT							G7a+G7b			G8a+G8b				G9a+G9b		
LOCALISATION	Paris		Antananarivo	Antananarivo	Mahajunga	CHD4	CHD4	CHD4	CHD4	CHD4	CHD4	CHD5	CHD5	CHD5		

Jours	J8		J9		J10	
	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI	MATIN	APRES MIDI
TRANSPORTS	X	X	X	X	X	X
CONSULTATION 1						
CONSULTATION 2						
ENSEIGNEMENT						
LOCALISATION	CHD5	Mahajunga	Mahajunga	Antananarivo	Antananarivo	Paris

Chronogramme de la 2^{ème} intervention de formation médicale continue sur la région de Boeny.

Légende des chronogrammes :

CHD : Centre Hospitalier de District

CHD1 : Mahajunga II

CHD2 : Marovoy

CHD3 : Ambato Boeny

CHD4 : Mitsinjo

CHD5 : Soalala

A : Accueil et répartition des médecins en 2 groupes a et b

G : Groupe qui caractérise l'ensemble des médecins conviés sur la journée

CS NEURO : consultation de neurologie

CS DERMATO : consultation de dermatologie

5/ Budget.

5.1/ Ressources humaines.

- 2 formateurs médecins spécialistes en neurologie et en dermatologie : bénévolat.
- 1 partenaire local : le Professeur Andrianlalasonamahafaly.
- Indemnisation des médecins participants (transport+temps de travail) : à définir ?

5.2/ Ressources matérielles.

- 1 ordinateur portable.
- 1 vidéoprojecteur : 500 Euros.
- impression supports pédagogiques : 300 Euros.

5.3/ Ressources financières.

- transport avion Paris-Tananarive AR : $1200 \times 4 = 4800$ Euros.
- transport 4x4 Tananarive-Mahajunga, Mahajunga-CHD, CHD-CHD AR : $650 \times 2 = 1300$ Euros.
- repas x2 x25j : 550 Euros.
- hébergement x2 x25j : 350 Euros.

TOTAL : 7800 Euros.

CONCLUSION.

Le profil sanitaire de Madagascar reste aujourd'hui poché de celui des pays à faibles revenus d'Afrique subsaharienne. Les maladies transmissibles, périnatales et nutritionnelles représentent encore 51% des causes de mortalités dans le pays. La volonté d'une politique nationale de santé clairement décentralisée et établie autour du système de santé de district et en soutien aux soins de santé primaires souffre de problématiques budgétaires, d'infrastructures déficientes mais aussi et surtout d'une pénurie aiguë de ressources humaines en santé. Cette crise multifactorielle n'est pas le fait d'un particularisme national mais plutôt le lot d'un grand nombre de pays en développement et sa prise de conscience relativement récente en fait aujourd'hui une priorité inscrite sur l'agenda politique de ces pays et des grandes instances internationales.

Notre projet, inscrit dans ce contexte, vise le renforcement des ressources humaines en santé du pays en proposant une formation médicale continue destinée aux médecins généralistes exerçants en milieu rural. Les axes stratégiques de formations, en accord avec les directives onusiennes autour notamment des objectifs du millénaire pour le développement, associent le renforcement des connaissances en neurologie (mais aussi en dermatologie) autour des maladies cibles des grands programmes verticaux, des maladies tropicales négligées et enfin des grandes problématiques de soins de santé primaires.

L'approche pédagogique constructiviste servira la réalisation d'une formation contextualisée, interactive et basée sur la résolution de problèmes cliniques.

Notre position morale dans le cadre de ce projet se réclame à la fois d'un impératif de justice mais aussi d'une volonté de s'écarter absolument de toute construction d'un biopouvoir à l'échelle internationale. La lutte contre l'impérialisme culturel, le respect des valeurs et des pratiques locales tout en évitant de sombrer dans le relativisme culturel radical doit -être, nous semblent-il, à la base de notre intervention non gouvernementale d'aide internationale.

Enfin, nous souhaiterions rappeler que c'est avant tout cette expérience personnelle et ce projet local dont l'idée a germé sur place que nous avons voulu nourrir et voir grandir à travers ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

Agrawal A. et al. Neurological manifestations of Hansen's disease and their management. Clin Neurol Neurosurg, 2005, vol. 107, pp. 445-454.

Akhter A. Japanese encephalitis. **In** : Chopra JS. Neurology in the tropics. New Delhi : BI Churchill Livingstone, 1999, pp. 176-190.

Andrianasolo R. Prise en charge du VIH à Madagascar. Interview du 29/03/2011.

Andriantseho LM. Ralaizandriny D. Prévalence communautaire de l'épilepsie chez les Malgaches. Epilepsies, 2004, vol. 16, n°2, pp. 83-86.

Andriantseho LM. La cysticercose cérébrale à Madagascar : proposition d'un algorithme diagnostic. Med Trop, 2008, vol. 68, pp. 640-642.

Andriantsimahavandy A. Situation épidémiologique actuelle de la cysticercose à Madagascar. Arch Inst Pasteur de Madagascar, 2003, 69(1&2), pp. 46-51.

Andriantsimahavandy A et al. Neurocysticercosis : a major aetiological factor of late-onset epilepsy in Madagascar. Trop Med Int Health, 1997, vol. 2, pp. 741-746.

Ariey F, Raharimalala AL, Randrianariveolosiam et al. Le poids du paludisme à Madagascar. **In** : Institut Pasteur de Madagascar. Atlas évolutif du paludisme à Madagascar, Antananarivo, 33p.

A.s.N.o.M. L'œuvre humanitaire du corps de santé colonial **[en ligne]**. Disponible sur : <<http://www.asnom.org>>. (consulté le 15/09/2012).

Badie B. L'Etat importé. Paris, Ed. Fayard, 1992, pp. 36-50.

Ballarin MP et al. Madagascar **[en ligne]**. Encyclopaedia Universalis. Disponible sur : <<http://www.universalis-edu.com/bases-doc.univ-lorraine.fr/recherche/sujet/28144/?mode=MIXTE>> (consulté le 27/12/2012).

Bärnighausen T., Bloom D.E. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic Review. BMC Health Services Research, 2009, vol. 9, p. 86.

Bazin M, Fry A, Levasseur P. L'aide humanitaire internationale non- gouvernementale : un monopole occidental. Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats, 1er mars 2010 **[en ligne]**. Disponible sur : <<http://humanitaire.revues.org/index696.html>> (consulté le 22/11/2012).

Bayart J-F. France-Afrique : aider moins pour aider mieux. Politique Internationale, 1992, n°56, pp. 141.

Beitz C. Rawls law of peoples. Ethics, 2000, vol. 110, n°4, pp. 669-696.

Bettati M, Kouchner B. Le devoir d'ingérence. Peut-on les laisser mourir? Denoël. Paris, 1987, 300 p.

- Bhagwati J. N., Eckaus R. *Foreign Aid*, London, Penguin Books, 1970, 348p.
- Blanchet K. Fini le temps de la coopération française? **In** : *Le Quai d'Orsay et l'humanitaire*, Humanitaire, n°7, 2003, 126 p.
- Bouchet-Saulnier F. *Dictionnaire pratique du droit humanitaire*. La Découverte. Paris, 2006, 420 p.
- Braem Y. *Géopolitique des relations militaires-humanitaires. Comparaison des interventions au Kosovo et en Afghanistan*. Sciences politiques. Saint-Denis : Université Paris VIII, 2007.
- Brauman R. *L'action humanitaire*. Flammarion, 1995, 99 p.
- Brauman R. Il ne s'agit pas de désoccidentaliser l'humanitaire mais de considérer que des formes d'entraide se développent ailleurs et qu'elles n'ont pas moins ni plus de légitimité. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, 1^{er} mars 2010 **[en ligne]**. Disponible sur : <<http://humanitaire.revues.org/index709.html#article-709>> (consulté le 22/11/2012).
- Brouillard C. *Le dermatologue et la médecine humanitaire : Historique, Enjeux éthiques, Récit d'une expérience à Madagascar en Dermatologie et naissance d'un projet médicale de formation*. Dermatologie. Faculté de Médecine de Nancy, 2013, 182 p.
- Bruckner, P. *Le Sanglot de l'homme blanc. Tiers-monde, culpabilité, haine de soi*, Seuil, Paris, coll. « L'histoire immédiate », 1983, 316 p.
- Bergen DC. The world-wide burden of neurologic disease. *Neurology*, 1996, 47, pp. 21-25.
- Carpio A, Escobar A, Hauser WA. Cysticercosis and epilepsy : a critical review. *Epilepsia*, 1998, vol. 39, pp. 1025-1040.
- Carter JA. Increased prevalence of epilepsy associated with severe falciparum malaria in children. *Epilepsia*, 2004, 45, pp. 978-981.
- CIA. Données de la CIA sur Madagascar **[en ligne]**. 2012. Disponible sur : <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ma.html>> (consulté le 05/01/2013).
- Compston A et al. *Mc Alpine's multiple sclerosis*. London, Churchill Livingstone, 4th ed., 2004, 992 p.
- Clair A. *Droit, communauté et humanité*. Paris, Cerf, 2000, pp. 63-64.
- Cohen MN. *Culture of intolerance. Chauvinism, class, and racism in the Unites States*. London, Yale University Press, 1998, 325 p.
- Collovald A. De la défense des « pauvres nécessiteux » à l'humanitaire expert. Reconversion et métamorphoses d'une cause politique. **In** : *Politix*. Vol. 14, N°56, Quatrième trimestre 2001, pp. 135-161.
- Comité d'Aide au Développement de l'OCDE. *Coopération pour le développement : efforts et politiques des membres du Comité d'aide au développement*. Rapport 1992. Paris, OCDE, 1992, pagination multiples.

- Comité d'aide au développement, France. Revue par les pairs. Paris, OCDE, 2008, 121 p.
- Comité national malgache de lutte contre le VIH. Rapport UNGASS 2012. 2012.
- Comité national malgache de lutte contre le VIH et les IST. Madagascar Action Plan VIH 2007-2012. 2012.
- Coulanges P. Cinquantenaire du vaccin antipesteux EV (Girard et Robic). Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 1982, pp. 114-120.
- Courtois S. Droits individuels ou droit des peuples ? Forces et limites du cosmopolitisme contemporain. Archives de Philosophie, 2004, vol. 4, Tome 67, pp. 629-642.
- Critique internationale. Ethique et politique de l'intervention humanitaire armée. 2008, vol. 2, n°39, pp. 161-182.
- David D. R. La tradition libérale occidentale. **In** : Revue internationale des sciences sociales. Unesco, Paris, 1966, vol. 18, n°1, 146 p.
- David P. M. La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? **[en ligne]** Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie. Disponible sur : <<http://socio-logos.revues.org/2550>> (page consultée le 11/11/2012).
- De Benoit A. Au-delà des droits de l'homme, défendre les libertés. Ed Krisis, 2004, 78 p.
- Del Brutto OH. et al. Epilepsy and Neurocysticercosis in Atahualpa: a door-to-door survey in rural coastal Ecuador. Epilepsia, 2005, vol. 46, pp. 583-587.
- Desgrandchamps M-L. Revenir sur le mythe fondateur de Médecins sans frontières : les relations entre les médecins français et le cizr pendant la guerre du Biafra (1967-1970). Relations internationales, 2011, vol 2, n° 146, pp. 95-108.
- De Solages O. Croissance ou développement des Tiers Mondes, L'Harmattan, 1997, 196 p.
- Dozon J. P. Quand les Pastoriens traquaient la maladie du sommeil. Sciences Sociales et Santé Aix-en-Provence, 1985, vol. 3 (3-4), pp. 27-56.
- Dozon J. P. D'un tombeau l'autre. Cahier d'études africaines. 1991, 31 (121-122), pp. 135-157.
- Dumas M. Tuberculomes encéphaliques. Encycl. Med. Chir (Elsevier SAS, Paris), Neurologie, 17-054-A-10, 1983.
- Dworkin R. What is Equality? Part 1: Equality of Welfare. Philosophy and Public Affairs, 1981a, vol. 10, pp. 185-246.
- Dworkin R. What is Equality? Part 2: Equality of Resources. Philosophy and Public Affairs, 1981b, vol. 10, pp. 283-345.
- Elame E. Désoccidentalisation de l'humanitaire : prise en compte des cultures particulières. **In** : Colloque international. L'Humanitaire à l'épreuve des cultures. Université catholique de Lyon. 2012.

Fahn S, Przedborski S. Parkinsonism. **In**: Rowland LP. Ed. Merritt's textbook of neurology, 10th edition. Philadelphia, PA, Lipincott Williams & Wilkins, 2000, pp. 679-693.

Farmer P. On suffering and structural violence: a view from below. Social Suffering. University of California Press. Berkeley : 1997. pp. 261-284.

Ferrari TC., Moreira P.R. Neuroschistosomiasis : clinical symptoms and pathogenesis. Lancet Neurol, 2011, vol. 10, pp. 853-864.

Flageul B. Diagnostic et traitement de la neuropathie lépreuse en pratique. Rev Neurol, 2012, vol. 168, pp. 960-966.

Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Statuts tels que modifiés le 12 novembre 2007, 8 p.

Gaimard M. Santé, morbidité et mortalité des populations en développement. Mondes en développement, 2008, vol. 2, n° 142, pp. 23-38.

Garret L. The challenge of global health. **[en ligne]**. Foreign Affairs, 2007. Disponible sur : <<http://www.foreignaffairs.com/articles/62268/laurie-garrett/the-challenge-of-global-health>> (consulté le 15/12/2012).

Genton P. L'épilepsie. Ellipse, Tours, 1996, 127 p.

GHWA (Global Health Workforce Alliance). Ressources humaines et santé en Afrique : expériences, défis et réalités. Synthèse des débats. Conférence GHWA, Douala, 6 au 8 juin 2007, 55 p.

Goergen H. Le système de santé de district. Expériences et perspectives en Afrique. Universumverlag, Wiesbaden, 2ème Ed. 2004, 296 p.

Golub P. Cosmopolitisme et impérialisme. Revue internationale et stratégique. 2007, vol. 67, pp. 105-112.

Grill J. et al. High prevalence of serological markers of cysticercosis among epileptic Malagasy children. Ann Trop Paed, 1996, vol. 16, pp. 185-191.

Gros, JG. Les relations franco-africaines à l'âge de la globalisation. African Sociological Review, 1998, vol. 2, n° 2, pp. 1-19.

Grünewald F. Dans un monde en turbulence, restons alertes. **In** : Pirotte C. Husson B. Grünewald F. Entre urgence et développement. Editions Karthala, 2000, 243 p.

Grünewald F. Morale, éthique et déontologie dans les contextes de la solidarité et de l'action humanitaire. Revue internationale et stratégique. 2007, vol. 3, pp. 113-120.

Guerchet M. Méta-analyse de l'association cysticercose-épilepsie en Afrique subsaharienne. Rev Neurol, 2007, vol 163, suppl 4, pp. 150.

Habermas J. The European State and the Pressures of Globalisation. New Left Review. 1999, vol. 235, pp. 46-59.

Haddad M. Regard sur l'humanitaire dans la culture arabo-musulmane. **In** : L'humanitaire à l'épreuve des cultures. Colloque international, Université catholique de Lyon, 19-20 octobre 2012.

Harijaona V. et al. Prevalence of and risk factors for sexually-transmitted infections in hidden female sex workers. *Med Mal Infect*, 2009, vol. 39, n°12, pp. 909-913.

Héraut L-A. La médecine militaire coloniale française, une aventure médicale de trois quarts de siècle. *Histoire des sciences médicales*, Tome XL, n°4, 2006, pp. 381-392.

Herskovits MJ. Tender and thought-minded anthropology and the study of values in culture. *Southern Journal of Anthropology*. 1951, vol. 7, pp. 22-31.

Husson B. Introduction de l'ouvrage. **In** : Pirotte C. Husson B. Grünewald F. Entre urgence et développement. Editions Karthala, 2000, 243 p.

Hours B. Les ONG partenaires scientifiques ? Vingt ans d'évolution de la coopération non gouvernementale pour le développement. ORSTOM éd. Paris, 1996, pp. 203-209.

Hours B. Les causes des dérives humanitaires. **In** : Colloque international. L'Humanitaire à l'épreuve des cultures. Université catholique de Lyon, 19-20 octobre 2012.

Idro R. et al. Risk factors for persisting neurological and cognitive impairments following cerebral malaria. *Arch Dis Child*, 2006, vol. 91, pp. 142-148.

Ignatieff M. The American Empire: the Burden. *New York Times Magazine*. 5 janv. 2003.

Institut National de la Statistique Antananarivo, Madagascar. Enquête sur les Indicateurs du Paludisme à Madagascar, ICF International, Calverton, 2012, 112 p.

Jacquemot P. Cinquante ans de coopération française avec l'Afrique subsaharienne. Une mise en perspective. *Afrique contemporaine*, 2011, vol. 2, n° 238, pp. 43-57.

Kant E. *Projet de paix perpétuelle (1795-96)*, trad. par J. Gibelin, Paris, Vrin, 1990, 57 p.

Kouchner B. *Charité business*. Paris, Le Pré aux Clercs, Belfond, 1986, 216 p.

Kouchner B, Bettati M. *Le devoir d'ingérence*. Paris, Denöel, 1987, 300 p.

Lancet. Neuroinfections : celebrating the past, discussing the present. *Lancet Neurol*, 2008, vol. 7, pp. 975.

Lane C. Bigger and better? Scaling up and innovation in health aid. *Health Affairs*, 2007, vol. 26, pp. 935-948.

Lapeyssonnie L. *La médecine coloniale. Mythes et réalités*. Seghers, Paris, 1988, 310 p.

Lavoine Y. *L'Humanitaire et les médias*. Lyon, PUL, Parallèles, 2002, 16 p.

Lefebvre Edwige Liliane. *L'Orstom au sein du mouvement tiers-mondiste : convergence, rupture et persistance*. ORSTOM éd. Paris, 1996, pp. 120-142.

Léonard J. Médecine et colonisation en Algérie. **In** : Médecins, malades et société dans la France du XIXème siècle. Sciences en situation. Paris, 1992, 288p.

Lisk DR. Hypertension in Sierra Leone stroke population. East. Afr. Med. J. 1993, vol. 70, pp. 284-287.

Loezien M. Populations et santé, **In** : Y. Charbit (dir.) Le monde en développement. Démographie et enjeux socio-économiques. Paris, La documentation française, 2002, pp. 139-170.

Macklin R. Against relativism. Cultural diversity and the search for ethical universals in medicine. Oxford et New York, Oxford University Press, 1999, 290 p.

Maguain D. Les théories de la justice distributive post-rawlsiennes. Une revue de la littérature. Revue économique, 2002, vol. 53, pp. 165-199.

Marks S. What is colonial about colonial medicine? And what has happened to imperialism and health? Social history of medicine, 1997, vol. 10(2), pp. 205-219.

Massé R. Comptes rendus. Ruth Macklin, against relativism. Cultural diversity and the search for ethical universals in medicine. Anthropologies et Sociétés. 2000, vol. 24, pp. 149-152.

Mathers C. D. The global burden of disease in 2002 : data sources, methods and results. Genève, WHO, GPE Discussion Paper n°54, 2003.

Mattei J.-F. L'Urgence humanitaire, et après ? Pour une action humanitaire durable, Paris, Hachette, 2005, 237 p.

Mauss M. Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives, l'Année Sociologique, seconde série, 1923-1924.

Meinardi H. et al. On behalf of the ILAE Commission on the Developing World. The treatment gap in epilepsy: the current situation and ways forward. Epilepsia, 2001, vol. 42, pp. 136-149.

Micheletti P. Humanitaire, s'adapter ou renoncer. Paris, Marabout, 2008, 29 p.

Ministère de la santé de Madagascar. Plan national lèpre. 2012.

Ministère de la Santé et du Planning Familial. Enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles à Madagascar (selon l'approche STEPS de l'OMS). Repoblikan'i Madagasikara, 2005, 31 p.

Ministère de la Santé et du Planning Familial et de la Protection Sociale. Plan de développement Secteur Santé 2007-2011. Repoblikan'i Madagasikara, 2007, 92 p.

Ministère de la Santé Publique, Secrétariat Général, Direction des Etudes et de la Planification, Service des Statistiques Sanitaire. Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar 2010, 2010, 689 p.

Ministère de l'Économie, des Finances et du Budget, Cadre des dépenses à moyen terme 2006-2008, Revue des dépenses publiques de santé, mai 2007.

Moatti J-P, Ventelou B. Économie de la Santé dans les pays en voie de développement, des paradigmes en mutation. *Revue économique*. 2009, vol. 60(2), pp. 241-256.

Molyneux ME. et al. Clinical features and prognostic indicators in paediatric cerebral malaria: a study of 131 comatose Malawian children. *Q J Med*, 1989, vol. 71, pp. 441-459.

Montchaud S, Gassend JP. Santé et développement. Paris, Lavoisier, 2009, 347 p.

Montclos (De) M.A. Les humanitaires à l'épreuve du feu dans le contexte de conflits armés : regards croisés sur l'aide, du donneur au bénéficiaire, *In* : Bare J.-F. (dir.), *Paroles d'experts : études sur la pensée institutionnelle du développement*. Paris, Karthala, 2006, pp. 289-316.

Murphy SC. Gaps in the childhood malaria burden in Africa : cerebral malaria, neurological sequelae, anemia, respiratory distress, hypoglycemia, and complications of pregnancy. *Am J Trop Med Hyg*, 2001, vol. 64, pp. 57-67.

Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease: The World Health Organization and The World Bank. Cambridge, Harvard University Press, 1996.

Mutebi JP. The epidemiology of yellow fever in Africa. *Microbes infect*. 2002, vol 4, pp. 1459-1468.

Natale E. Humanitaire et cinéma. *Croix-Rouge/Croissant-Rouge*, n°2, 2005.

Nations Unies. Objectifs du millénaire pour le développement. Rapport 2007. New York, Nations Unies, 2007, 36 p.

Naudet J.D. Les OMD et l'aide de cinquième génération. Analyse de l'évolution des fondements éthique de l'aide au développement. Document de travail, AFD, Département de recherche, 2005, 31 p.

Naudet J.D. Aide internationale : vers une justice sociale globale ? *Esprit*, 2007, p. 101-111.

Newton CR. Severe falciparum malaria in children : current understanding of pathophysiology and supportive treatment. *Pharmacol Ther*, 1998, vol. 79, pp. 1-53.

OCDE. Measuring aid to health. **[en ligne]**. 2009. Disponible sur : <http://www.oecd.org/dac/aidstatistics/49907438.pdf> (consulté le 26/11/2012).

ONU. Objectifs du Millénaire pour le développement : rapport 2011. Nations Unies, New-York, 2011, 67 p.

Opeskin B. The Moral Foundations of Foreign Aid. *World Development*, 1996, vol. 24, n°1, pp.21-44.

Padis M.O et Pech T. Les multinationales du cœur. Paris, Seuil, La République des idées, 2004, 95 p.

Pérouse de Montclos M-A. Du développement à l'humanitaire, ou le triomphe de la com'. *Revue Tiers Monde*, 2009, vol. 4, n° 200, p. 751-766.

Petiteville F. Quatre décennies de coopération franco-africaine : usage et usure d'un clientélisme. *Etudes internationales*, 1996, vol.27, n°3, p. 571-601.

- Pison G. Tous les pays du monde (2007). *Population et Sociétés*, 2007, n° 436, pp. 1-8.
- Pogge T. Real world justice. *J Ethics*, 2005, vol. 9, pp. 29-53.
- Pradhan S. Evaluating public spending. A framework for public expenditure reviews. *World Bank Discussion papers*, n° 323, Washington, The World Bank, 1996, 134 p.
- Praxmarer P. On the sociogenesis, political usage and theoretical possibilities of a concept. *Histoire et politique internationale*. Institut universitaire des hautes études internationales, Université de Genève, 1984, 421 p.
- Preux PM. Epilepsie en zone tropicale. *Neurologies*, 2002, vol. 5, pp. 216-220.
- Preux PM. Affections neurologiques en milieu tropical. *Encycl. Med. Chir (Elsevier SAS, Paris), Neurologie*, 17-052-A-10, 2005.
- Prischich F. High prevalence of epilepsy in a village in the Littoral Province of Cameroon. *Epilepsy Res*, 2008, vol. 82, pp. 200–210.
- Quadrelli S. L'éthique humanitaire et la notion de justice. *Rev can santé publique*, 2011, vol. 102(3), pp. 210-214.
- Quet F. Determining the burden of neurological disorders in population living in tropical areas : who would be questioned? Lessons from a Mexican rural community. *Neuroepidemiology*, 2011, vol. 36, pp. 194-203.
- Rakotobe L, Andrianalibera M, Ranaivo A. Entretien avec les responsables du Comité de Lutte contre le VIH et les IST à Madagascar. 2012.
- Rakotonirina EJ. Etat des lieux de la lutte contre la tuberculose à Madagascar de 1996 à 2004. *Med Trop*, 2009, vol. 69, pp. 493-495.
- Randrianariveლოსiam, Sahondra-Harisoa JL, Raharimalalala et al. Evaluation in vitro de la sensibilité de *Plasmodium falciparum* à la chloroquine dans la région de l'Océan Indien dans le cadre du réseau d'étude de la résistance (RER). *Cahiers Sante*, 2003, vol. 13, pp. 95-100.
- Ratsimbazafy V. Treatment gap for people living with epilepsy in Madagascar. *Trop Doct*, 2011, vol. 41, n° 1, pp. 38-39.
- Ratsitorahina M. Actualités épidémiologiques de la peste à Madagascar. *Arch Inst Pasteur de Madagascar*, 2002, vol. 68 (1&2), pp. 51-54.
- Rawls J. *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971, pp. 114-117.
- Rawls J. The Idea of an Overlapping Consensus. *Oxford Journal for Legal Studies*, Spring, 1987, vol. 7(1), pp. 1-25.
- Rawls J. *The law of peoples*, Harvard University Press, Cambridge, 2001, 208 p.

Rebelle B. Conjuguer les talents. **In** : Pirotte C. Husson B. Grünewald F. Entre urgence et développement. Editions Karthala, 2000, 243 p.

Ridde V. L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé. **[en ligne]**. Disponible sur:<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/BamakoInitiativeReview.pdf> (consulté le 04/12/2012).

Rist Gilbert, Le développement. Histoire d'une croyance occidentale. 3^{ème} édition, Paris, Presses de Sciences Po, 2007, 483 p.

Roman GC. Human T-Lymphotropic virus type A antibodies in the serum of patients with tropical spastic paraparésis in the Seychelles. Rev Med Int, 2000 ; vol. 21, pp. 989-992.

Rousseau J.J Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes. Ed Marc Michel Rey, 1755, 299 p.

Rowe AK. et al. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? Lancet, 2005, vol. 366, pp. 1026-1035.

Rowe AK et al. The burden of malaria mortality among African children in the year 2000. Int J Epidemiol, 2006, vol. 35, pp. 691-704.

Rubio JM. et al. Limited level of accuracy provided by available rapid diagnosis tests for malaria enhances the need for PCR-based reference laboratories. J Clin Microbiol, 2001, vol. 39, pp. 2736-2737.

Rufin J-C. Le piège, quand l'aide humanitaire remplace la guerre, Paris, Lattès, 1986, 61 p.

Rufin J-C. L'OTAN, les humanitaires et la mort. Le Monde, 20 mars 1999.

Ryfman P. La question humanitaire, Paris, Ellipses, 1999, 34 p.

Ryfman P. En guise d'ouverture : l' « humanitaire d'Etat » civil, musique de chambre ou symphonie ? **In** : Le quai d'Orsay et l'humanitaire. Humanitaire, n°7, 2003, 126 p.

Ryfman P. Une histoire de l'humanitaire. Editions La Découverte, Paris, 2008, 122 p.

Salignon P. Intervention au cours du débat « La quai d'Orsay et l'humanitaire » animé par Yann Mens **In** : La quai d'Orsay et l'humanitaire. Humanitaire, n°7, 2003, 126 p.

Said G. Neuropathies de la lèpre. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Elsevier. 2010, 17-105-A-10.

Saillant F. Présentation : une anthropologie critique de l'humanitaire. Anthropologie et Sociétés, 2007, vol. 31, n° 2, pp. 7-23.

Sell S., Prakash A. Using Ideas strategically : The Contest between Business and NGO Networks in Intellectual Property Rights. International Studies Quarterly, 2004, vol. 48, n° 1, pp. 143-175.

Sen A. Resources, values and development. Cambridge, Harvard University Press, 1984, 547 p.

- Sen A. Commodities and Capabilities. Amsterdam, North-Holland, 1985, 53 p.
- Sen A. Ethique et économie. Ed. Puf, 1993, pp 292-293.
- Shaw P., Griffin C. Financing Health Care in Sub-Saharan Africa Through User Fees and Insurance. World Bank, Washington, 1995, pp. 14-21.
- Siméant J. Urgence et développement, professionnalisation et militantisme dans l'humanitaire. **In**: Mots, mars 2001, n°65, pp. 28-50.
- Siméant J. et Dauvin P. Le travail humanitaire. Les acteurs des ONG, du siège au terrain. Paris, Presses de Sciences Po. 2002, 378 p.
- Simmel G. Les pauvres. Paris, PUF, Quadrige/Grands textes, 1998, 102 p.
- Simond P-L. La propagation de la peste. Ann.Inst.Pasteur, Paris, 1898, vol. 12, pp. 625-687.
- Singer P. Famine, affluence and morality. Philosophy and Public Affairs, 1, 1972, pp. 229-243.
- Slim H. Dissolving the difference between humanitarianism and development : the mixing of a right-based solution. Development in practice, 2000, vol 10, n°3 et 4, 491 p.
- Snow RW, Craig MH, Newton CRJC, Steketee RW. (2003) The public health burden of Plasmodium falciparum malaria in Africa: deriving the numbers. Working Paper N° 11. Disease Control Priorities Project, Bethesda, MD: Fogarty International Center, National Institutes of Health, August .**[en ligne]**. Disponible sur : <http://www.cdc.gov/malaria/pdf/snow_wp11.pdf> (consulté le 28/01/2013).
- Sommet d'Evian. Le NEPAD, un espoir pour l'Afrique, un engagement pour la France. **[en ligne]** Site du ministère des Affaires étrangères et européennes. Disponible sur : <www.diplomatie.gouv.fr> (consulté le 12/09/2012).
- Sphère (projet). Charte humanitaire et normes minimales à respecter lors des interventions en cas de catastrophes. Rugby: Practical Action Publishing; 2011, 431 p.
- Stein CE. The global burden of measles in the year 2000. A model that use country-specific indicators. J. Infect. Dis., 2003, vol. 187, suppl. 1, S8-S14.
- Strauss L. Natural right and history, The University of Chicago Press, Chicago, 1953, 327 p.
- Tchaleu Nguenkam BC., Raharivelo A. Profil épidémiologique de l'épilepsie en Afrique centrale et à Madagascar. Médecine d'Afrique noire, 2011, vol. 58, n° 8-9, pp. 389-394.
- Tchen J. Epidémiologie et prévention du paludisme dans les îles du sud-ouest de l'océan indien. Med Trop, 2006, vol. 66, pp. 295-301.
- Tizio S. Entre État et marché. Une nouvelle régulation sanitaire pour les pays en développement ? **In**: Tiers-Monde, 2004, tome 45, n°179, pp. 643-663.

- Tizio S. Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle. *Mondes en développement*, 2005, vol. 3, n° 131, pp. 45-58.
- Traoré A. *L'Afrique humiliée*, Paris, Fayard, 2008, 216 p.
- Tripathi M, Vibha D. Stroke in young in India. *Stroke Res Treat*, 2010, vol. 2011, 6 p.
- Twelves D, Perkins KSM, Counsell C. Systematic review of incidence studies of Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 2003, vol. 8, pp. 19-31.
- Vernant J.P. *Politique et impolitique*. Sirey, Paris, 1987, 192 p.
- Verschave F-X. *La Françafrique, le plus long scandale de la République*. 1998, Editions Stock, 380 p.
- Vinhas S. La désoccidentalisation, vue du terrain. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats [en ligne]*. Disponible sur: <<http://humanitaire.revues.org/index708.html#ftn9>> (consulté le 19/10/2012).
- Walzer M. Justice globale et locale. *Études*, 2011, vol. 5, Tome 414, pp. 631-642.
- Van Veen NH. et al. Corticosteroids for treating nerve damage in leprosy. A Cochrane review. *Lepr Rev*, 2008, vol. 79, pp. 361-371.
- Van Veen NH. et al. Decompressive surgery for treating nerve damage in leprosy. A Cochrane review. *Lepr Rev*, 2009, vol. 80, pp. 3-12.
- Vaughan. P. De l'importance d'une gestion décentralisée. *Forum mondial de la santé*, 1984, vol. 5, pp. 31-34.
- WHA (World Health Assembly). Resolution on sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. **In** : Fifty-eighth world health assembly, resolutions and decisions annex, Genève, 2005, 143 p.
- WHO. Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, 6-12 septembre 1978, Genève, OMS, 1978, 88 p.
- WHO. Harare Declaration, interregional meeting on strengthening district health systems. Harare, Zimbabwe, 7 august 1987, Genève, OMS, 1987, 2 p.
- WHO. Health systems: Improving performance (The World Health Report 2000). Genève, OMS, 2000a, 206 p.
- WHO. Severe falciparum malaria. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2000b, vol. 94, suppl. 1, 90 p.
- WHO. Guide d'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique. OMS, Genève, 2000c. 38 p.
- WHO. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the commission on macroeconomics and health. Genève, OMS, 2001, 200 p.

WHO. Rapport sur la santé dans le monde, 2003. Façonner l'avenir, Genève, OMS, 2003, 193 p.

WHO. World report on road traffic injury prevention. Genève, OMS, 2004a, 217 p.

WHO. Profil du système de santé à Madagascar. Genève, OMS, Décembre 2004b, 22 p.

WHO. Atlas. Country resources for neurological disorders. Genève, OMS, 2004c, 62 p.

WHO. WHO estimates of health personnel : physicians, nurses, midwives, dentists, pharmacists. **[en ligne]** OMS, Genève, 2004d. Disponible sur : < www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp> (consulté le 20/01/2013).

WHO. Neurological disorders : public health challenges. OMS, 2006a, 218 p.

WHO. Rapport sur la santé dans le monde 2006. Travailler ensemble pour la santé. Résumé. OMS, Genève, 2006b, 18 p.

WHO. Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais. Genève : Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2008, 149 p.

WHO. Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013. Madagascar. Bibliothèque de l'OMS/AFRO. 2009a, 38 p.

WHO. L'élimination mondiale de la syphilis congénitale : raison d'être et stratégie. Genève, OMS, 2009b, 48 p.

WHO. Initiative mondiale pour l'éradication de la polio. Plan stratégique 2010-2012. Genève, OMS, 2010a. 61 p.

WHO. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent. Genève, OMS, 2010b, 157p.

WHO. Global leprosy situation 2010. Weekly epidemiological record. Genève, OMS, 2010c, vol. 85, n°35, pp. 337–348.

WHO. Severe falciparum malaria. Communicable Diseases Cluster. Trans R Soc Trop Med Hyg, 2000d vol. 94, suppl. 1, 90 p.

WHO. Weekly epidemiological record. [Relevé épidémiologique hebdomadaire. Lepr Update, 2011, vol. 86, pp. 389–400.

WHO. Country Statistics. Madagascar. **[en ligne]**. Disponible sur : <<http://apps.who.int/ghodata/?vid=12700&theme=country#>> (consulté le 27/12/2012a).

WHO. Weekly epidemiological record. Global leprosy situation, 2012. 2012b, vol. 87, n°34, pp. 317-328.

WHO. Leprosy: global situation. **[en ligne]**. WHO. Disponible sur : : <<http://www.who.int/lep/situation/en/>> (consulté le 21/01/2013).

World Bank. Données de la banque mondiale sur Madagascar **[en ligne]**. 2011. Disponible sur : <http://donnees.banquemondiale.org/pays/madagascar> (consulté le 19/01/2013).

Wimo A et al. The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer's disease and Associated Disorders*, 2004, vol. 17, pp. 63-67.

Yacoub J. Pour un élargissement des droits de l'homme. *Diogène*, 2004, n°206, pp. 99-121.

Yemadje LP et al. Understanding the differences in prevalence of epilepsy in tropical regions. *Epilepsia*, 2011, vol. 52(8), pp. 1376-1381.

Yersin A. La peste bubonique à Hong Kong, *Ann. Inst. Pasteur*, 1894, VIII, pp. 662-667. Et "La peste bubonique à Hong Kong", *Archives de Médecine Navale*, 1894, vol. 62, pp. 256-261.

Zurbuchen S. Are human rights universal? *Journal international de bioéthique*. 2010, vol. 21, pp. 41-9.

ABREVIATIONS :

ACF : Action Contre la Faim.
AFD : Agence Française pour le Développement.
AMI : Assistance Médicale Indigène.
AVCI : Années de Vie Corrigées de l'Incapacité.
BM : Banque Mondiale.
CCFD : Comité catholique Contre la Faim et pour le Développement.
CDT : Centre de Diagnostique et de Traitement.
CEPAL : Commission Economique pour l'Amérique-Latine.
CFCF : Comité Français Contre la Faim.
CHD : Centre Hospitalier de District.
CICID : Comité interministériel de la coopération internationale et du développement.
CICR : Comité Internationale de la Croix Rouge.
CSB : Centre de Santé de Base.
CT : Centre de Traitement.
DAH : Département des Affaires Humanitaires.
DDH : Droits de l'Homme.
DIH : Droit International Humanitaire.
DGCID : Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement.
ECHO : European Commision Humanitarian Office, Office d'aide humanitaire de la Commission Européenne.
FAO : Food and Agriculture Organization, Organisation pour l'alimentation et l'agriculture.
FMI : Fond Monétaire International.
HCR : Haut Commissariat pour les réfugiés.
HI : Handicap International.
HTA : Hypertension Artérielle.
IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique.
IPOM : Instituts Pasteur d'Outre-Mer.
IRD : Institut de Recherche pour le Développement.
MDM : Médecins Du Monde.
MSF : Médecins Sans Frontière.
NEPAD : New Partnership for Africa's Development, Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique.
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique.
OCHA : Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, Bureau de coordination des affaires humanitaires.
OI : Organisation internationale.
ONG : Organisation non gouvernementale.
ONU : Organisation des Nations Unis.
ORANA : Organisation de Recherche sur l'Alimentation et la Nutrition en Afrique.
ORSTOM : Office de la Recherche Scientifique et Technique d'Outre-mer.
OTAN : Organisation du Traité de l'Atlantique Nord.
PAM : Programme alimentaire mondial.
PCT : Poly Chimio Thérapie.
PNUD : Programme des Nations-Unis pour le développement.
SDN : Société des Nations.
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.
SSP : Soins de Santé Primaire.

UNDRO : United Nations Disaster Relief Coordination Office, Office de coordination des Nations-Unis pour le secours en cas de catastrophe.

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund, Fonds des Nations-Unis pour l'Enfance.

USAID : United-States Agency for International Development, Agence des Etats-Unis pour le développement international.

WHO : World Health Organization.

ZSP : Zone de solidarité prioritaire.

ANNEXE : article soumis à la revue « Médecine Tropicale ».

La neurologie en milieu tropical et en zone rurale. A propos d'une série de 626 patients vus en centre de santé primaire dans la région de Boeny (Madagascar).

Auteurs : Gaud S (1), Sauvée M (1), Debouverie M (1,2),

(1) Service de neurologie, hôpital central, CHU de Nancy, avenue du Maréchal-de-Lattre-de Tassigny, 54035 Nancy cedex, France.

(2) EA 4360 Apemac, Nancy université, université Paul-Verlaine-Metz, université Paris-Descartes, 54035 Nancy, France.

S Gaud, interne en neurologie, 8^{ème} semestre CHU Nancy. 16 rue de la salle, 54 000 Nancy. 06-07-46-42-17. simongaud@gmail.com

Pr Debouverie, CHU Nancy.

Dr Sauvée, CHU Nancy.

Introduction.

Il n'existe, à notre connaissance, aucune étude conduite dans un pays en développement en centre non spécialisé et en milieu rural décrivant la part de la demande en santé représentée par la pathologie neurologique. Pourtant il apparaît que la neurologie est une discipline largement concernée par les différentes problématiques de santé prioritaires dans ces pays. Qu'il s'agisse des maladies cibles des grands programmes verticaux (VIH, paludisme, lèpre, etc.), des maladies tropicales dites « négligées » ou encore des maladies fréquemment rencontrées en soins de santé primaires, la neurologie est toujours de près ou de loin concernée. Afin d'apprécier quelle est la part de la pathologie neurologique dans les consultations en centres de santé primaires nous proposons de rapporter les données relative à une série de patients vus en consultations au centre de santé de base de niveau 2 à Madirovalo, commune de la région de Boeny à Madagascar.

Matériel et Méthode.

Madagascar est classé parmi les pays les moins développés au monde. Selon l'Indice de Développement Humain, il est classé au 145ème rang sur 177 pays en 2009 par le PNUD. Le taux de pauvreté national s'élevait à 68,7% en 2005 [1]. La politique nationale de santé à Madagascar est basée sur une politique de décentralisation et sur la mise en œuvre d'activités opérationnelles de développement sanitaire au niveau périphérique (système de santé de district). Cette dernière a pris comme objectif central la « lutte contre la pauvreté » et le pays a souscrit, en tant que pays membre de l'ONU, aux objectifs du millénaire pour le développement. Au niveau continental et depuis 2002,

Madagascar a également souscrit à l'adoption du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD).

Au sein de ses 22 régions et de ses 111 districts, Madagascar compte 1 037 Centres de Santé de Base de niveau 1 (CSB 1), 2 182 Centres de Santé de Base de niveau 2 (CSB 2), 63 Centres Hospitaliers de District de niveau 1 (CHD 1), 75 Centres Hospitaliers de District de niveau 2 (CHD 2), 19 Centres Hospitaliers Régionaux et 3 Centres Hospitaliers Universitaires. En 2010, on comptait 12 CSB pour 100 000 habitants. D'une manière générale, seule 65% de la population vit à moins de 5 km d'une structure de soins. Ce taux montre qu'une partie importante de la population, surtout celle des zones rurales enclavées n'a pas encore accès aux soins de base.

Quoique les maladies liées aux modes de vie connaissent une certaine progression à Madagascar, l'île reste caractérisée par une prévalence élevée des maladies transmissibles, périnatales et nutritionnelles. Ces dernières représentaient en 2011 51% des causes de mortalité [2]. En 2010, l'espérance de vie à la naissance était de 65 ans avec une mortalité maternelle élevée estimée à 210 sur 100 000 naissances vivantes [2].

Madirovalo est une commune de 21 267 habitants, composée de 16 « Fokontany » (quartiers), située dans la région de Boeny et du district sanitaire d'Ambato-Boeny. La commune se situe en zone rurale en bordure du fleuve Betsiboka, à 25 km d'Ambato-Boeny, chef-lieu du district. Le CSB2 de Madirovalo est un dispensaire médicalisé, publique, composé de six bâtiments dont 3 réellement dédiés à l'activité de soin : le bâtiment de consultation médical comprenant également une salle de soins, et une salle de vaccination ; le bâtiment de la maternité servant également aux consultations prénatales et aux activités de laboratoire (examens directs bactériologiques axés sur les

mycobactéries et tests de détection rapide de la syphilis) et enfin le bâtiment de la pharmacie du dispensaire. Les trois autres bâtiments servent à loger le personnel médical, paramédical et les agents communautaires. Le centre de santé est situé au bord de l'unique axe routier et à l'entrée du village.

Nous avons pu participer aux consultations de médecine générale du centre de santé, parmi lesquelles nous apportons un soutien dans la pratique médicale du quotidien et un avis spécialisé en neurologie. Le dispensaire fonctionne sur un mode autogestionnaire. La consultation est gratuite et les patients payent leurs médicaments (paiement direct). Une liste d'indigents est dressée à la mairie et ces derniers ont accès gratuitement aux médicaments de la pharmacie du dispensaire. Ces médicaments dispensés gratuitement sont financés par un fond d'équité.

Les objectifs étaient d'observer les cas relevant de la neurologie afin de cerner les particularités épidémiologiques, cliniques et de prise en charge de ces maladies dans la pratique médicale en zone rurale. Pour chaque consultation nous avons relevés : l'âge du patient, son sexe, son lieu de domiciliation, la distance parcourue entre le lieu de résidence et le CSB 2, le motif de consultation, le diagnostic et la prise en charge proposée.

Résultats.

Nous avons pu voir au total 626 patients sur une période d'un mois et demi [figure 1]. L'âge moyen des patients était de 22.5 ans [ET = 20.2 ans], les femmes représentaient 62.6% des patients et la distance moyenne parcourue pour se rendre au centre de santé était de 7.3 km [ET = 39.4 km].

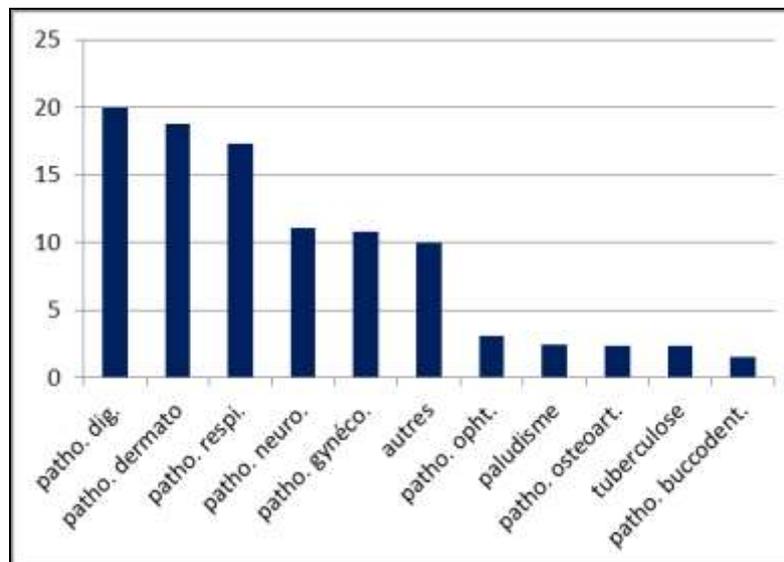


Figure 1: Motifs de consultation en % au CSB 2 de Madirovalo. N=675.

La pathologie neurologique faisait partie des cinq motifs de consultations les plus fréquents (pathologie digestive (20%), pathologie dermatologique (18.8%), pathologie respiratoire (17.3%), pathologie gynécologique (10.8%) et pathologie neurologique (11.1%)) [Figure 2].

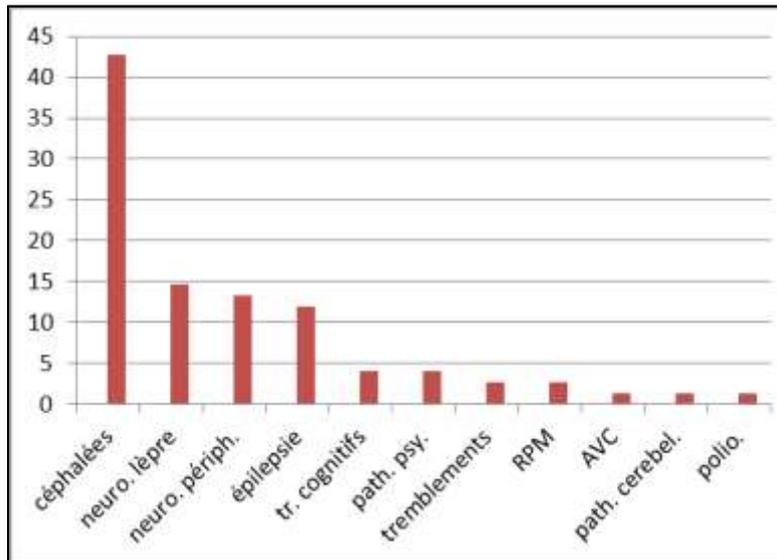


Figure 2 : Répartition des motifs de consultation en neurologie exprimée en %. N=75.

Des 32 patients consultants pour céphalées, 19 se présentaient avec au moins un autre motif de consultation dont le plus fréquent était les vertiges. Parmi ces 32 patients, les céphalées étaient attribuées à une cause ORL dans 11 cas, ophtalmologique dans 4 cas, évoquaient une céphalée primaire dans 5 cas, survenaient dans un contexte infectieux abdominal ou respiratoire dans 8 cas, étaient liées à une hypertension artérielle sévère dans 1 cas et étaient liées à d'autres étiologies dans 3 cas.

Parmi les 13 patients lépreux vus à la consultation (11 lèpres multi-bacillaires, 2 lèpres pauci-bacillaires), 11 avaient une neuropathie lépreuse et parmi ces 11 patients 9 étaient des lèpres multi-bacillaires (MB) et 2 des lèpres pauci-bacillaires (PB). Huit de ces patients étaient des nouveaux-cas dont 4 présentaient au diagnostic des infirmités de niveau 1 selon l'OMS et aucun des infirmités de niveau 2. Un patient s'est présenté pour une rechute. Une hypertrophie nerveuse était retrouvée dans 7 cas (et ce de manière isolée dans les deux cas de formes pauci bacillaires), un déficit sensitif dans 6 cas et un déficit moteur dans 5 cas. Aucun cas de neuropathie lépreuse pure n'a été noté.

Parmi les 10 cas de neuropathies périphériques rapportées, 6 présentaient un tableau de polyneuropathie, de topographie longueur- dépendante dans 2 cas et quadri-distale dans 4 cas. Trois

patients consultaient pour des lombo-radiculalgies et un patient s'était présenté avec un tableau clinique de polyradiculonévrite chronique.

Neuf patients se sont présentés pour épilepsie. L'âge moyen était de 20.2 ans [ET = 11.8 ans] et tous étaient traités (phénobarbital). Sur ces 9 patients, 4 présentaient un déficit neurologique et/ou un retard psychomoteur évoquant une épilepsie symptomatique dont l'étiologie était supposée périnatale dans 2 cas. Quatre cas semblaient présenter une épilepsie généralisée idiopathique et 1 cas était adressé pour crise convulsive hyperthermique simple. Il n'y avait parmi ces patients aucune épilepsie dite « tardive » (c'est-à-dire dont la première crise survient après l'âge de 30 ans).

Des 3 patients vus pour troubles cognitifs on décrit un cas de démence d'allure dégénérative évocateur d'une démence à corps de Lewy, un cas de troubles praxiques s'intégrant dans un tableau neurologique complexe et un cas d'aphasie développementale chez une enfant de 3 ans.

Trois patients se sont présentés pour un motif psychiatrique. Deux de ces patients présentaient un trouble anxieux et un patient un syndrome délirant aigu dans un contexte d'intoxication au cannabis.

On retrouvait enfin 2 cas de tremblement essentiel, un cas d'accident cérébro-vasculaire chez un homme de 67 ans hypertendu traité par aspirine et inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. On retrouvait également un cas de poliomyélite et un cas de pathologie cérébelleuse compatible avec le diagnostic de cerebellite varicelleuse chez une enfant de 5 ans.

Discussion.

Le poids de la pathologie neurologique dans les motifs de consultation en centre de santé primaire est important dans notre série (11,1%).

Les céphalées sont de loin le motif neurologique de consultation le plus fréquent (42.7% des motifs de consultation neurologiques). Parmi elles, les céphalées primaires ne représentent en réalité qu'un faible pourcentage (16%) et les céphalées secondaires étaient liées à une cause ophtalmologique ou ORL dans 56% des cas.

Concernant la lèpre, la totalité des nouveaux cas (8 cas) avaient au moment de la consultation une atteinte neurologique de leur maladie et 84% de ces nouveaux cas étaient des formes MB. Ce dernier chiffre est tout à fait superposable au chiffre avancé par le relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS pour l'année 2011 et renseigne sur la forte contagiosité de la maladie dans le pays [3]. Le pourcentage d'atteinte neurologique contraste avec les chiffres avancés de 40 à 45% de neuropathie lépreuse parmi les lèpres au diagnostic [4]. Enfin, le taux d'infirmité de niveau 2 au diagnostic est nul dans notre série alors que ce dernier est de 16% des nouveaux cas déclaré à l'OMS en 2011 [3]. Cette donnée témoigne d'un délai diagnostique et de prise en charge probablement satisfaisant dans cette région. En revanche, huit nouveaux cas de lèpre ont été diagnostiqués sur une période d'un mois et demi représentant 10.6% des motifs neurologiques de consultation. Si l'on sait qu'il persiste à Madagascar des régions hyperendémiques, ce chiffre inquiète quant au taux d'incidence qu'il pourrait représenter. En supposant même le bassin de population desservi par le CSB 2 de Madirovalo élargi à l'ensemble de son district sanitaire (soit 150 000 habitants), on estime ce chiffre à 43/ 100 000 habitants, ce qui est plus de cinq fois supérieur au chiffre retrouvé pour l'année 2011

[3]. Cependant ceci n'est qu'une extrapolation à partir de données relevées sur une courte période et nous incite donc à les interpréter avec prudence.

Pour l'épilepsie, la part relativement faible des motifs de consultations neurologiques qu'elle représente (12%) est étonnante aux vues des chiffres de prévalence et d'incidence que l'on sait élevés dans ces régions et notamment à Madagascar [5,6]. Ces chiffres témoignent, à notre sens, de la stigmatisation forte de ces patients dans leur milieu social et du recours probablement fréquent des familles à des tradipraticiens plutôt qu'à une médecine occidentale jugée inefficace face à ces « maladies de l'âme ». La proportion d'épilepsie symptomatique dans notre série (44%) reste légèrement inférieure aux chiffres avancés pour le pays (61%) [7].

La pathologie cérébro-vasculaire est peu représentée dans notre série avec seulement un cas décrit. D'ailleurs, le nombre de patients présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires modifiables et identifiables dans ces centres de santé de base (tabac, surpoids, HTA, diabète) n'apparaît pas majeur dans notre série. La pathologie neurodégénérative, elle, n'apparaît clairement pas être une cause majeure de demande de soin en neurologie par la population de cette région.

Conclusion.

Cette expérience nous a permis à travers l'ensemble de ces consultations de saisir les réalités du travail d'un médecin généraliste en milieu rural dans ce pays. Elle a permis également de se donner un aperçu des pathologies neurologiques rencontrées et de saisir leur spécificité de prise en charge.

Il nous apparaît clairement que la pathologie neurologique représente une part non négligeable de la demande en santé des populations vivant en milieu rural. Le motif de consultation le plus fréquent était en premier lieu les céphalées et ces dernières étaient secondaires dans 77% des cas. La fiabilité de la démarche diagnostique syndromique face à ce motif de consultation nous semble primordiale. L'épilepsie était probablement sous représentée du fait d'un recours supposé fréquent à la médecine traditionnelle. Les causes curables (neurocysticercose, paludisme cérébrale) ou modifiables (pathologies périnatales et obstétricales) d'épilepsie symptomatique sont un enjeu diagnostique et thérapeutique majeure de la pratique médicale en zone rurale. La neuropathie lépreuse constitue un centre d'intérêt majeur dans la lutte contre la lèpre et dans la prévention des infirmités liées à cette maladie. La capacité à diagnostiquer et à prendre en charge précisément et précocement ces atteintes conditionnent le poids sanitaire et social de cette maladie aujourd'hui.

En somme, la pathologie neurologique nous semble être au centre des préoccupations en santé de ces pays en développement situés en milieu tropical et devrait pouvoir, à notre sens, bénéficier d'un appui spécifique.

Bibliographie.

[1] World Bank. Données de la banque mondiale sur Madagascar [home page on the internet].

Available from: <http://donnees.banquemondiale.org/pays/madagascar>.

[2] WHO. Country Statistics. Madagascar. [home page on the internet]. Available from:

<http://apps.who.int/ghodata/?vid=12700&theme=country#>.

[3] WHO. Weekly epidemiological record. Global leprosy situation, 2012. 2012 ; 87,34 : 317-28.

[4] Agrawal A, Pandit L, Dalal M, Shetty JP. Neurological manifestations of Hansen's disease and their management. *Clin Neurol Neurosurg*, 2005 ; 107 : 445–54.

[5] Andriantseho LM, Ralaizandriny D. Prévalence communautaire de l'épilepsie chez les Malgaches. *Epilepsies*, 2004 ; 16, 2 : 83-6.

[6] Yemadje LP, Houinato D, Quet F, Druet-Cabanac M, Preux PM. Understanding the differences in prevalence of epilepsy in tropical regions. *Epilepsia*, 2011 ; 52(8) : 1376-81.

[7] Tchaleu Nguenkam BC, Raharivelo A. Profil épidémiologique de l'épilepsie en Afrique Centrale et à Madagascar. *Médecine d'Afrique noire*, 2011 ; 58, 8-9 : 389-94.

VU

NANCY, le 1^{er} mars 2013

Le Président de Thèse

NANCY, le 7 mars 2013

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation La Responsable
Administratif de la Faculté de Médecine

Professeur H. VESPIGNANI

E. HEYRENDT

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 12 mars 2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME.

Le paysage humanitaire est aujourd'hui riche et complexe. Le médecin, personnage emblématique et largement médiatisé du terrain humanitaire, trouve sa place dans ce domaine en tant qu'il est l'acteur et l'auteur de soins dispensés à travers le monde en réponse à cette vulnérabilité extrême de l'homme de plus en plus prégnante aujourd'hui. A la fois née des conflits et de la grande vague de colonisation de la fin du 19^{ème} Siècle, la médecine humanitaire rassemble différents héritages dont elle s'est mutuellement enrichie.

L'ère du développement, inaugurée par le discours d'investiture du président Truman en 1949, rebaptisa tout un ensemble de pays désormais qualifiés de pays « en voie de développement ». La santé, vue jusqu'alors comme un simple produit du développement économique, va progressivement s'imposer comme moteur central de l'aide au développement.

Madagascar fait aujourd'hui face à une pénurie aiguë de ressources humaines en santé. Cette crise multifactorielle n'est pas le fait d'un particularisme national mais plutôt le lot d'un grand nombre de ces pays en développement. Sa prise de conscience relativement récente en fait aujourd'hui une priorité inscrite sur l'agenda politique de ces pays et des grandes instances internationales

La neurologie est une discipline largement concernée par les différentes problématiques de santé priorisées dans ces pays. Qu'il s'agisse des maladies cibles des grands programmes verticaux (VIH, paludisme, lèpre, poliomyélite, etc.), des maladies tropicales dites « négligées » ou encore des maladies fréquemment rencontrées en soins de santé primaires (céphalées, épilepsie, pathologie cérébro-vasculaire, etc.), la neurologie apparaît toujours de près ou de loin concernée.

Après avoir mené notre propre expérience en santé à Madagascar, la mise en forme d'un projet d'aide au système de santé malgache s'est imposée à nous. En collaboration avec plusieurs acteurs de santé locaux, nous avons pensé une intervention de formation médicale continue en neurologie à destination des médecins généralistes et en milieu rurale.

Ce projet s'inscrit dans sa totalité dans une démarche de renforcement des ressources humaines en santé et d'appui équitable au système de santé de district de la région et ce dans une optique de soutien aux différents programmes de santé.

La pathologie neurologique nous semble être au centre des préoccupations en santé de ces pays en développement et devrait pouvoir, à notre sens, bénéficier d'un appui spécifique.

TITRE EN ANGLAIS: THE HUMANITARIAN AID IN NEUROLOGY. REFLECTION ON MEDICAL PRACTICE IN RURAL AREA IN TROPICAL DEVELOPING COUNTRIES.

THÈSE : MEDECINE SPECIALISEE, NEUROLOGIE– ANNÉE 2013

MOTS CLEFS : humanitaire, neurologie, Madagascar, soins de santé primaires, formation médicale continue.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
