

## *Les problèmes socio-économiques reliés aux parasitoses internationales*

---

Pierre VIENS

En général, le monde tropical où vivent, en 1987, les trois-quarts de l'humanité constitue encore un ensemble bio-écologique où les parasites font partie de la vie des individus et des communautés. Que les conditions socio-économiques soient en grande partie responsables du maintien des maladies parasitaires est certainement vrai mais c'est devenu un cliché qu'il faut savoir dépasser, et surtout savoir traduire en termes opérationnels ainsi qu'en attitudes personnelles. Sinon, ce ne sera jamais qu'une excuse, une justification de bonne conscience médicale du style : "nous, nous faisons tout ce que nous avons à faire, aux autres de s'impliquer et de prendre leur part". Mais quels autres ? Quelle part ? S'impliquer dans quoi ? Avec quelles priorités ?

D'abord, est-il bien vrai que nous faisons tout ce que nous pourrions ou devrions faire ? Y a-t-il des préalables non encore sa-

tisfaits qui font que le parasitisme est condamné à perdurer en tant que norme ? Nous devons réaliser que, seules, quelques centaines de millions d'êtres vivants, sur la planète, contrôlent tant bien que mal les parasites dans leur vie. C'est une minorité à une échelle biologique étendue. Les parasites font partie du vivant ordinaire. Il devient donc important d'analyser certaines conditions préalables sans lesquelles la lutte contre les maladies parasitaires risque de n'être qu'un effort sans lendemain.

1. L'accès à l'eau : d'abord quantitativement. En fonction d'un minimum qui doit permettre de se laver, de nettoyer l'environnement, de boire et de préparer la nourriture, d'abreuver les animaux, d'entretenir les cultures vivrières essentielles. C'est la priorité des priorités. Disposer d'eau potable est un objectif souhaitable qui s'avère souvent un luxe. Seule l'atteinte de l'objectif quantitatif premier importe : disposer partout, en tout temps, près de chez-soi, d'un minimum de "X" litres d'eau par jour. Si, par exemple, un choix (économique ?) doit être fait entre 50 litres par personne par jour d'eau non-traitée, ou 5 litres d'eau "potable", je recommanderais l'option des 50 litres sans hésitation.

2. L'accent sur la santé de la mère et de l'enfant. Très souvent c'est la disponibilité en quantité d'eau qui conditionne l'amélioration de l'état nutritionnel, en particulier des femmes et des enfants; les femmes parce qu'elles conçoivent, allaitent et élèvent les enfants; les enfants, parce que tout retard de développement en bas âge devient vite irrécupérable. Nous savons trop le rôle du mode de nutrition sur la construction d'un système immunitaire efficace (condition-clé du contrôle des parasites entre autres) et sur le développement du cerveau, condition-clé du devenir global de l'individu.

3. L'alphabétisation n'a pas été suffisamment reliée au processus du développement c'est-à-dire des changements de comportements. Tel doit être en effet le but de toute action sanitaire. L'éducation sanitaire se fonde sur la compréhension cartésienne et logique de relations de causes-à-effets qui se manifeste par l'adoption d'attitudes nouvelles dans la vie quotidienne. Un tel apprentissage, complexe s'il

en est et qui ne va pas nécessairement de soi, doit commencer à l'école. Les Universitaires du domaine de la santé sous-estiment probablement la complexité sous-jacente à la compréhension d'un processus qui part d'un phénomène microscopique (comprenez invisible), passe par toute une série d'étapes non-"vécues" (et toujours invisibles) pour aboutir à une maladie dont la signification sociale varie au sein d'une communauté et entre les diverses sociétés humaines.

*Dans un village du Nigéria, une infirmière attachée à un centre de récupération nutritionnelle avait remarqué que les enfants atteints de Kwashiorkor ne provenaient pas nécessairement de familles démunies, preuve en était le bon état de santé de leurs frères et soeurs et faisaient fréquemment une rechute. Elle entreprit de connaître la signification donnée à cette maladie par les mères de ces enfants; elle découvrit que, dans cette région, le kwashiorkor provenait d'un mauvais contact à la naissance entre le bébé et ses ancêtres et n'avait donc rien à voir avec un déficit protéinique. Il va sans dire que le classique discours d'éducation sanitaire dut sérieusement être remis en question !*

Cette capacité de remise en question entre dans la responsabilité des agents de santé. Ce n'est pas uniquement le problème des agronomes, des ingénieurs, des politiciens. Trop souvent, l'agronome pense le développement plus en termes de cultures rentables que de cultures vivrières; l'ingénieur pense le développement en termes de béton, et les politiciens cherchent à plaire...

Notre responsabilité doit se traduire en prises de position sinon en gestes concrets. Elle suppose de tenir un discours clair, pragmatique et sensé quant aux besoins en eau. Tant que nous défendrons le mythe de l'élimination de la moindre bactérie comme condition sine-qua-non de la santé, les priorités seront faussées au plan international. Paradoxalement, le processus d'accession à la santé en sera souvent retardé.

*Au début du programme national d'hydraulique villageoise en Côte d'Ivoire, dont les objectifs étaient de fournir 10.000 points*

*d'eau potable, les normes bactériologiques occidentales officielles servaient de critère (entre autres) pour accepter ou non un ouvrage. Plusieurs puits tout neufs ont été ainsi condamnés parce qu'on y avait décelé quelques coliformes totaux, alors que la moyenne de coliformes fécaux dans les points d'eau traditionnels (où devaient retourner les femmes) était de 11.000/ml...*

Une analyse lucide des moyens d'améliorer la nutrition des enfants dans le concret de la vie quotidienne. Ce qui veut dire, dans la majorité des pays :

\* libérer le travail des femmes qui sont aussi les mères, et dont les journées n'ont que 24 heures... Tant et aussi longtemps que la femme africaine devra consacrer la majeure partie de son temps à chercher l'eau et le bois du feu, aucun développement significatif de la santé de ses enfants ne peut être sérieusement envisagé;

\* rendre opérationnel le petit maraîchage et la plantation d'arbres fruitiers autour de la maison. Cela demande de l'eau...;

\* travailler à l'amélioration du petit élevage et essayer d'en introduire le produit dans l'alimentation quotidienne. Cela dit, je réalise l'ampleur du défi...

A ceux qui seraient tentés d'objecter qu'il s'agit là d'interventions non-sanitaires "pour les autres", je répondrai que nous sommes les seuls à juger de la pertinence de ces paramètres par rapport à la santé, que nous devons nous en convaincre pour intensifier nos efforts de recherche appliquée sur le terrain, et pour mettre les "mains à la pâte". Car ce processus de développement à la base suppose une polyvalence dont quelqu'un devra bien donner l'exemple autrement que dans les discours.

5. L'accès des femmes à l'école. Ceci devrait constituer une priorité, dont je ne sous-estime pas les blocages à tous les niveaux; à la condition que l'école s'inscrive dans la vie de la communauté et se donne d'autres objectifs que le seul enseignement de la lecture et de l'écriture. L'école devrait apprendre aussi comment chan-

ger. Le développement, en santé comme dans d'autres domaines, suppose le changement.

*Il est maintenant reconnu que la seule condition du succès d'un programme volontairement accepté d'espacement des naissances est le niveau de scolarisation des femmes. Si on veut parler de la santé des mères, il faut tenir compte du contrôle de leur fécondité et ce, par elles-mêmes.*

Tant que ces préalables ne seront pas réalisés (et la liste est loin d'en être exhaustive), il y a de fortes chances pour que les parasites continuent à faire partie intégrante de la vie. On pourra certes essayer de les contrôler à contre-courant, mais ces efforts resteront frustrants, fragiles et coûteux.

L'économie mène le monde. Je le déplore personnellement car on n'a pas encore fait la démonstration de l'équation entre développement économique et développement "tout court" : on s'est contenté de les prendre l'un pour l'autre. Et encore moins entre développement et bonheur : mais ça, c'est une autre et longue histoire.

En santé internationale, nous devons apprendre à mieux comptabiliser, monnayer, évaluer nos cibles, nos objectifs, nos méthodes d'intervention. Nous devons apprendre le langage des comptables et des administrateurs. Nous devons savoir convaincre un Ministre du Plan ou des Finances qu'il peut être payant d'investir dans la santé. Pas seulement "payant" au niveau des critères humanitaires, mais en termes économiques.

Dans le domaine de la santé, les analyses coûts-efficacité, qui sont la base de la démonstration de la pertinence économique, se heurtent à des prémisses instables, souvent quasi-inexistantes ou peu fiables. Avant d'évaluer le coût d'une pathologie, il faut en connaître la prévalence et l'incidence. Il y aurait certainement moyen d'améliorer localement les statistiques si l'on parvenait à impliquer tous les intervenants sur le terrain voire la population elle-même, dans la collecte des données; il est nécessaire, au préalable, d'avoir soigneusement défini des critères d'identification qui soient relativement

exacts sans tomber dans le piège de l'inacceptable technicité. Ce sera parfois aisé : ainsi la rougeole n'est pas un mystère pour la mère africaine, l'indice de boiterie peut orienter vers une séquelle de polyomyélite, la dracunculose est bien connue. Il n'en va pas de même, par exemple, pour la reconnaissance de la fièvre typhoïde, de la tuberculose et de la plupart des endémies parasitaires où un laboratoire élémentaire s'avèrera nécessaire. Je pense qu'il faut s'intéresser actuellement à ce type de recherche appliquée, recherche de technologie appropriée, et de meilleure définition des groupes d'échantillonnage, etc. Lorsqu'arrivera l'étape de l'exploitation primaire de ces données, il faudra souvent savoir résister à la tentation de l'informatique avant d'en avoir soupesé les conséquences en termes de priorités et de coûts. Il devrait y avoir moyen d'intégrer ce type d'études comme étape initiale préparatoire à tout projet d'investissement, ne serait-ce que pour permettre d'en évaluer l'impact. Car comment évaluer correctement un projet si les données au temps zéro sont défailiantes ? Ces études statistiques seront toujours des occasions privilégiées d'associer les étudiants en santé aux réalités de terrain, et on ne saurait trop insister sur la nécessité de cette exposition précoce, systématique et répétée, aux vrais problèmes qui se posent au niveau d'un village ou d'un bidonville.

Il est étonnant de constater combien rudimentaires sont nos connaissances des coûts directs liés au maintien de la santé : salaires du personnel (et il faudrait y introduire des notions de rendement...), frais récurrents du fonctionnement des infrastructures, charges du parc automobile, etc. Le domaine de la consommation des médicaments est encore enveloppé de mystère :

*"Le paysan le plus pauvre dépense beaucoup en médicaments. Il serait intéressant et important d'en savoir plus long à ce sujet".*

(Banque Mondiale : Document préparatoire à la conférence de Nairobi sur la santé maternelle, février 1987)

La structure et les modalités de prestation des soins revêt une importance particulière. Par exemple, lors d'une fièvre typhoïde, il faudrait pouvoir apprécier la proportion des soins pratiqués à titre

externe ou à l'hôpital (et de là en calculer les coûts par secteur), la part des médicaments et des analyses de laboratoire. La multiplication de tels efforts pourrait modifier la planification et la rationalisation des services de santé. Ces investissements, paradoxalement, sont à mon sens plus importants et plus prioritaires dans un contexte de rareté des ressources. Il faut reconnaître que les grands organismes internationaux de financement tels la Banque Mondiale et les Banques régionales de Développement s'y appliquent de plus en plus activement. Cependant, une méthodologie appropriée reste encore à inventer dans ce domaine car l'Occident technocratique ne peut se targuer d'y être parvenu... Cette méthodologie adaptée devra intégrer au maximum la participation de la collectivité et celle des agents socio-économiques à tous les niveaux.

Les coûts indirects traduisent la perte de productivité de l'individu malade. L'adjonction, aux équipes de santé, de socio-économistes de terrain s'impose. Les coûts indirects ne sont pas faciles à cerner lors de pathologies chroniques comme la schistosomiase. Certes, le sujet atteint de schistosomiase n'est pas sur le plan social et économique aussi fonctionnel que l'individu bien portant : mais dans quelle mesure ? Dans ce bilan, peut-on faire la part entre la schistosomiase dans ses inter-relations avec la malnutrition, le paludisme chronique, les verminoses intestinales ? Au mieux pourrait-on espérer arriver à des approximations, dont on aura soin de préserver une large marge d'incertitude si on ne veut pas que le critère mesuré soit plus déroutant que le critère de comparaison. Si ce genre d'argument était utilisé plus souvent (à condition qu'il fasse partie d'un ensemble d'estimations plausibles) la rentabilité de projets de santé prendrait une toute autre allure et imposerait le respect aux conseils d'administration des Banques de Développement. Il est temps que la santé "fasse sérieux", entendez "rentable"; et elle ne le sera que lorsqu'elle sera appréhendée dans ses aspects économiques.

Nous n'avons pas, pour ce faire, à renier un idéal humaniste, à rejeter la notion de dévouement, à désincarner notre intervention. Bien au contraire; en effet, un effort de réflexion sur le rôle des individus sur le terrain, le respect que nous leur manifesterions

en recherchant leur collaboration active dans la solution de problèmes qu'ils vivent, la mise au point de techniques parfaitement adaptées au contexte de l'intervention, la remise en question de gestes ou de schémas de soins classiques mais parfois inappropriés, l'initiative d'un dialogue concret avec "l'économique" sont, je l'espère, un embryon de solutions au marasme traditionaliste dans lequel stagnent trop de louables efforts visant à l'amélioration de la santé au niveau international.

**Pierre VIENS**  
**Faculté de Médecine**  
**Université de Montréal**