

Travail de synthèse 1 :

Il y a une indéfinition et une recherche d'affirmation de territoire qui fait que la santé publique est entre des déclarations et des actions. Elle se présente souvent comme un moyen de contrôle social. Ainsi, produire une définition de la santé publique soulève bien « des inflexions, des divergences, des dissonances... ». Doit-elle se préoccuper plus de la santé ou de la maladie ? Ou faut-il qu'elle combatte la maladie et produire plus de santé ? Elle s'affirme comme une science carrefour qui préserve, maintient et prolonge la vie. Elle recherche des bénéfices « à la fois quantitatifs et qualitatifs ». Elle met l'accent sur le collectif au détriment de l'individuel. Mais, le collectif renvoie à l'ensemble de la population et n'est pas orienté à une communauté. La santé publique prend également en considération des groupes spécifiques à l'intérieur de la population générale. Mais, a-t-elle un statut clair à côté d'un système de soins ou de santé ? Une chose est claire, elle n'est pas une discipline de dispensation de soins mais elle est une discipline administrative et collective avec des acteurs divers incluant ceux de la santé. Ses frontières avec les autres disciplines restent diffuses ; ce qui pose du même coup la question des limites de ses actions qui prennent en compte tous les facteurs qui peuvent influencer la santé. En quête de marques, la santé publique produit désormais des plans et prône même la responsabilité populationnelle. A l'instar d'autres sciences, elle a connu aussi ses révolutions : hygiéniste, bactériologique et épidémiologique. Avec l'avènement de la promotion de la santé peut être une nouvelle ère s'ouvre pour la santé publique (Fassin, 2000). Sa « définition univoque » étant impossible, le recours à ses « missions et rôles » peut permettre de savoir si elle est tournée vers l'action. La définition des rôles de la santé publique comporte aussi des « ambiguïtés, chevauchements et débats. » Ses principaux rôles sont : la surveillance, la protection de la santé et la gestion des risques, la prévention des maladies et la réduction des facteurs de risques, le développement et le maintien des compétences des professionnels, le développement et la diffusion des connaissances ainsi que l'évaluation des effets des interventions et des politiques. La santé publique se situe aussi dans le débat sur la justice sociale. Elle contribue à l'atteinte des « objectifs du système de santé en complémentarité avec d'autres acteurs » mais il faut se méfier d'un assujettissement de la santé publique avec les systèmes de santé ou une confusion (Lévesque et Bergeron, 2001). Une telle confusion a abouti dans les pays en voie de développement à « un double fardeau » maladies transmissibles et non transmissibles et la déliquescence des rôles de la santé publique. Ces pays ont hérité d'un système de santé de type occidental resté inadapté à leur contexte. Aussi, les intentions d'Alma Ata sont restées en berne et ont poussé à « l'initiative de Bamako ». Dans ces pays, la santé publique reste piégée par une coopération sanitaire internationale loin de répondre à leurs attentes. Dans les pays en voie de développement, les priorités d'amélioration de la santé sont dictées par des institutions internationales et elles ne correspondent pas aux « besoins de santé des populations » (Deschamps, 2000). Le Burkina Faso est en droite ligne avec ces pays et l'efficacité de sa politique de santé dépend aussi de sa mise en place et sa conduite. Les succès de ses efforts pour l'amélioration de la santé restent mitigés et les échecs sont patents. De plus, les réformes des systèmes de santé se sont généralement attelées « à résoudre les problèmes de financement » avec parfois des conflits qui ont gênés ou bloqués ces réformes (Nitiéma et coll. 2003). Au Burkina, l'interaction entre les partenaires et les acteurs d'apparence intense a conduit souvent à un « ordre négocié ». Ce dernier se caractérise par l'accaparement des ressources à des fins personnelles, la position sociale entravant souvent l'action, le discours de « façade » avec les intervenants étrangers pour dépeindre la situation, le clientélisme dans les relations interpersonnelles pour le maintien des avantages, le manque de transparence, la connivence pour la dissimulation de pratiques non éthiques, l'évitement de conflits du fait d'intérêts partagés, la suspicion d'incapacités entre acteurs, la substitution d'acteurs dans des tâches et enfin le peu de considération du service public. Ces facteurs sont les causes d'« échecs des projets, des programmes ou des politiques de santé publique » (Ride, 2011).

Pour Ride (2011), une des raisons des « difficultés d'émergence et de mise en œuvre du changement social » est tributaire des « relations de pouvoir et de domination entre les acteurs sociaux » au Burkina Faso. Ces difficultés ont conduit à « l'immobilisme et au statu quo » et ont entraîné l'échec des politiques de santé. Pour Nitiéma et coll. (2003), c'est la méconnaissance du contenu des réformes, les modalités d'application, le contexte dans lequel elles se déroulent et enfin les acteurs concernés qui sont à l'origine de l'insuccès. Si cela est valable au Burkina et au Bénin, au Mali c'est la recherche d'efficacité qui a pris « le dessus sur l'éthique dans le traitement des indigents » avec la recherche de la viabilité des centres de santé. « L'état de santé reste catastrophique dans les pays les plus pauvres. Les services de santé ne sont pas accessibles à la majorité de leurs citoyens et, là où ils existent, leur qualité est souvent médiocre. Des décennies d'efforts véritables, d'erreurs et de réalisations dérisoires, de projets généreux et de discours ambigus ont abouti à un cuisant échec » (Deschamps, 2000, p.1211). Dans la pauvreté et les conditions de vie difficiles, la santé semble absente. Les progrès incontestables ont vu le jour avec la lutte contre des grandes endémies mais les inégalités d'état de santé d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays se sont accrues. Le fardeau des maladies comme le paludisme, la tuberculose et le VIH/SIDA reste d'actualité. Dans certains pays, ce sont les organisations caritatives qui se préoccupent des « niveaux de soins » et le système de soins lui-même est abandonné à son propre sort. Les espoirs nés des réformes des systèmes de santé après Alma Ata se sont vite estompés avec la pression des firmes pharmaceutiques dans la distribution des produits de santé ; la participation et la gestion communautaires des structures de santé qui ont été très vite gangrénées par l'absence de démocratie, l'absence de statut juridique, des relations tumultueuses entre les pouvoirs centraux et locaux, des abus de biens sociaux ou d'autres malversations avec de la lourdeur dans les contrôles administratifs accompagnés d'un désengagement croissant de l'État (Deschamps, 2000 ; Nitiéma et coll. 2003 ; Ride, 2011). Au-delà, « les programmes de coopération sont la plupart du temps imposés aux pays receveurs, sans possibilité pour eux de les négocier ou de les infléchir. » (Deschamps, 2000, p. 1214). De plus, les programmes de santé ne se sont pas toujours fondés « sur l'analyse des besoins de santé des populations » pour déployer des solutions aux problèmes. Ces politiques n'ont pas toujours pris en compte les véritables causes et sont souvent passées à côté de leurs objectifs premiers (Deschamps, 2000 ; Nitiéma et coll., 2003). Aussi, les facteurs environnementaux et « la gestion des villes » ont contribué à l'émergence de nouveaux problèmes de santé. Et il devient « illusoire d'attendre une efficacité significative des politiques sanitaires sans changements structurels » ; il faut repenser les systèmes de santé et les politiques publiques de santé dans l'ensemble (Deschamps, 2000) avec « une vision où les rôles de la santé publique interagissent avec ceux du système de soins dans la réalisation des objectifs des systèmes de santé. » (Lévesque et Bergeron, 2001, p. 51). La santé publique peut soutenir la planification, l'organisation et la prestation des soins ce qui permettra « d'associer les dimensions du guérir et du soigner aux rôles de promouvoir, prévenir, protéger et surveiller. » La santé publique va ainsi au-delà des interventions collectives pour prendre aussi en compte la prestation de services personnels, la génération de ressources et la gouvernance (Fassin, 2000 ; Lévesque et Bergeron, 2001 ; Nitiéma et coll., 2003 ; Ride, 2011). La clarification des rôles de la santé publique et la spécificité de ses interventions favoriseraient son interaction avec d'autres acteurs du système de santé (Fassin, 2000 ; Lévesque et Bergeron, 2001). « Les différences de pouvoirs et de ressources entre système médical et santé publique sont souvent associées aux difficultés de poursuivre des objectifs communs » (Brandt et Gardner, 2000; Fournier, 1998 cités par Lévesque et Bergeron, 2001, p. 51). Enfin, La santé publique se doit de contribuer à la mise en place de services de santé universellement accessibles et basés sur des preuves d'efficacité et d'éthique de population (Lévesque et Bergeron, 2001 ; Nitiéma et coll., 2003, Ride, 2011).