

---

Pierre Viens, M.D. Ph. D • Centre de coopération internationale en santé et développement (CCISD) • Maison Michel-Sarrazin •  
Courriel : pierre.viens@ccisd.org

---

## La santé en Afrique, l'impact du sida et la pertinence des soins palliatifs

Pierre Viens

Les trente-cinq premières années de ma carrière médicale ont été consacrées à tout autre chose qu'aux soins palliatifs, au point que je me demande parfois quel a bien pu être le fil conducteur qui m'y a conduit. La maladie et le décès de ma conjointe ont certainement été l'élément déclencheur. Ma longue expérience de la médecine en Afrique et d'engagement en santé internationale m'ont amené à me poser des questions concernant la problématique de la santé dans le contexte africain, qui, encore aujourd'hui, en est un de désespérante pauvreté et de dénuement difficile à imaginer pour les nantis que nous sommes. En tant que fondateur et président du Centre de coopération internationale en santé et développement, j'ai été profondément plongé depuis quinze ans dans le drame continental du sida, qui est en train de décimer l'Afrique et de lui infliger le coup de grâce, en matière de développement, dont elle risque de ne jamais se relever.

Fatigué de beaucoup voyager, frustré de devoir me cantonner, ces dernières années, dans un travail de planification et de gestion, et un peu amer de constater le peu de progrès de la santé et la dégradation progressive des systèmes de santé malgré des efforts internationaux considérables, je reconnais que les soins palliatifs me sont arrivés comme une bouffée d'air frais.

Les soins palliatifs sont-ils concevables en Afrique ? Où se situent-ils en tant que priorité ? L'Afrique peut-elle se les offrir ? Nous allons d'abord tenter de dresser un bilan très sommaire de la situation sanitaire en Afrique actuellement, et d'anticiper ce qui risque d'arriver à court et à moyen terme au cours des vingt prochaines années. Le sida, bien sûr, y occupe une place que je qualifierais de démesurée car, à lui seul (et comment peut-on penser isoler le sida du reste des problèmes...), il va bouleverser le visage de ce continent. C'est sur cette toile de

fond que nous tenterons d'évaluer la pertinence d'un concept de soins palliatifs.

Cet article n'est pas un exposé scientifique (d'où l'absence de références bibliographiques) mais une réflexion sur une expérience personnelle.

### **L'état de santé en Afrique en 2002 et l'impact du sida**

Lors de l'accès à l'indépendance politique de plusieurs pays africains dans les années 1960, l'espérance de vie à la naissance (le meilleur indicateur global de l'état de santé d'une population) oscillait autour de quarante ans. Il serait de plus de soixante ans maintenant si le sida, à lui seul, ne l'avait fait reculer de 10 à 20 ans dans les pays les plus atteints. L'impact de cette épidémie est en train d'annuler les bénéfices de quatre décennies de développement en santé.

Les grands efforts en santé des quarante dernières années, ce sont, à titre d'exemples :

- Le Programme élargi de vaccination, chargé de vacciner tous les petits enfants du monde contre les principales maladies transmissibles. On lui doit, entre autres, l'éradication de la poliomyélite sur tous les continents (sauf en Afrique), et un

contrôle important de la rougeole partout (sauf en Afrique où le taux de mortalité qui lui est attribuable demeure très élevé).

- La stratégie des Soins de santé primaire, définie à Alma-Ata en 1978, qui se proposait l'ambitieux objectif de « la santé pour tous en l'an 2000 ». On croyait que, s'agissant de concepts apparemment simples (eau potable, éducation pour la santé, meilleure nutrition, etc.), cela devait aller de soi et se ferait presque sans coûts. La suite nous a appris que tout changement, si « primaire » puisse-t-il paraître, est souvent la chose la plus difficile, et qu'il n'y a rien de gratuit...
- Au fil des ans, cette stratégie a donné lieu à des programmes spécifiques comme l'Initiative de Bamako (sur l'accès aux médicaments de base), le contrôle de l'onchocercose (cécité des rivières), de la dracunculose (ver de Guinée), de la tuberculose, etc. À grands frais, quelques-uns de ces programmes ont connu des résultats intéressants.
- Une des dernières de ces initiatives est le Programme mondial de lutte contre le sida dont les résultats, c'est le moins qu'on puisse dire, se font cruellement attendre.

- L'Initiative pour la maternité sans risque, destinée à s'attaquer au scandale des 500 000 femmes qui meurent, chaque année, en donnant naissance à leur enfant, est encore beaucoup du domaine des grandes et nobles idées qui se cherchent une voie.
- La création d'innombrables écoles, facultés et programmes de formation en santé, qui n'ont malheureusement pas encore réussi à combler le fossé qui sépare l'Afrique du minimum de ressources capables d'assurer des services de santé acceptables.
- Le déblocage de milliards de dollars de la part des bailleurs de fonds internationaux, pas toujours bien investis, faut-il le mentionner, et dont il reste à répartir la part destinée, en fait, à favoriser l'industrie et les institutions occidentales.
- La frénésie d'investissements est en train d'atteindre des sommets avec la création récente (sous l'égide de M. Koffi Anan, secrétaire général des Nations Unies) du Fonds global contre la malaria, la tuberculose et le sida dont les objectifs sont de deux milliards de dollars par année. L'expérience nous montre toutefois que bien peu de pays sont actuelle-

ment capables de gérer l'arrivée soudaine de telles sommes d'argent, à supposer que ces fonds soient disponibles dans les faits, ce qui est loin d'être le cas si l'on en juge par la lenteur des bailleurs de fonds à remplir leurs engagements.

Où en sommes-nous réellement ? C'est un développement bien inégal, il faut l'avouer. Où les villes semblent avoir la priorité, mais où, en même temps, l'urbanisation sauvage incontrôlée (qui a vu, par exemple, Abidjan décupler sa population en trente ans) crée des bidonvilles dantesques (celui de Bardot, à la frontière du Libéria et de la Côte d'Ivoire, né de la guerre civile et de ses exodes, compterait plus de 1 500 000 personnes : un record) où il n'y a ni eau potable, ni services de santé. La traditionnelle solidarité sociale africaine ne joue plus, les maladies transmises sexuellement et le sida sont en croissance. La pauvreté règne en Afrique, une pauvreté telle qu'il faut certainement y être né pour être capable de la vivre. Dans plusieurs pays, près de 90 % des femmes ne sont pas allées à l'école, et on sait que la scolarisation est le premier, l'essentiel chaînon de ces changements de comportement qu'on appelle le développement.

Dans les mouvements terribles qui perturbent l'Afrique depuis trente ans – industrialisation, croissance démographique excessive, mouvements de population incessants, urbanisation incontrôlée, guerres qui n'en finissent plus – est née la prolifération épidémique des MTS. C'était le catalyseur qu'attendait le VIH pour exploser. Car ce virus du sida existait là depuis fort longtemps, ne provoquant que des cas isolés impossibles à détecter. Il faut savoir que la transmission hétérosexuelle du VIH, qui est la norme en Afrique où les transfusions sanguines, l'homosexualité et l'usage intraveineux de drogues sont très peu répandus, ne peut pas engendrer une épidémie. Mais les MTS, et aussi la non-circumcision rituelle, multiplient par 30 fois et plus encore cette *infectivité*, plaçant le VIH sur une orbite épidémique : c'est la situation qui prévaut présentement dans les groupes de personnes à haut risque que sont les prostituées (Abidjan en compte 12 000, et ce ne sont que les « officielles »), et leurs clients. La séroprévalence, chez les travailleuses du sexe en Afrique, dépasse aisément 80 %.

En 2002, la situation du sida en Afrique peut se schématiser en tableaux impressionnants de chiffres auxquels il faut s'arrêter, un à un, pour leur

donner une âme, des visages. Ce n'est que par ce déploiement de la réalité que recouvrent les statistiques que le sida révèle toute son horreur.

L'Afrique sub-saharienne, de loin la région du monde la plus gravement malade, abrite aujourd'hui 29,4 millions de personnes contaminées par le virus. Quelque 3,5 millions de nouvelles infections s'y sont produites en 2002, année au cours de laquelle 2,4 millions d'Africains en sont morts.

Dans quatre pays d'Afrique australe, la prévalence du VIH a grimpé à des niveaux inimaginables. Au Botswana, 38,8 % de la population est contaminée, au Swaziland 33,4 %, au Lesotho 31 % et au Zimbabwe 33,7 %. Dès l'année 2003, ces pays connaîtront une décroissance démographique par le seul fait du sida.

Le nombre croissant d'orphelins (ceux qui n'auront pas été contaminés lors de l'accouchement, car les mères séropositives transmettent le virus à leur enfant dans un tiers des cas) va engendrer une situation inédite dans l'histoire de l'humanité. Ils sont déjà 11 millions en Afrique, et ce nombre progresse de 3 millions par année. Seuls, démunis, ils n'auront d'autre choix que de s'organiser socialement en meutes de jeunes loups afin de subsister.

Les liens entre le sida et la tuberculose sont clairs et inquiétants. La moitié de tous les Africains séropositifs développeront bientôt une tuberculose active, qui pourra se répandre dans toute la population ! On n'a qu'à se rappeler que la séroprévalence du VIH atteint 30 à 40 % dans certains pays pour apprécier l'étendue d'un désastre annoncé.

Les impacts d'une telle épidémie sont à la fois médicaux, sociaux, démographiques et économiques, et ils affectent toutes les sphères de l'activité humaine : plusieurs sites Internet contiennent des statistiques à jour<sup>a</sup>. Je souligne cependant le fait que, lorsque des prévisions ou des simulations d'impact ont été réalisées depuis 1990, les scénarios les plus pessimistes ont constamment été dépassés par la réalité.

Il faut bien se rendre compte que certains pays africains sont confrontés avec la présence des millions de séropositifs qui seront en phase terminale d'ici 5 à 10 ans. Il ne faut jamais oublier que, contrairement à toutes les autres épidémies qui ont marqué l'histoire de l'humanité, le sida tue d'abord les individus de 20 à 40 ans, donc la

strate d'âge sur laquelle repose la société. Le sida ne confère pas d'immunité, donc on ne peut pas en espérer le contrôle spontané. Et l'épidémie continue de progresser : sauf dans quelques contextes, les stratégies préventives sont encore peu efficaces pour amener les difficiles changements de comportements nécessaires à une prévention durable. Des collègues zairois prétendaient qu'il était peu réaliste de penser que les Africains consentiraient, pour toute leur vie, à manger le bonbon dans son papier d'emballage...

Comment sont prises en charge ces masses de malades ? D'abord, il faut dire que, considérant la période de latence qui fait suite à la contamination par le virus, l'épidémie ne commence à être visible que depuis 5 à 10 ans ; et il n'est pas exagéré de penser que le pire reste à venir. Plus de 50 % des lits d'hôpitaux sont occupés par des malades en phase terminale de la maladie. Déjà, au Rwanda en 1992, j'ai vu des salles entières où les malades couchaient en moyenne deux par lit. On prend la mesure du niveau de dénuement quand on constate qu'il n'y a même pas de médicaments pour traiter minimalement ni les terribles

a. OMS ([www.who.int](http://www.who.int)), ONUSIDA ([www.unaids.org](http://www.unaids.org)), UNICEF ([www.unicef.org](http://www.unicef.org)), pour ne citer que les principaux.

candidoses bucco pharyngées ni les infections pulmonaires.

Une campagne internationale pour la promotion des traitements antirétroviraux (ARV) en Afrique est fort active depuis 2 ou 3 ans. Elle risque, paradoxalement, d'aggraver la situation générale des soins et des services de santé, déjà fort précaire. En effet, ces médicaments sont :

- très coûteux, sinon inabordables. Malgré les baisses de prix consenties à la suite d'un actif lobby activiste, le coût annuel des seuls médicaments équivaut à deux fois le revenu annuel moyen des malades ;
- toxiques et demandent un suivi complexe, inaccessible en Afrique sauf dans quelques capitales, et dont les coûts sont prohibitifs. L'Afrique compte, en moyenne, 1 médecin pour 15 000 habitants. Déjà, la confection d'un hémogramme de routine est un luxe dans la majorité des centres de santé de base. Vouloir étendre les services de dépistage, de counseling et de traitement à tous les malades du Botswana nécessiterait une armée d'intervenants formés et expérimentés, dépassant toutes les ressources en santé disponibles dans le pays ;
- au mieux, temporairement suppressifs. Ils doivent être pris régulièrement, pour le restant de la vie. Et ici se pose l'insoluble question des approvisionnements à long terme, mais aussi de la sécurité de ces approvisionnements, car les marchés noirs et officieux foisonnent ;
- rapidement inducteurs de résistance virale, si une observance rigoureuse n'est pas garantie. Et elle est loin de l'être. Peut-on blâmer un patient qui, se sentant mieux cliniquement après quelques semaines de traitement, décide de vendre ses pilules restantes à ses voisins qui n'auraient pas eu la chance d'être choisis, eux, pour faire partie des expériences pilotes qui voient le jour un peu partout ? Il faut savoir que même les patients nord-américains, disposant d'une excellente infrastructure sanitaire, sont déjà porteurs de souches de VIH résistantes dans 22 % des cas. Qu'est-ce que ce sera en Afrique ? On se dirige droit vers une épidémie causée, cette fois, par des VIH résistants aux médicaments disponibles.

La santé de l'Afrique est malade. Profondément. Comme si, progressivement, les lumières s'éteignaient une à une, inexorablement.

## Les soins palliatifs sont-ils un luxe de société riche ?

L'offre de soins palliatifs dans notre milieu découle d'un ensemble de circonstances qu'il importe d'examiner brièvement afin de voir le degré de pertinence dans un autre contexte, celui de l'Afrique en particulier. Les soins palliatifs sont relativement récents, quelques décennies tout au plus – lorsque j'étais étudiant en médecine au début des années soixante, on n'en parlait pas. Serait-ce qu'ayant réglé un certain nombre de priorités en santé on pouvait se permettre ce supplément de soins ? Serait-ce que le cancer prenait de plus en plus de place dans nos vies ? Est-ce que « l'évolution sociale » de notre médecine gagnait du terrain ? Jusqu'à quel point le concept de soins palliatifs en fin de vie s'inscrit-il dans l'évolution normale de notre société, comme le furent l'hygiène publique, la vaccination, la spécialisation et la *technicisation* des soins ?

Il faut se demander si l'Afrique est à l'heure de ces soins palliatifs, là où tellement de problèmes majeurs prioritaires ne reçoivent pas une ombre d'attention. Il faut aussi se demander jusqu'à quel point des éléments im-

portants du contexte médical, social, culturel et économique diffèrent au point de devoir repenser la formule qui a été développée ici.

## Le concept de maladie et de mort

La mort est quotidiennement présente en Afrique. Elle s'inscrit donc dans un tissu social serré où la personne est moins un individu qu'un membre essentiel d'une communauté. La mort n'est pas une fin, tout au plus un passage chez les ancêtres dont la présence et le rôle demeurent bien vivaces. Bien sûr, les proches du défunt ressentent douloureusement son départ, douleur que toute la communauté s'efforce d'atténuer lors de rites funéraires très élaborés qui visent à confirmer la réunion du défunt avec la société des ancêtres, et qui cherchent aussi à maintenir son amitié et sa collaboration : danses, dialogues avec le disparu, offrandes de nourriture, sépultures soigneusement préparées. La mort est l'événement social le plus fêté en Afrique, il a priorité sur toute autre considération<sup>b</sup>. Dernièrement toutefois, dans certains des pays les plus affectés par le sida, le gouvernement a

b. Voir Guerry, Vincent : *La vie quotidienne dans un village baoulé*, INADES, 1970. Le Père Vincent, moine bénédictin ermite dans un village baoulé et mon grand ami à mon arrivée en Côte d'Ivoire en 1965, fut un observateur privilégié de cette société.

senti l'obligation de limiter quelque peu les obligations funéraires, l'absentéisme qui en résultait prenant des proportions ingérables. Il ne fait pas de doute que des approches intelligentes en soins palliatifs, dans ce contexte, devraient tenir compte de l'aspect social primordial de la mort, qu'on ne retrouve ici qu'à l'état embryonnaire.

La maladie est, bien sûr, encore plus présente, et la société a dû concevoir une approche pour la rendre plus acceptable. On a vu à la télévision ces images d'enfants squelettiques en train de mourir de faim dans les bras de leur mère qui, elle, semble absente, résignée : en un sens, le fatalisme est une défense efficace lorsqu'on ne contrôle pas le malheur. L'aspect sociétal de la maladie engendre des attitudes thérapeutiques parfois déroutantes pour un occidental cartésien. Je n'oublierai jamais ce jour où, en visite dans un village, le missionnaire m'avait demandé de voir un jeune homme très malade ; grabataire, âgé d'une vingtaine d'années ; il était manifestement en phase terminale de tuberculose. Cependant, le Conseil des vieux du village me refusa l'autorisation de l'emmener à l'hôpital car on avait jugé que sa maladie faisait partie d'une dynamique plus complexe dans cette communauté.

La sagesse populaire a aussi appris à établir une hiérarchie dans la maladie. On sait d'emblée que telle maladie, aussi grave semble-t-elle, ne peut être guérie par la médecine moderne (si tant est qu'elle soit disponible) et on n'y confiera pas le malade. Il est aussi d'expérience courante qu'on fera d'abord appel aux méthodes plus familières de la médecine traditionnelle, et qu'on ne se résoudra à la médecine scientifique qu'en dernier recours, le malade se présentant alors à des stades tellement avancés de la maladie que nos manuels de formation ne les décrivent même plus. Par la force des choses, la consommation de soins médicaux est infime par rapport à ce qu'elle est dans notre contexte. Quant on dit que, dans telle région, 50 % de la population a accès aux soins, on veut dire que ces personnes se trouvent à moins d'une heure de marche d'un dispensaire tenu par un infirmier et disposant, au mieux, d'une vingtaine de médicaments, bien souvent en rupture de stock. L'hôpital de référence compte deux ou trois médecins, un laboratoire élémentaire, parfois un équipement de radiologie : il dessert souvent une population de plus de 50 000 habitants dans un rayon de quelques dizaines de kilomètres sillonnés de mauvaises pistes. Mais là,

les soins sont toujours payants et très chers compte tenu des revenus : il n'est pas rare que le village entier doive se cotiser pour permettre à une femme en couches en difficulté de faire les 50 kilomètres qui la séparent d'une maternité où on espère que la sage-femme ne sera pas en congé.

Le cancer existe en Afrique, mais d'après les statistiques de l'OMS sa prévalence serait sept fois moindre qu'ici, toutes étiologies confondues. Comment apprécier la justesse de cette statistique quand on connaît la pauvreté des services diagnostiques ? Une chose est certaine : la problématique du cancer en Afrique ne pourrait certainement pas justifier une orientation des soins de santé vers des services de soins palliatifs.

### **L'économie de la santé**

Le Canada investit chaque année environ 2 500 \$ par individu pour les soins de santé. En Afrique, la moyenne oscille entre 30 \$ et 60 \$, donc de 40 à 80 fois moins. L'exercice de comparaison devrait probablement s'arrêter ici, car nous sommes dans deux mondes différents. À titre d'information, la Maison Michel-Sarrazin consacre en moyenne 320 \$ par patient, et pour les seuls médicaments qui ne comptent que pour environ 8 % des coûts du

service. Est-il encore pensable de faire des soins palliatifs une quelconque priorité ? À moins de décider, d'emblée, de les réserver aux seuls privilégiés capables de payer, ce qui équivaldrait, tôt ou tard, à les faire payer par les fonds publics puisque les privilégiés économiques sont aussi ceux qui influencent les décisions politiques et administratives...

On objectera que l'argument des coûts ne devrait pas intervenir dans un domaine aussi sensible que celui des soins palliatifs. Je dois admettre qu'il y a des justifications à un tel argument, surtout quand on possède un compte en banque de 2 500 \$ par personne : seuls les riches peuvent se permettre de dépenser à leur guise, sans conséquences. Mais en Afrique, il faut savoir compter ses sous avec grande parcimonie, et les choix peuvent s'avérer fort douloureux. Combien de vaccins pour les enfants africains pourrait-on se procurer avec le prix des médicaments administrés à un seul de nos patients ?

### **Le respect de la vie et de la personne**

Cette section a été fort difficile à écrire. Je souligne bien clairement qu'il s'agit ici d'opinions personnelles, fruits d'une réflexion mûrie pendant

de nombreuses années d'expérience sur le terrain dans de nombreux pays. Il m'est apparu, en effet, que le respect des soignants envers les malades était une caractéristique fondamentale d'une approche des soins palliatifs. Bien sûr, il ne saurait être question de généraliser les opinions qui vont suivre.

La médecine, en Afrique, confère un statut social prépondérant, qui culmine chez les spécialistes et les professeurs d'université. L'« héritage de nos Maîtres » (en l'occurrence français, et ce, 40 ans après l'indépendance) ne se discute pas. Demander son avis à un patient est tout simplement inacceptable et intolérable. Cette aura de puissance imprègne également la formation du personnel infirmier et celle des sages-femmes. On a l'impression que le malade est une nuisance qui ne doit qu'obéir en silence. Lorsque vous aurez la tentation de vous plaindre de nos salles d'urgence bondées, revoyez en pensée cette file de mères portant leur enfant sur le dos, qui s'étire sur un kilomètre depuis des heures sous la pluie afin de faire vacciner le bébé.

Un de mes amis, Africain de cœur de longue date, partageait cette analyse. Il rêvait de mettre sur pied une unité, modeste, où la caractéristique première serait l'humanisme et le respect de la personne. Mais quel chemin à parcourir ! Et comment arriver à le faire à une telle échelle ? Le respect des malades s'enseigne-t-il vraiment, efficacement ? S'agit-il, encore, d'une sorte de résultat d'une longue évolution ? Il y a des exceptions, bien sûr. Dans nos équipes du projet d'appui à la lutte contre les MTS et le sida en Afrique de l'Ouest<sup>c</sup>, qui, sur le terrain, font la difficile démarche d'appuyer les prostituées pour qu'elles puissent se protéger contre la mort associée à leur travail, il y a des anges de patience et d'amour. Mais si peu, et l'océan de misère humaine est si grand. Que ces anges soient des « exceptions » en dit long...

### **Humaniser une médecine pauvre**

Quand je me replace dans l'atmosphère feutrée d'une chambre de soins palliatifs, imprégnée de ce respect réel et primordial de la personne et de la recherche minutieuse et attentive de

c. Ce projet, financé par l'ACDI et mis en œuvre par un consortium d'institutions québécoises sous le leadership du CCISD ([www.ccisd.org](http://www.ccisd.org)), intervient dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest. Il vise un meilleur contrôle de l'épidémie de VIH-sida par la prise en charge adaptée des MTS dans les milieux de la prostitution.

son confort, du souci constant d'intégrer harmonieusement les préoccupations de l'entourage, je ne peux qu'être infiniment reconnaissant de cette chance, rare, de pouvoir vivre cela en attendant d'en bénéficier.

J'ai perdu un collègue africain, décédé à Dakar à l'âge de 38 ans d'une forme rare de cancer. À distance, j'ai essayé de l'aider à travers les intervenants qui s'occupaient de lui. J'ai eu l'occasion de mesurer le gouffre qui séparait nos deux médecines. J'ai vécu son appel désespéré de pouvoir venir mourir ici (ce qui était pratiquement impensable), lui qui connaissait « nos » soins palliatifs. La réflexion issue de ce drame dure encore. Je constate que le fossé immense qui sépare l'Afrique de notre Occident privilégié s'élargit encore tous les jours. Cette brève réflexion sur la question des soins palliatifs a fait remonter chez moi des images, des souvenirs et des pensées qui ne font qu'alimenter ce constat.

Au fond, je me demande parfois si des initiatives en soins palliatifs ne pourraient pas constituer une certaine réponse à quelques-uns des constats négatifs mentionnés précédemment. Nous entrons en plein paradoxe : s'occuper des mourants alors qu'on ne peut le faire avec des vivants. Il faut

une bonne dose de tolérance et d'ouverture d'esprit pour accepter le fait qu'une famille pauvre achète un téléviseur alors que le frigo est presque vide ; ou pour accepter qu'un village dépense la presque totalité des fruits de la récolte pour fêter les morts, au mépris de toute logique économique. En quelque sorte, c'est d'une remise en question des critères de définition des priorités qu'il s'agit. Jusqu'à maintenant, les priorités du développement ont toujours été économiques d'abord : augmenter les revenus (et la consommation), rationaliser les processus (pour garantir une meilleure gestion), améliorer l'économie (et favoriser les échanges internationaux), favoriser la santé (pour pouvoir produire plus, plus longtemps).

Est-ce que, au fond, prendre soin des mourants ne serait pas aussi faire œuvre de développement ? Un développement qui serait alors celui du respect des plus faibles. Un développement qui serait celui de soignants enfin préoccupés par la souffrance et le soulagement de la douleur. Un développement qui tiendrait compte de valeurs sociales essentielles comme l'appartenance éternelle de l'individu à la communauté de la famille ou du village.