

Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer
38, rue Saint Sabin
75011 Paris
tel/fax : 01 48 06 48 86
diffusion@eclm.fr
www.eclm.fr

Les versions électroniques et imprimées des documents sont librement diffusables,
à condition de ne pas altérer le contenu et la mise en forme.

Il n'y a pas de droit d'usage commercial sans autorisation expresse des ECLM.

politiques de santé
et attentes des patients

Bruno Dujardin

**Politiques de santé
et attentes des patients**

vers un dialogue constructif

Éditions Karthala
22-24, boulevard Arago
75013 Paris

Éditions Charles Léopold Mayer
38, rue Saint-Sabin
75011 Paris

L'association Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer a pour objectif d'aider à l'échange et à la diffusion des idées et des expériences de la Fondation Charles Léopold Mayer pour le progrès de l'Homme (FPH) et de ses partenaires. On trouvera en fin d'ouvrage un descriptif sommaire de cette Fondation, ainsi que les conditions d'acquisition des ouvrages et dossiers édités et coproduits.

Créées en 1980, **les Éditions Karthala** possèdent en 2003 un catalogue de plus de 1500 titres sur l'Afrique et l'Océan indien, le monde arabe et l'islam, l'Amérique latine, l'Asie et, plus largement, sur les rapports Nord-Sud. Les sciences sociales, les sciences politiques et l'économie voisinent avec des collections portant sur les contes, la découverte des pays du Sud et de l'Europe orientale (Méridiens), les langues, les religions (en particulier le christianisme avec trois collections), l'enfance en difficulté, l'anthropologie médicale... Karthala produit actuellement une centaine de nouveautés par an.

L'auteur

Bruno Dujardin est médecin de santé publique, codirecteur du département « Politiques et systèmes de santé » à l'École de santé publique et professeur à l'université libre de Bruxelles. Depuis 25 ans, il réalise des projets de développement, des recherches en système de santé et participe à la formation en santé publique des professionnels de la santé du Sud et du Nord.

Contact : Bruno Dujardin
Mél : bruno.dujardin@ulb.ac.be

© Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer, 2003
Dépôt légal, 3^e trimestre 2003
Dossier FPH n° DD 133 * ISBN : 2-84377-082-3

© Éditions Karthala, 2003
Karthala * ISBN : 2-84586-428-0

Diffusion : Karthala Éditions-diffusion
22/24 bd Arago 75013 PARIS
Tél. : (33) 01 43 31 15 59 Fax : (33) 01 45 35 27 05
Mél : karthala@wanadoo.fr Site Internet : www.karthala.com

Diffusion : Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer,
38, rue Saint-Sabin, 75011 Paris
Graphisme et mise en page : Madeleine Racimor
Maquette de couverture : Vincent Collin

«Et vivre résolument de façon complète, pleine et belle ! »
(Goethe)

À Alice qui, depuis quinze ans, sans le désirer, s'en va à petits pas...

À Robert, pour l'exemple quotidien d'une prise en charge holistique.

À Pierre, pour l'illumination d'une rencontre au bord d'une plage du Nicaragua.

À Chantal, pour son infinie tendresse devant mes excès quotidiens !

À Sarah, Pauline et Jeanne, pour leur ouverture sur le monde.

À tous ceux, du Nord et du Sud, dont les rencontres de chaque jour imprègnent ce livre.

Et surtout, au Sud, à qui, de moi-même, je dois connaissance et estime.

Remerciements

Merci à Chantal Messiaen, Claudine Dauby, Charles Vangeenderhuysen, Patrick Martiny, Eva Leens, Paul De Munck, Marco Dujardin, pour la lecture attentive et les commentaires de la première version de cet essai.

Merci à Agnès Malice et Éric Fouty pour leur aide à la mise en page du document.

Merci aussi à Friedrich Nietzsche dont les Mauvaises pensées choisies¹— pur régal de l'esprit!— parsèment ce document.

1. Selon la propre dénomination de Nietzsche. Voir le livre *Nietzsche : Mauvaises pensées choisies*, sélection proposée par Georges Liebert (Gallimard, 2000).

Préface

*Pierre Calame,
directeur général
de la Fondation Charles Léopold Mayer*

Le livre de Bruno Dujardin croise entre elles, à propos de la coopération en matière de santé avec les pays du Sud, deux questions également essentielles: celle de notre conception de la science et de la santé; celle de la coopération internationale dans la situation éminemment dissymétrique des relations Nord-Sud.

Depuis mon enfance, à la fin des années 40, à l'époque de l'empire colonial français, l'action en faveur de la santé «des petits noirs» et des «petits Vietnamiens», car par définition ils étaient toujours petits, a été un domaine de délectation de la solidarité internationale. Et c'est toujours ou presque par le biais de la santé, de cette poignée d'euros dont on nous dit, juré craché, qu'ils vont sauver de pauvres petites vies humaines que l'on suscite la commisération des cœurs les plus endurcis. Il est donc naturel que ce soit à propos des projets de santé que

s'exprime de la façon la plus pure, la logique des projets de développement. Plus encore qu'ailleurs, l'offre de commisération mais aussi le sentiment délicieux de supériorité qui souvent l'accompagne, précèdent la demande.

Jean-David Naudet, un bon expert de la coopération avec l'Afrique, définissait celle-ci comme une démarche qui consiste à trouver des problèmes aux solutions. Il veut dire par là que ce sont les logiques institutionnelles des bailleurs de fonds, les motivations de ceux qui les financent qui sont déterminantes et préfigurent la nature de ce que nous sommes prêts à financer et les modalités selon lesquelles nous sommes prêts à le faire avant même de savoir de qui et de quoi il s'agit. Du fait de son extrême dissymétrie objective, la coopération internationale est une politique d'offre. Le dire, ce n'est pas porter un jugement moral négatif mais c'est constater un fait. Le véritable client est celui qui paie. Et la demande, c'est-à-dire l'expression des présumés bénéficiaires de l'aide, doit pour être recevable se conformer aux critères et aux exigences de cette offre. Tout le jeu consiste à escamoter cette triste réalité pour donner le sentiment qu'il existe une demande qui, comme par hasard, correspond parfaitement à l'offre en question. Il s'agit pour les pays du Sud de tailler des billes qui rentreront exactement dans le trou du tuyau de l'aide. C'est vrai aussi bien pour les projets de la Banque mondiale que pour ceux qui sont financés par la Coopération européenne ou par la majorité des coopérations bilatérales.

Avec des étudiants j'introduis souvent la réflexion sur la coopération Nord-Sud par la devinette suivante : quel est le secteur économique qui selon vous ressemble le plus, par sa structure, à la coopération Nord-Sud ? Et ma réponse est : la haute couture. Qu'est-ce en effet que la haute couture ? Un secteur où un petit nombre de clientes, riches et sensibles aux effets de mode, font travailler d'innombrables cousettes. Ces clients, ce sont les bailleurs de fonds, les cousettes, ce sont les bénéficiaires de l'aide. À tel enseigne que la filière économique de la coopération s'organise comme celle de la mode : elle repose sur des

intermédiaires et des courtiers qui viennent dans les capitales repérer les tendances de la mode pour s'assurer que les produits confectionnés dans les ateliers du Maghreb, de l'Inde, du Pakistan, d'Indonésie ou d'Afrique correspondront aux désirs de l'année.

Et cette logique de la coopération se voit magnifiquement complétée dans le champ de la santé par ce que Bruno Dujardin appelle le paradigme *pasteurien*. Un mode d'approche qui privilégie de façon presque exclusive la recherche en laboratoire, le médicament, le traitement, marginalisant au passage une autre approche de la science, plus systémique, mieux capable de relier les phénomènes entre eux et de tenir compte des attentes des prestataires de soins et des patients. Dans cette approche qui privilégie les connaissances techniques, les compétences et le savoir des professionnels de la santé sont le plus souvent ignorés. Projets de coopération et approches sectorisées de la santé se font écho les uns aux autres pour exproprier les sociétés et les personnes de leur savoir et, chemin faisant, de leur destinée.

Comme le souligne Bruno Dujardin, il n'est pas question de nier par un intégrisme inverse la réalité de la dissymétrie des rapports de coopération ou l'efficacité intrinsèque du paradigme *pasteurien* quand il se limite à son champ d'action spécifique. Il s'agit plutôt de les maîtriser et de les relativiser, et cet enjeu est aussi valable pour les systèmes de santé du Nord qui, *in fine*, souffrent des mêmes maux.

Les paradigmes de la coopération internationale et de la santé sont les reflets de notre modèle dominant de développement, de la portée et des limites d'une certaine manière de concevoir la modernité. Ce modèle est entré dans une crise profonde; on n'en sortira qu'en réformant les systèmes de pensée et les modalités concrètes de gestion de la société, ce qu'il est convenu d'appeler la gouvernance.

En se plaçant en quelque sorte au cœur de cette crise, dans

l'œil du cyclone, l'exploration de Bruno Dujardin, fondée sur une pratique longue et lucide, me paraît aller bien plus loin que le sujet même qu'il traite.

Introduction

Un journaliste africain m'interpellait récemment : « Vous, les médecins, vous, les spécialistes en santé publique, vous vous moquez de nous ! Vous financez des projets de millions de dollars pour nous guérir du sida, de la tuberculose, de la malaria, pour mettre en place des programmes de maternité sans risque mais mon voisin agressé hier soir en rentrant chez lui est mort d'un coup de couteau. Il aurait pu être sauvé mais le service des urgences de l'hôpital ne fonctionne plus depuis des années et personne ne s'en préoccupe ! Et ma voisine, qui est morte d'une simple appendicite ! Et cet autre voisin qui a été ajusté² il y a quelques mois, en pleine dépression, il s'est suicidé ! On n'a rien fait pour lui ! Dommage que ces trois personnes n'aient pas eu la tuberculose, une malaria ou même le sida, au moins on se serait occupé d'elles. Si ma voisine avait été enceinte, elle serait sans doute encore en vie ! Vraiment, vous vous moquez de nous ! Si on ne souffre pas de la maladie qui vous intéresse, alors, on peut mourir ! »

2. Dans certains pays d'Afrique francophone, le mot « ajusté » qualifie un fonctionnaire qui a été licencié suite aux conditions des ajustements structurels.

Je restai interloqué; la discussion, qui promettait d'être tendue, m'évoquait de vieux souvenirs... Juste après la guerre, dans un village en Amérique latine, jeune médecin responsable d'un programme d'urgence, je distribue aux mamans des compléments alimentaires: farine, huile et sucre, pour lutter contre la malnutrition de leurs jeunes enfants. Comme chaque jour, depuis des semaines (conscientieux comme on peut l'être quand on est jeune!), je fais mon rapport au Programme alimentaire mondial (PAM): des dizaines d'enfants pesés, autant de rations alimentaires distribuées, autant d'enfants malnutris soignés; le PAM peut être fier, mes statistiques sont impeccables! Par hasard, je repasse le lendemain dans le même village, j'avais oublié mon rapport et mes formulaires dans le bureau de l'infirmier du centre de santé. Au coin des rues, les jeunes mamans vendaient aux passants des bonbons et des galettes sucrées qu'elles venaient de préparer. Profitant de l'aubaine, j'ai fait provision de sucreries et de galettes, j'en ai aussi acheté pour le personnel de santé. Je me souviens des quelques mots échangés en arrivant au centre de santé: «Nous avons bien travaillé hier, pas vrai? Voici quelques friandises que j'ai pu acheter dans la rue. Bon appétit!» Et leur sourire gentiment moqueur: *Doctorcito, sabes lo que comes?* «Petit docteur, tu sais ce que tu manges?» J'ai failli leur répondre: Ben oui, des friandises (on peut être à la fois naïf et lent à comprendre quand on est jeune!), quand soudain le déclic s'est fait... depuis des semaines, je pesais, je diagnostiquais des centaines d'enfants malnutris que je traitais et qui ne recevaient pas leurs compléments alimentaires! Depuis des semaines je faisais le clown! Je ne m'étais rendu compte de rien et personne ne m'avait rien dit! J'avais le sentiment d'avoir été roulé dans la farine (c'est le cas de le dire!). Pourtant je m'entendais bien avec ces infirmiers, nous faisons une bonne équipe. Je leur ai demandé pourquoi ne pas m'avoir averti? Ils m'ont répondu: «Mais on a fait ce que tu avais demandé: peser les enfants, distribuer la nourriture et remplir tes formulaires!» Devant mon air catastrophé (j'avais

l'impression d'avoir participé au détournement des ressources du projet), le plus âgé des infirmiers essaie de me rassurer en disant : « Ne t'en fais pas c'est toujours comme cela ! » Ce qui ne fit qu'augmenter ma culpabilité et la sensation d'avoir été trahi par les mamans ! (Comme il est difficile quand on est jeune, de prendre le recul nécessaire !) Il m'a expliqué que les mères avaient sans doute raison d'agir comme cela ; avec l'argent gagné elles pourraient acheter des semences, des poulets... bref reconstruire le patrimoine familial, retrouver leur autonomie et à nouveau investir le présent pour construire leur futur. Il m'a aussi dit que, finalement, la fierté retrouvée de ces femmes et de ces familles était plus importante que l'amélioration du poids de leurs enfants ! Je n'ai pas tout compris sur le moment (ah ! ces jeunes !) mais la leçon, difficile à accepter en un premier temps, m'avait ouvert les yeux...

Le journaliste continuait à m'interpeller et les souvenirs à se bousculer dans ma tête. Des expériences semblables vécues dans d'autres pays, ou qui m'avaient été racontées par des amis, des témoins du Nord comme du Sud. C'est toujours la même histoire : le Nord qui offre des interventions, des projets et des programmes qui correspondent aux besoins (maladies, malnutrition...) du Sud, et le Sud, qui se plaint de ne pas être écouté, entendu, compris, se montre passif et refuse de s'appropriier les programmes et projets du Nord. L'échec inéluctable survient mais comme nous avons « la foi », nous ne perdons pas courage et nous proposons une nouvelle « solution miracle » qui, tout aussi inefficace, sera après 5 ou 10 ans remplacée par une autre. Et nous passons ainsi d'une mode à l'autre, de programmes élargis de vaccination en programmes de maternité sans risque, de participation communautaire en assurance de qualité, de recouvrement des coûts en fonds global pour la lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria. La forme change mais le fond du problème reste le même...

Écoutant mon interlocuteur d'une oreille plus que distraite, je me disais : il faut essayer de comprendre pourquoi toujours, nous

refaisons inlassablement et avec une énergie sans cesse renouvelée, les mêmes erreurs? Pourquoi sommes-nous incapables d'apprendre de nos échecs, de notre passé? Quelle est cette force? Quels sont ces paradigmes qui nous empêchent d'y voir clair? Quelles sont leurs caractéristiques et leurs conséquences? Que faire pour nous en détacher et améliorer la situation? C'est à ce moment que j'ai pris la décision d'essayer de comprendre et de faire comprendre pourquoi, dans le domaine des politiques de santé et du développement, nous éprouvons tant de difficultés à proposer des interventions pertinentes qui répondent à la fois aux attentes et aux besoins des individus et des communautés du Sud.

Et pendant ce temps, le journaliste africain, fatigué de me voir si peu réactif, s'était tu et, un peu vexé, quitta la table en me laissant l'addition que gêné, je m'empressai de payer. Désolé, cher ami, pour mon manque de savoir-vivre mais si cela peut te consoler, sache que tu es à l'origine de ce livre!

Santé et développement: paradigmes, vous avez dit paradigmes³? Actuellement, la complexité de la coopération réside avant tout dans l'incohérence des paradigmes et leurs interférences tant dans les domaines scientifiques, culturels que politiques. Les politiques de santé que nous proposons ne répondent pas aux attentes des prestataires de soins et des patients. Nous n'avons pas été habitués à cette incohérence, où le défi aujourd'hui n'est pas de trouver les pièces manquantes du puzzle du développement mais bien plus d'éliminer celles qui, illogiques, surnuméraires ou imposées, n'ont pas leur place pour construire « l'image qui illuminera » les acteurs du développement. Notre passé scientifique, surtout dans le domaine de la santé, s'est construit selon une logique, une cohérence endogène que nous

3. Par « paradigme », nous entendons le cadre de référence, les valeurs qui sous-tendent et déterminent – souvent de façon inconsciente – nos actions. Voir le lexique pour de plus amples commentaires et définitions.

avons par la suite imposée aux populations du Sud, notamment au temps des colonies. L'interpénétration des paradigmes exogènes et endogènes provoque des chocs culturels et déstabilise les acteurs du Sud qui, souvent, se réfugient dans la passivité⁴, l'inactivité pour conserver un certain équilibre et préserver leurs échelles de valeurs.

Nous parlerons beaucoup des problèmes du Sud et du sous-développement des systèmes de santé. Mais les systèmes de santé du Nord ne sont pas épargnés par les conflits de paradigmes. On peut parler de mal-développement des systèmes du Nord : médicalisation du mal-être social, iatrogénéicité, infections nosocomiales... Pour beaucoup d'observateurs du Sud, la misère du monde occidental réside très certainement dans l'appauvrissement des liens familiaux et sociaux qui caractérise la fin du XX^e et le début du XXI^e siècle : l'augmentation impressionnante des familles monoparentales et de l'isolement individuel, la fréquence croissante des dépressions, le manque de solidarité sociale, le peu de chaleur de nos relations humaines, nourritures de l'âme que ne peut remplacer le ventre plein. Et, suprême barbarie aux yeux des acteurs du Sud, l'indifférence et le manque de respect que nous portons à ceux qui nous ont donné naissance, nos anciens. Devenus inutiles, car leurs compétences ne sont plus reconnues par une société centrée sur l'efficacité à court terme, nous les « parquons » dans des homes qui, trop souvent, ne sont que des mouiroirs institutionnalisés.

Du Sud et sans doute plus particulièrement de l'Afrique, nous avons à apprendre et à réapprendre dans le domaine social et des relations humaines. Le but n'étant pas de faire l'éloge

4. Bien entendu, ce n'est pas la seule confrontation de paradigmes qui explique la passivité ou mieux *la résistance passive* des acteurs du Sud. Dans la majorité des cas, il existe une multitude de « bonnes » raisons que nos paradigmes nous empêchent de décoder aisément.

inconsidéré des modes d'organisation sociale du Sud mais de nous laisser interpellé par leurs différences⁵. Notre propre intérêt est de construire une réelle altérité entre Sud et Nord.

En 1999, l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) a publié sous la plume de Jean-David Naudet un livre intitulé *Vingt ans d'aide au Sahel : trouver des problèmes aux solutions*. Livre étonnant car, pour une fois, une institution aussi établie que l'OCDE a pris le temps et a osé publier un ouvrage faisant le bilan de plus de 20 ans de coopération avec les pays de l'Afrique sahélienne. Un bilan sans complaisance, une analyse fouillée qui permet de se rendre compte de l'importance de la situation. Quelques phrases tirées de la préface d'Elliot Berg présentent très clairement le mal-être actuel qui caractérise les institutions de coopération multilatérales, bilatérales et même les ONG :

« Le système d'aide publique au développement vit une phase difficile. Les anciens paradigmes qui sous-tendaient l'assistance économique ont été affaiblis par la fin de la guerre froide et par l'impressionnante augmentation des flux de capitaux privés. Tout au long de cette décennie la question de l'efficacité de l'aide a été au centre du débat parmi les donateurs et a suscité un grand intérêt dans le monde des chercheurs... L'incapacité de l'aide à stimuler la croissance dans l'Afrique subsaharienne, région la plus aidée dans le monde, s'est révélée particulièrement déconcertante et est en grande partie responsable du sentiment d'échec de la politique de coopération... Quelque chose ne tourne pas rond... »

Quelque chose, mais quoi ? Et surtout pourquoi ? Les diagnostics – ou plutôt les constats –, sont souvent les mêmes (Naudet, 1999) : contenu inadéquat des projets, peu d'appropriation par

5. Selon le contexte socio-économique et culturel, la famille élargie peut, par exemple, se révéler un carcan ou un facteur de stabilité et d'équité.

les nationaux, mauvaise gestion, mauvaise coordination entre donateurs, interventionnisme de ces derniers, administration trop complexe...

Ces constats ne sont pas nouveaux et d'autres auteurs y font référence (Dujardin, 1987; Fondation Charles Léopold Mayer, 2000; Lecomte, 1986), certains depuis plus de 20 ans (Murelius, 1981). L'important est d'en comprendre les causes profondes et surtout les raisons pour lesquelles il nous est si difficile de sortir de ces ornières⁶. Dans ce livre et dans le domaine spécifique des systèmes de santé, systèmes complexes⁷ où interagissent de nombreux acteurs sociaux, nous essayerons de mieux comprendre ces paradigmes et leurs conséquences opérationnelles. Cet enjeu n'est pas spécifique au domaine de la santé. En effet, et le livre de Naudet le démontre amplement, les enjeux et les difficultés issus des paradigmes contradictoires, qui se heurtent dans le domaine de la santé, ne sont qu'un exemple particulier d'une problématique plus vaste qui rejoint l'ensemble des domaines de la coopération au développement: éducation, justice, gestion de l'environnement, agronomie...

L'analyse des systèmes complexes, comme le système de santé, est un point d'entrée, une des nombreuses portes qui ouvrent sur une meilleure compréhension du rôle des acteurs⁸ du développement, de leurs attentes, de leurs interactions. L'analyse des paradigmes qui sous-tendent les comportements des différents acteurs est une première étape préalable à l'amélioration des systèmes complexes. En effet, le bon fonctionnement des systèmes complexes, où la composante sociale prédomine, dépend avant tout de la qualité des interactions entre ses différents acteurs. Mais toute personne qui s'intéresse au développement, aux enjeux Nord-Sud est aussi acteur et a aussi ses propres

6. Et non pas comme certains le proposent, de diminuer les efforts de coopération...

7. Voir le lexique pour la définition des systèmes complexes.

8. Voir le lexique pour les notions d'acteur et de système de santé.

paradigmes... Et inévitablement, les résultats de cette analyse vont interpeller nos propres paradigmes et nous feront évoluer. Cette interpellation réciproque est peut-être la façon la plus honnête d'apprendre à mieux se connaître et à progresser ensemble.

Nous faisons ainsi l'hypothèse première que l'analyse réciproque des paradigmes qui nous gouvernent est indispensable pour nous permettre de mieux décoder les enjeux de la coopération. Par cette démarche, nous pourrions, dans un premier temps, prendre conscience des valeurs que nous véhiculons nous-mêmes. Et dans un second temps, apprendre à nous en distancier pour pouvoir nous ouvrir et nous laisser interpeller par les valeurs des sociétés du Sud. Cette démarche est nécessaire et peut intéresser toute personne, spécialiste ou non de la santé, à la recherche de son épanouissement individuel, d'un meilleur développement de son environnement social et d'une plus grande équité au Nord comme au Sud. Bref, le pourquoi de notre existence et de notre passage, hélas ! si bref, ici-bas !

1.

Au Nord comme au Sud, les mêmes plaintes

Un constat⁹

Au Nord comme au Sud, les individus et les communautés se plaignent souvent de la qualité des soins de santé reçus et plus particulièrement de l'incapacité des professionnels de la santé (le plus souvent des médecins spécialistes mais parfois aussi des généralistes et des infirmières) à établir avec eux une relation de qualité, dite empathique. Cette demande répétée, que l'on retrouve dans de nombreux témoignages de patients, est le reflet d'une attente pressante des populations: être mieux écoutées pour être mieux comprises, être mieux informées pour pouvoir mieux participer aux décisions de santé qui les concernent.

9. Certains éléments de ce constat ont été présentés au *Séminaire socioanthropologie de la santé : professionnalisation et actes professionnels*. EHESS Marseille, 18-21 mars 2002 (Dujardin, 2002).

Comment expliquer ce décalage important entre la capacité du corps médical à communiquer et les attentes des patients? Quels sont les facteurs qui peuvent être évoqués? Quelles sont les causes profondes de cette situation? Pourquoi les paradigmes des professionnels de la santé et ceux des patients sont-ils en décalage? Voilà les questions auxquelles nous voudrions apporter quelques réponses.

Pour définir le cadre du débat, commençons par quelques histoires vécues récemment et dans lesquelles la majorité des lecteurs se retrouveront sans doute.

Au Nord : Monsieur X

Monsieur X a 70 ans. Il est atteint d'un cancer du larynx en phase terminale. La douleur est importante, difficile à traiter et le patient commence à s'étouffer, suite à l'extension locale du cancer. Il n'a pas encore été question de son décès, ni de la part du patient, de sa famille ou encore du corps médical. Un dimanche matin, l'épouse de Monsieur X vient lui rendre visite à l'hôpital universitaire, où il est hospitalisé depuis une dizaine de jours. Elle le trouve particulièrement endormi. Se demandant ce qui se passe, elle le lève de son lit et le fait se promener dans les couloirs pour tenter de le réveiller. La fille de Monsieur X vient le visiter plus tard dans la journée. Elle trouve elle aussi que son père a un comportement anormal, fort changé depuis la veille : fatigué, comme détaché de la réalité. Elle demande à l'infirmière ce qui se passe et l'infirmière lui confirme que le traitement a été modifié par le médecin. La fille de Monsieur X demande que le traitement soit suspendu. L'infirmière lui explique que ce n'est pas possible, car elle doit absolument respecter le protocole établi par le médecin qui est absent ce week-end. La fille insiste et devant la résistance de l'infirmière, elle prend la responsabilité d'ordonner l'arrêt du nouveau traitement. Le lundi matin, la fille de Monsieur X revient à l'hôpital, une discussion tendue a lieu avec le médecin, discussion au cours de laquelle elle comprend qu'un protocole d'euthanasie active a

été mis en route, puisque la situation, sans espoir, n'était plus maîtrisée et devenait tout à fait difficile à gérer d'un point de vue médical.

Au Nord : Madame Y

À 27 ans, Madame Y se meurt lentement d'un cancer de l'estomac. Le nouveau traitement ne semble pas être très efficace. Elle est hospitalisée dans un hôpital spécialisé pour ce type de tumeurs, où un traitement expérimental est mis au point. Au cours de cette hospitalisation, elle exprime à son infirmière les difficultés qu'elle a pour entrer en contact et pour établir une relation avec les médecins. Elle ne parvient pas à se faire comprendre ni à comprendre la gravité de son état. La réaction immédiate de l'infirmière est de lui proposer une assistance psychologique.

Au Nord : Monsieur Z

Monsieur Z a eu une fracture complexe du pied gauche et doit subir une intervention chirurgicale. Il bénéficie d'une anesthésie péridurale et l'opération, qui est une belle réussite, se passe sans complications. De retour dans sa chambre, le patient se sent très bien. Mais à une heure du matin, la douleur se réveille brutalement suite à la disparition de l'effet de l'anesthésie péridurale. Monsieur Z fait appel au personnel infirmier qui arrive rapidement et qui, au courant de la situation et selon le protocole établi par le médecin, injecte de la morphine pour calmer la douleur. Après une demi-heure, la douleur étant toujours extrêmement violente, Monsieur Z demande à l'infirmière une seconde injection qui lui est refusée. Il demande alors à l'infirmière de pouvoir recevoir d'autres médicaments pour apaiser cette douleur. Des antalgiques oraux lui sont prescrits, qui resteront sans effets, et pendant six heures, Monsieur Z va subir cette douleur intolérable. Épuisé, à neuf heures du matin, il retrouve le médecin qui l'a opéré. Son médecin lui explique que, dans ce type de situation, il peut arriver que la morphine ne soit pas

efficace et que dans ces cas précis, une injection d'anti-inflammatoire peut donner de bons résultats. Cette injection lui est prescrite et après dix minutes, la douleur disparaît comme par enchantement.

Au Sud : Madame A

Cette dame qui vit en zone rurale est enceinte pour la troisième fois. Les deux premières grossesses se sont déroulées sans difficultés. Mais cette fois-ci, le travail se passe mal, ne progresse pas et une dystocie est diagnostiquée, nécessitant une référence vers un hôpital pour pratiquer une césarienne. Madame A n'a pas l'argent suffisant pour payer le coût de la césarienne ni pour acheter le matériel médical nécessaire : sutures, antibiotiques, coton, etc. Madame A va attendre pendant dix-huit heures que sa famille qui l'accompagne puisse contacter la famille élargie vivant en ville et obtenir auprès d'elle l'argent nécessaire à l'achat du matériel pour la césarienne. Trois jours après, Madame A, épuisée, meurt sans avoir pu récupérer de l'intervention chirurgicale finalement réalisée.

Au Sud : Monsieur B

Cet homme vient consulter le médecin du centre de santé pour une angine non compliquée mais qui, douloureuse, l'oblige à demander l'aide d'un professionnel de la santé. Il est examiné brièvement et reçoit une prescription comprenant quatre médicaments dont des céphalosporines de troisième génération, antibiotique qui coûte dix fois plus cher qu'un autre antibiotique comme l'ampicilline prescrite sous forme de médicament essentiel générique et recommandée pour cette affection. Arrivé à la pharmacie, Monsieur B demande ce qu'il peut acheter avec la somme dont il dispose. Il devra se contenter de deux ou trois comprimés sur les 24 dont il a besoin pour se traiter correctement.

Au Sud : Monsieur C

Monsieur C habite dans un pays d'Afrique francophone où un nouveau programme de lutte contre la tuberculose vient d'être mis en place au début des années 90. Monsieur C se sent affaibli depuis longtemps, une toux rebelle l'ennuie et l'inquiète de plus en plus. Au dispensaire, l'infirmier qu'il consulte pour la première fois le traite pour un simple épisode grippal. Le traitement ne donne pas de résultat et Monsieur C revient consulter. L'infirmier suspecte une bronchite et lui prescrit un antibiotique. Trois semaines après, Monsieur C se sent toujours aussi malade, la toux rebelle ne le quitte pas. Toujours inquiet, Monsieur C revient consulter l'infirmier pour la 3^e fois. Cette fois, devant le tableau clinique qui résiste aux traitements habituels, celui-ci le réfère au laboratoire pour réaliser un examen d'expectoration. Le laboratoire se trouve en ville, à une distance de 30 km du domicile du patient. Comme le prévoit la stratégie du programme national¹⁰ de lutte contre la tuberculose, l'examen de diagnostic nécessite trois expectorations différentes. Après un premier rendez-vous pour le premier examen, le laborantin explique à Monsieur C qu'il doit revenir le lendemain avec une expectoration du matin (2^e examen) et arrivé au laboratoire, un 3^e échantillon sera récolté. Après avoir suivi ces consignes, le patient revient une fois encore quelques jours après, pour obtenir le résultat du diagnostic. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire cavitaire est posé. Le laborantin explique à Monsieur C qu'il doit reprendre contact avec le responsable du centre de santé, lui donner le résultat du diagnostic pour commencer le traitement. Pour la 4^e fois et après déjà 6 contacts avec les services de santé et 3 voyages en ville, Monsieur C consulte à nouveau l'infirmier du dispensaire. L'infirmier, avant de commencer le traitement, avertit

10. Cette stratégie, trois examens d'expectoration, dont deux doivent être positifs pour confirmer le diagnostic de tuberculose pulmonaire cavitaire, est la stratégie internationale proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Monsieur C que, chaque jour, il devra venir au dispensaire pour recevoir le traitement et qu'il devra avaler ce traitement devant lui pour être sûr qu'il a bien pris tous les médicaments pendant les six mois nécessaires à la guérison de la tuberculose. Monsieur C, qui habite à 5 kilomètres du dispensaire, a déjà dépensé beaucoup de temps et d'argent pour pouvoir se déplacer à la consultation et en ville, pour l'examen du laboratoire. Il se rend bien compte qu'il ne pourra pas venir chaque jour au dispensaire, les coûts du déplacement sont trop élevés et s'il doit chaque jour s'absenter de son lieu de travail, il sera renvoyé. Monsieur C ne commencera jamais son traitement.

Ces histoires au Nord comme au Sud, sont multiples et chacun d'entre nous, qui a côtoyé de près ou de loin les services et les professionnels de la santé, peut en raconter d'autres similaires : des patients référés vers un spécialiste et qui doivent subir à nouveau les examens biologiques pourtant déjà demandés par le médecin généraliste, des informations reçues mais non comprises, etc. Ces témoignages de mal-être caractérisent trop souvent la relation entre patients et professionnels de la santé. Il est intéressant de se rendre compte que ces histoires ont toutes au moins une problématique commune : la non-prise en considération des attentes et des priorités des patients et de leurs familles et l'ignorance des exigences liées à leur contexte spécifique de vie : aspects psychosociaux, économiques, pressions sociales... Dans certains cas, d'autres problèmes viennent se rajouter : une stratégie qui ne tient pas compte des contraintes du patient, des structures de santé qui ne travaillent pas de façon complémentaire, etc.

Reprenons chacune de ces histoires pour mieux comprendre ce qui s'est passé.

Monsieur X, en phase terminale d'un cancer du larynx, est en fait dépossédé de sa mort. Sa famille comme son épouse n'ont pu lui dire adieu que grâce à l'intervention ferme de sa fille qui,

d'autorité, a décidé de suspendre le nouveau traitement. Il a donc fallu un acte fort de la famille du patient pour que ce dernier ait le droit d'apprendre que sa dernière heure approchait et avoir ainsi la possibilité de dire adieu à sa famille et à ses enfants. Dans ce premier cas, le comportement du médecin est inquiétant. Convaincu de faire de son mieux pour le bien de son patient, il a décidé seul d'une euthanasie active. Mais il n'était sensible qu'aux seuls aspects médicaux de la pathologie : la douleur rebelle. Il n'a pas tenu compte, ni même pensé à prendre en compte les éventuels désirs du patient et de sa famille.

Nous reviendrons sur le comportement plus qu'étrange du corps médical devant la mort (voir chapitre 3), comportement (paradigme ?) qui, comme le souligne cette citation polémique de Nietzsche de 1889, n'a pas changé depuis plus d'un siècle : « Morale à l'usage des médecins : [...] Mourir fièrement, quand il n'est plus possible de vivre avec fierté. La mort librement choisie, la mort au moment voulu, lucide et joyeuse, accomplie au milieu de ses enfants et de témoins, de sorte que de vrais adieux soient possibles, puisque celui qui prend congé est encore présent, et capable de peser ce qu'il a voulu et ce qu'il a atteint, bref de faire le bilan de sa vie, tout cela par opposition à la comédie pitoyable et atroce que le christianisme s'est permis de jouer avec la dernière heure des mourants¹¹. »

L'histoire de **Madame Y**, la jeune femme atteinte d'un cancer de l'estomac, est également édifiante et montre la difficulté à établir une relation d'égal à égal entre patients et professionnels de la santé. Une demande, simple et naturelle, est perçue comme dérangeante. La référence faite au psychologue montre bien que, dans l'esprit de l'infirmière, c'est la patiente qui a un problème !

11. Nietzsche F., *Le Crépuscule des idoles* (1889).

Le vécu de **Monsieur Z** est aussi étonnant. Sans s'en rendre compte, son chirurgien, excellent au demeurant, est tout simplement en train de lui expliquer que par sa faute, son patient a souffert pendant 6 heures pour rien ! En effet, le chirurgien connaît ce type de douleur rebelle à la morphine, le traitement est disponible mais il n'a simplement pas prévu de donner les consignes idoines.

Qui, dans son contexte familial, n'a pas vécu une relation complexe et conflictuelle avec le corps médical, notamment en ce qui concerne l'accès à une information de qualité, compréhensible. Une information pertinente qui permet au patient de pouvoir jouer correctement son rôle de patient : participer activement à la résolution de son problème et, si possible, prendre une décision éclairée entre les différentes alternatives que le monde médical et les techniques disponibles peuvent lui offrir.

Au Sud également, des histoires semblables sont nombreuses, des histoires de femmes en travail (**Madame A**), nécessitant une césarienne et dont le mari passe des heures – et parfois des journées – à récolter en ville, auprès de familiers, l'argent nécessaire pour pouvoir payer le matériel, les fils de suture, les médicaments et, souvent les dessous-de-table exigés par les professionnels de la santé, avant la réalisation de cette césarienne qui sauvera peut-être la vie de la femme.

Un autre exemple concerne les prescriptions médicales faites lors des consultations curatives (**Monsieur B**). Les infirmiers comme les médecins, au lieu de prescrire le médicament le plus efficient (à la fois efficace mais qui tient compte des ressources financières du patient, comme les médicaments essentiels sous forme générique), préféreront prescrire des antibiotiques de dernière génération (céphalosporines et autres médicaments de luxe), même si le patient n'a pas la capacité financière d'acheter ces médicaments coûteux à la pharmacie privée et donc de se

traiter correctement. Au traitement efficace et efficient, les professionnels, souvent mal conseillés par les délégués pharmaceutiques, privilégient leur image de marque, leurs connaissances scientifiques et prescrivent les dernières molécules mises sur le marché.

Le cas de **Monsieur C** montre qu'une stratégie correcte d'un point de vue scientifique et technique peut être contre-productive lorsque le vécu quotidien des patients n'est pas pris en compte. Non seulement Monsieur C ne sera pas guéri de sa tuberculose mais il s'est ruiné dans ces multiples allers et retours entre les différents services de santé. Cet exemple montre bien la différence de paradigme entre un « programme de lutte contre la tuberculose » et un « programme de prise en charge des patients tuberculeux », et les résultats paradoxaux obtenus lorsqu'un modèle est appliqué sans tenir compte du « contexte » dans lequel il s'inscrit ! Nous y reviendrons au chapitre 4.

Un dernier commentaire pour terminer l'étude de ce cas. Au milieu des années 90, une nouvelle stratégie a été mise en place dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose (WHO, 1997), stratégie visant à assurer la régularité du traitement en exigeant que les patients prennent chaque jour leur médicament devant les professionnels de la santé. Cette stratégie a au moins deux inconvénients : elle infantilise les malades en partant du principe que les patients sont toujours incapables d'être responsables et d'assurer la prise régulière des médicaments dont ils ont besoin, et surtout cette approche ne tient aucun compte des conséquences pour le patient : frais indirects importants liés au transport, perte de temps de travail, problème de la garde des enfants à domicile, etc. En conséquence, les patients tuberculeux qui vivent loin des centres de santé ne peuvent plus être réguliers, alors qu'ils pourraient y arriver en recevant les médicaments une fois par semaine pour prise à domicile. Cette stratégie a été mise au point par les meilleurs spécialistes mondiaux de la tuberculose. Il ne s'agit pas d'un problème de formation mais d'une incapacité à se mettre à la place des

patients, à comprendre leurs contraintes et leurs attentes. Après plusieurs années d'une bataille scientifique dans les journaux spécialisés, la situation s'est enfin améliorée et les spécialistes de la tuberculose ont commencé à assouplir leur stratégie.

Ces histoires multiples, dont les variantes sont innombrables, caractérisent encore trop souvent les relations entre politique de santé, professionnels et patients; entre le monde médical, les individus et les communautés et cela est hélas ! vrai, au Nord, au Sud, à l'Est et à l'Ouest !

Pourquoi ce manque de dialogue ?

Devant un même constat, qui se répète quels que soient les lieux, et qui est permanent puisqu'il perdure depuis plusieurs dizaines d'années, il faut se poser certaines questions.

– Pourquoi cette attitude distante et même parfois méprisante des professionnels de la santé envers leurs patients et les communautés dont ils sont responsables ?

– Pourquoi cette incohérence entre les compétences des professionnels, notamment les spécialistes, et les attentes et besoins des patients ?

– Pourquoi, très souvent, les connaissances techniques et médicales sont-elles inversement corrélées avec la capacité relationnelle des professionnels ? Pourquoi le spécialiste est-il trop souvent incapable d'entamer un réel dialogue avec son patient ? Pourquoi le généraliste y réussit-il déjà un peu plus souvent ? Et pourquoi l'infirmier¹² est-il généralement capable d'expliquer de manière compréhensible ce qui se passe ?

– Pourquoi ce refuge des professionnels de la santé dans leur pouvoir médical et pourquoi cette peur et ce rejet d'une relation empathique envers leurs patients ? Et comment expliquer que les

12. Cette règle générale souffre au Sud comme au Nord de nombreuses exceptions : on peut bien entendu rencontrer des infirmières distantes ou, pire, qui maltraitent leurs patients...

professionnels de la santé peuvent, *in fine*, se satisfaire d'une situation aussi conflictuelle et si peu valorisante en termes de relations humaines¹³ ?

– Pourquoi cette réalité universelle n'est-elle pas évidente dans le sens où elle ne constitue toujours pas un sujet privilégié d'enseignement dans les facultés de médecine, dans les écoles d'infirmières ?

– Pourquoi les stratégies des programmes spécifiques ne tiennent-elles pas compte des attentes des patients ?

– Et finalement, la question sans doute la plus importante : pourquoi les patients et les prestataires de soins de première ligne sont-ils si peu souvent considérés dans la planification, l'organisation et l'évaluation des systèmes de santé ?

Tout d'abord, il importe de préciser que cette situation est connue depuis longtemps. Différents livres ont été écrits à ce sujet, notamment *La médecine en question* de Guy Caro¹⁴, *Némésis médicale* d'Ivan Illich¹⁵ pour ne citer que deux des livres qui ont eu un certain écho dans les années 70. Souvent, la réponse apportée à ces questions est la suivante : l'incapacité de communiquer et d'échanger dans un réel dialogue entre professionnels de la santé et individus, patients et populations, serait due à une différence en termes de classe sociale ou encore au fait d'exercer un pouvoir basé sur des connaissances techniques médicales, à l'appât du gain, etc. Ces explications sont réelles mais ne concernent qu'un nombre restreint de cas. Elles représentent le sommet de l'iceberg et les situations caricaturales que l'on montre du doigt mais des facteurs plus profonds, plus prenants, plus « massifs » doivent intervenir pour expliquer le malaise généralisé et cette non-communication si fréquente entre patients et professionnels. Ces facteurs déterminent

13. Sans oublier les conséquences sur l'efficacité de la prise en charge : symptômes ressentis mais non exprimés par les patients, etc.

14. Caro G., *La Médecine en question* (1969).

15. Illich Y., *Némésis médicale. L'expropriation de la santé* (1975).

pourquoi malgré des études, des efforts, des remises en question, il y a si peu de changements réels et pourquoi les comportements des professionnels sont toujours si peu adéquats. Au point que cette inadéquation est parfois intégrée par les patients eux-mêmes: «Ah! mon médecin, il est froid et distant mais il me soigne très bien, c'est ce qui compte, non?» Comme si on ne pouvait être à la fois chaleureux et compétent... Alors que la thérapeutique est nécessairement globale. Il est d'ailleurs paradoxal que la (re)découverte des troubles psychosomatiques dans les années 70-80 n'ait engendré que si peu de changements dans la qualité de la prise en charge des patients.

On a l'impression qu'une force incontrôlable, une espèce de lame de fond emporte les professionnels de la santé et les empêche d'établir ce dialogue, cet échange si ardemment souhaité par les patients. En tous cas, les déterminants généralement identifiés ne concernent qu'un faible pourcentage de professionnels et surtout ne permettent pas de comprendre pourquoi nous ne parvenons pas à sortir de ce cercle vicieux. Par exemple, l'appât du gain en tant que tel, n'est pas un déterminant majeur puisque dans la majorité des cas, que ce soit au Nord comme au Sud, le choix d'autres professions facilement accessibles aux classes sociales privilégiées aurait pu déboucher sur des gains plus importants: commerces, banques, ministères, douanes, etc. Et il faut reconnaître que la majorité des étudiants en première candidature de médecine¹⁶ ont – déclarent en tous cas avoir – comme principale motivation pour s'embarquer dans cette profession, le désir de se rendre utile, de répondre à des problèmes sociaux... Non, les vraies raisons sont plus profondes! Enracinées dans l'inconscient collectif des professionnels de la santé, elles représentent le paradigme médical dominant.

16. Voir à ce sujet l'ouvrage *Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, édité par Aiach P. et Fassin D. et plus particulièrement l'article de Déchamp-Leroux C. (1994).

Le défi : comprendre les paradigmes sous-jacents

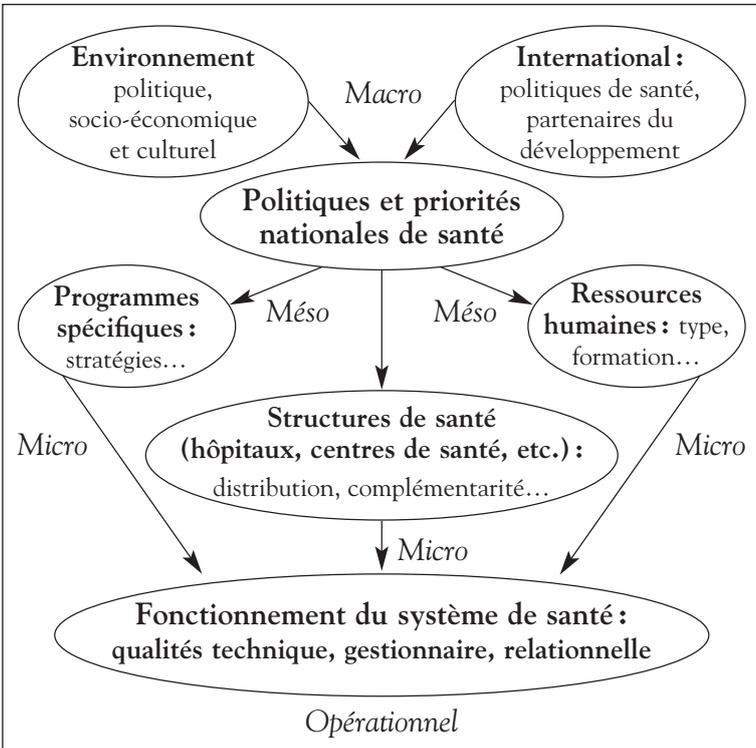
L'enjeu de notre réflexion ne sera donc pas de décrire et de comprendre les variables et facteurs associés déjà identifiés par d'autres auteurs¹⁷, mais d'identifier les paradigmes, enjeux culturels et inconscient collectif, qui sont les facteurs explicatifs premiers de ce conflit latent et parfois ouvert entre politiques de santé, professionnels et populations.

Comme nous le verrons dans les études de cas présentées au chapitre 4, ces paradigmes qui influencent la qualité de la relation patients-prestataires, influencent aussi différents aspects ou déterminants du fonctionnement des systèmes de santé : le choix des stratégies développées par les programmes de santé, le type de fonctionnement et de relation entre les acteurs et les structures du système de santé, le contenu des politiques de santé et la définition des priorités dans le domaine de la coopération au développement.

La figure 1, page suivante, présente de façon schématique les principaux déterminants du fonctionnement des systèmes de santé et leurs interrelations.

17. Voir à ce sujet les ouvrages cités de G. Garo et Y. Illich, mais aussi Skrabanek, 1995.

Figure 1. Les différents déterminants et niveaux d'un système de santé où les paradigmes peuvent intervenir.



On peut regrouper ces déterminants en quatre niveaux différents :

- *Macro* : les facteurs externes au système de santé : l'environnement au sens large et les influences des politiques internationales de santé et des partenaires du développement.
- *Mésos* : les politiques et priorités nationales définies et mises en place par le ministère de la Santé.
- *Micro* : les ressources mobilisées pour réaliser les politiques et priorités définies au niveau méso : ressources humaines, structures (hôpitaux, centres de santé...), programmes spécifiques.

– *Opérationnel* : c'est-à-dire le niveau des opérations, les services et les soins de santé délivrés par les prestataires. Il s'agit de la qualité du fonctionnement du système de santé dans ses activités quotidiennes y compris l'interface avec les patients et la population en général. Ce dernier niveau est le résultat de l'influence directe ou indirecte des trois premiers.

Combinée aux spécificités socio-économiques, culturelles et politiques, l'influence des paradigmes concerne les différents niveaux. Les paradigmes déterminent le fonctionnement de l'ensemble du système de santé. Au chapitre 4 nous présenterons des études de cas et les enjeux qui illustrent les effets des paradigmes sur le fonctionnement des quatre niveaux des systèmes de santé.

Les mêmes enjeux, au Nord comme au Sud

Une remarque s'impose : les enjeux sont les mêmes au Nord et au Sud, même si, de part et d'autre, l'organisation et le fonctionnement des systèmes de santé présentent certaines particularités. Les systèmes de santé du Sud sont en fait plus « visibles », plus faciles à analyser parce que souvent d'une moins grande complexité comparés aux systèmes de santé de la Belgique et de la France, par exemple. Il y a moins d'acteurs et une plus grande interaction entre les différents niveaux du système : un ministre de la Santé du Sud est quelque'un de bien plus accessible que son *alter ego* du Nord. Le Sud se caractérise également par une présence apparemment plus importante de l'État en tant qu'agent qui pourvoit, contrôle et planifie les services de santé. Mais dans la réalité, cet État est de moins en moins capable de se faire respecter. Les systèmes de santé du Sud sont aussi très fragiles et, dernière différence importante, l'influence exogène sur les politiques nationales de santé est plus grande au Sud que dans le Nord.

Les problèmes de sous-financement chronique et les conséquences socio-économiques de la crise économique et des ajustements structurels (Hugon, 1990; Reed, 1999) font que la corruption s'est aggravée et est devenue quasi généralisée au niveau des institutions du Sud¹⁸ et pas seulement dans le domaine de la santé. Associé à cette corruption, il existe actuellement un déficit croissant de la morale et de l'éthique professionnelle, différence importante par rapport aux systèmes de santé du Nord¹⁹. Bien entendu, ce ne sont pas les professionnels du Sud qui « par essence » seraient moins éthiques que ceux du Nord. Simplement, les conditions actuelles de vie et de travail dans certains pays du Sud sont telles qu'en l'absence de contre-pouvoirs réels, tous les dérapages sont possibles. Les systèmes de santé du Nord soumis aux mêmes contraintes développeraient très certainement les mêmes caractéristiques.

Dans les chapitres suivants, en nous basant sur notre expérience et sur les échanges tenus avec les patients, les individus, les communautés et les professionnels de la santé, nous essaierons de mieux comprendre le contenu de ces paradigmes.

Il se peut aussi qu'une des principales explications trouve ses racines dans l'histoire récente de la médecine. Un détour historique et une mise en perspective de notre science médicale actuelle s'imposent.

18. Voir à ce sujet l'enquête réalisée sous la direction de G. Blundo et Olivier de Sardan (2001) en Afrique de l'Ouest.

19. Ce qui ne veut pas dire que les systèmes du Nord ne connaissent pas aussi de graves problèmes éthiques comme le scandale du sang contaminé, la dépendance des recherches cliniques et des scientifiques par rapport aux financements privés (firmes pharmaceutiques), etc.

2. Pasteur et le paradigme pasteurien

Commençons cette mise en perspective par l'analyse du paradigme pasteurien²⁰. Avant d'en parler, il est nécessaire de rappeler le contexte historique de la naissance de la médecine moderne, et pourquoi pas une petite histoire !

La médecine : une très jeune science

La médecine est une science vieille comme le monde et pourtant sa « version moderne », son efficacité est d'acquisition toute récente. En effet, en 1789, la Révolution française et la Déclaration universelle des droits de l'homme ne faisaient en aucune manière référence à la santé. Pourquoi ? Tout simplement parce que la santé était considérée avant tout comme un don de la nature ou un don de Dieu, selon les croyances

20. Selon les auteurs, on retrouve cet adjectif sous la forme de « pasteurien » ou de « pastorien », mais nous avons choisi d'utiliser la plus courante : « pasteurien ».

religieuses de chacun. Ce qui montre bien le peu de confiance que la société de cette époque faisait dans la capacité des médecins et des professionnels de la santé à guérir les pathologies des individus et des populations.

Lors de la révolution industrielle du XIX^e siècle, différentes sciences connurent un essor rapide et très important : la physique, la chimie, les communications, l'ingénierie... toutes sauf la médecine. Bien sûr, au XVIII^e et au début du XIX^e siècle, il y eut de grandes découvertes médicales. Bichat, Pinel, Laennec et d'autres savants s'attachent à mieux comprendre les fonctions internes du corps humain et essaient d'identifier les conséquences des maladies. Des avancées symboliques très significatives sont réalisées : l'intérieur du corps humain, domaine exclusivement divin jusqu'au XVIII^e siècle est investi par l'homme et par la science médicale naissante (Lambrichs, 1993).

Mais pendant plusieurs dizaines d'années, la médecine demeure encore limitée dans ses traitements et interventions chirurgicales²¹. Jusque dans les années 1860-1870, la médecine peut être considérée comme la science pauvre de la révolution industrielle. Les médecins étaient vus — et se percevaient ? — comme des « pseudo-scientifiques » puisque incapables de faire montre d'une efficacité suffisante dans le traitement des pathologies les plus courantes à cette époque : choléra, diphtérie, typhus, pneumonie, tuberculose, infections diverses, etc. On se trouve donc devant une situation paradoxale : une impuissance quasi totale du monde médical à pouvoir maîtriser un tant soit peu le décours des maladies alors que les découvertes s'accumulent et que les autres sciences progressent à pas de géant.

21. Pour ceux qui sont intéressés par une meilleure compréhension de la période prépasteurienne de l'histoire de la médecine, le livre de Vallery-Radot (1994), *Les précurseurs*, p. 159-182, et celui de Lambrichs (1993), *Histoire et Vérité*, p. 49-70, apporteront d'utiles informations complémentaires.

Assez logiquement, les populations et les médecins eux-mêmes ont une piètre image de la profession médicale. Les médecins sont souvent vus comme des charlatans, des apprentis sorciers par leurs patients. Bien sûr, la chirurgie a fait d'énormes progrès, notamment la chirurgie de guerre : amputations et autres, mais on oublie trop souvent que la mortalité postopératoire était extraordinairement élevée. Lors de la guerre de Crimée par exemple, 66 % à 92 % des soldats blessés au combat et amputés décédaient de complications infectieuses²². C'est l'époque où le patient refuse de monter sur la table d'opération car, mourir pour mourir, autant éviter la souffrance d'une intervention dont il sait avoir peu de chances de survivre²³. Il y a moins de 150 ans de cela !

La révolution pasteurienne va remettre les pendules à l'heure. En moins de deux décennies (1870-1885), Pasteur va permettre à la médecine de rattraper le temps perdu. Il lui donnera l'aura et l'efficacité qu'elle n'avait jamais eues et que les médecins et patients attendaient avec la plus grande impatience. Un aphorisme de Nietzsche illustre cette situation favorable au retentissement mondial du génie de Pasteur : « Ma conception du génie. Les grands hommes sont, comme les grandes époques, des explosifs où s'accumule une énorme force retenue. Historiquement et physiologiquement, la condition première de leur apparition est que, pendant longtemps, on ait accumulé, amassé, mis de côté et retenu en les attendant – qu'aucune explosion n'ait eu lieu depuis longtemps. Quand dans la masse, la tension est devenue trop forte, l'excitation la plus accidentelle suffit à susciter le « génie », l'« action », le grand destin. » Pour mieux comprendre le « tremblement de terre pasteurien » et ses conséquences à long

22. Chiffres rapportés par Baudens dans *La guerre de Crimée* (Paris, 1858) et cités par Vallery-Radot (1994) et par Dubois (1996).

23. Dans les hôpitaux de Paris, la situation était aussi désespérante. Le chirurgien Denonvilliers disait à ses élèves : « Quand vous aurez une amputation à faire, regardez-y à dix fois, car si nous décidons d'une opération, trop souvent nous décidons d'un arrêt de mort », cité par Vallery-Radot (1994).

terme, notamment son impact sur les scientifiques et sur la culture médicale actuelle, commençons par une petite histoire.

Une journée pas comme les autres

Un jour, fin septembre, comme souvent à cette période de l'année, le temps est maussade. Une petite pluie fine et froide détrempe les bâtiments de l'institut vers lesquels je marche à pas pressés. J'ai froid mais il me suffit de franchir les grilles du campus pour sentir une certaine chaleur m'envahir. Cela fait plus de 10 ans que je travaille ici et, toujours, j'ai un pincement au cœur quand le « Jour » arrive. Je me demande : combien serons-nous ? Qui viendra ? Quels mots le directeur va-t-il prononcer ? Je me dépêche, l'heure est bientôt là et je ne veux à aucun prix être en retard. Vite, je me change dans mon bureau, j'enfile ma blouse blanche et je sors en direction du vieux bâtiment. Les allées de l'institut, les couloirs se remplissent de scientifiques mais aussi du personnel technique et administratif. Tous convergent vers le Lieu. Je reconnais les directeurs des départements de biologie moléculaire et de bactériologie, ils sont venus comme toujours. Tiens, la virologie est là aussi. Le gardien et la secrétaire de l'accueil sont, comme chaque année, fidèles au rendez-vous.

C'est étonnant, comme la même scène se perpétue ! Au fur et à mesure que nous nous approchons de l'endroit, les discussions s'estompent, les voix se font discrètes et finissent en murmures. On a l'impression que les derniers mots s'inversent et se transforment à nouveau en pensées !

Dans le couloir, juste avant les marches, nous sommes nombreux, déjà silencieux et pensifs. Avant de descendre, je jette comme chaque fois un coup d'œil sur la plaque en bronze du début du XX^e siècle, discrète, placée en haut à gauche de l'entrée : « À notre Chef. Les membres de l'institut ». Je ne sais pas pourquoi mais cette petite phrase, si concise, si brève, m'émotionne

toujours. Sans doute le fait de savoir que depuis plus de 100 ans, chaque année, à son anniversaire, nous sommes une petite centaine de scientifiques à venir nous recueillir en ce lieu. Pour certains d'entre nous, nos parents, voire nos grands-parents ont sans doute déjà participé à la cérémonie.

Les premiers arrivés et le directeur sont déjà en bas. Je suis bien placé, ni trop devant, ni derrière. Il faut attendre pour descendre les premières marches. Malgré la pénombre, j'ai le temps de relire une de ses maximes préférées, inscrites en mosaïques sur la voûte, au-dessus de nos têtes : « Heureux celui qui porte en soi un dieu, un idéal de beauté et qui lui obéit : idéal de l'art, idéal de la science, idéal de la patrie, idéal des vertus de l'Évangile ». Il aimait bien parler de lui le grand homme ! « Éloquence, grande éloquence, grandiloquence ! » Je m'en veux de ce jeu de mots idiot qui frise le manque de respect, car le lieu devient solennel.

Nous descendons les dernières marches, il y a foule. Au bas de l'escalier, au sortir de l'obscurité, je suis, comme toujours, émerveillé par la magie, la splendeur de cette crypte du plus beau style byzantin. Des dizaines de milliers de petites mosaïques à dominance dorée dessinent sur la voûte quatre anges : la Foi, l'Espérance, la Charité et la Science. Des mosaïques polychromes évoquent en de nombreuses allégories ses multiples découvertes : chiens malades, moutons et poules, mais aussi pampres, branches de mûrier et de houblon. Même le jeune berger Jupille est représenté.

On attend que les derniers arrivent et descendent. Nos rangs se serrent. Mon regard un peu distrait tombe sur les lapins et les tubes dessinés en mosaïques. Je ne peux m'empêcher de sourire (en pensée !), car une phrase me revient à la mémoire : « Contemplons ces lapins et ces tubes à essai, ces cobayes et ces microscopes en mosaïque azur et dorée, comme si le laboratoire en une apothéose s'élevait jusqu'au ciel²⁴ ». Tout de même, ces

24. Cette phrase est tirée de l'ouvrage de Latour, *Pasteur : une science, un style, un siècle*, Perrin, institut Pasteur, 1994.

hagiographes! Cette crypte n'est tout de même pas une fusée pour nous emporter au paradis! Encore que...

Mais chut! je me concentre, les derniers sont arrivés, le silence est absolu, le recueillement profond. La cérémonie annuelle de l'anniversaire de la mort de Pasteur (car c'est de lui qu'il s'agit) va commencer. Le directeur prend la parole²⁵: il nous rappelle l'histoire de cette cérémonie en ce lieu sacré, où chaque année, depuis plus de 100 ans, nous nous retrouvons pour commémorer l'esprit de notre maître et nous inspirer de son exemple. Le directeur fait le bilan de l'année écoulée. Il nous rappelle les événements importants, les réussites scientifiques, mais aussi les dangers qui menacent l'institut et son rayonnement de par le monde. Il s'interroge et nous demande, en notre âme et conscience de nous poser les questions, toujours les mêmes questions, qui doivent nous guider, nous éclairer. Sommes-nous les dignes héritiers du grand savant? Sommes-nous à la hauteur de sa pensée? Sommes-nous fidèles à son dévouement? Avons-nous donné le meilleur de nous-mêmes? Pasteur peut-il être fier de ses disciples?

Je sens que les paroles et les questions du directeur font mouche, nous interpellent: que penserait Pasteur de son institut s'il revenait parmi nous? Sommes-nous ses dignes héritiers? Serait-il fier de notre travail? Avons-nous d'une façon ou d'une autre failli à son honneur, à sa mémoire? Devant sa tombe et dans le silence recueilli, j'ai l'impression que c'est Pasteur lui-même qui, par l'intermédiaire du directeur, nous interroge. Je sens que chacun autour de moi fait le bilan de son travail de l'année écoulée et s'engage dans de nouvelles résolutions.

Puis, à tour de rôle nous faisons le tour de la tombe de Pasteur. Dans le recueillement et l'émotion, je ne peux moi aussi

25. Au début de l'histoire de l'institut Pasteur, cette cérémonie se passait dans la grande bibliothèque où, après le discours du directeur, chaque pasteurien venait lui assurer son respect et son dévouement: « Cérémonie intime et pourtant émouvante par laquelle se perpétuait le caractère familial d'une institution » (Delaunay, 1988).

m'empêcher d'adresser un hommage silencieux au grand homme et de silencieuses promesses.

La cérémonie s'achève. Dans le silence de nos pensées et de nos résolutions pour l'année qui vient, nous sortons de la crypte. L'âme apaisée par cette communion, je me sens aussi un peu étourdi par l'intensité de cet hommage et la profondeur du recueillement de tous ces disciples de Pasteur.

La lumière du jour et cette petite pluie fine qui n'arrête pas calmement peu à peu mes émotions. Me vient alors cette réflexion : comme il serait reposant d'avoir un maître à penser, un père fondateur, dont je n'aurais qu'à emboîter les pas, et comme il serait facile que ce soit Louis Pasteur !

L'œuvre de Pasteur

L'histoire que vous venez de lire est romancée. Si j'ai visité plusieurs fois la crypte de Pasteur, je n'ai pas eu l'occasion de participer à la commémoration de l'anniversaire de sa mort²⁶. J'ai essayé de reproduire l'atmosphère, les émotions et les pensées que pourrait avoir un scientifique de l'institut Pasteur lors de cette cérémonie. En février 1994, j'ai eu l'occasion de participer comme spécialiste en santé publique, à une réunion scientifique financée par la commission recherche de l'Union européenne et organisée par l'institut Pasteur. Cette réunion, portant sur les interactions sida-tuberculose et la définition des priorités de recherche, rassemblait des scientifiques de différents pays d'Europe. Au cours de cette réunion, nous avons eu l'occasion de visiter le musée Pasteur et la crypte. Guidé par les

26. Lors d'une discussion pendant le séminaire de socioanthropologie de la santé « Professionnalisation et actes professionnels » organisé par l'EHESS à Marseille, les 18-21 mars 2002, M. Christophe Perrey, qui a fait sa thèse de sociologie sur l'institut Pasteur et qui a personnellement assisté à cette cérémonie, m'a très aimablement communiqué certaines informations concernant le rituel de la commémoration du décès de Pasteur.

scientifiques de l'institut Pasteur, j'ai été à la fois surpris et ému par l'intense recueillement et par la vénération qu'ils portaient au grand savant. En octobre 2002, j'ai eu l'occasion de visiter seul la crypte²⁷. J'y ai retrouvé la même émotion. Une émotion intense que doivent très certainement partager les scientifiques qui, chaque année, assistent à cette cérémonie de commémoration de la mort de Pasteur. Une émotion que l'on ressent aussi – mais de façon moins forte – lors de la visite du musée. Musée qui, installé tout comme la crypte dans les bâtiments du campus de l'institut, remplit encore aujourd'hui une fonction symbolique importante: un trait d'union à la fois culturel, philosophique et scientifique qui renforce la cohésion entre les disciples, les héritiers de Pasteur. Deux extraits de la plaquette de présentation du musée attestent de cette fonction symbolique: «... Tout cela fait qu'on a le droit de dire que le musée Pasteur est, avant tout, un musée du souvenir. «Musée sanctuaire», l'a défini un jour un visiteur... La vie quotidienne y a laissé des traces encore visibles. Chacun peut y voir un lieu de recueillement. L'homme de science pourra y découvrir pour sa part une source d'enseignements et d'inspiration». «Pasteur, Roux... Chaque pasteurien, dans cette maison qui demeure, elle, si vivante, s'efforce de rester fidèle à leur mémoire» (Delaunay, 1988). Un des traits marquants de la personnalité de Pasteur est d'avoir, de son vivant, « programmé » la diffusion de sa pensée et de son œuvre. Nous y reviendrons.

Dans son introduction à l'article « Quand les pasteuriens traquaient la maladie du sommeil²⁸ », Jean-Pierre Dozon cite un ouvrage de Bruno Latour²⁹ sur le pastorisme, dans lequel ce dernier fait remarquer que «... Pasteur ne fut pas « simplement » un grand savant, un génial découvreur mais aussi « et peut-être

27. Je voudrais ici remercier Mme Patricia Cardin du musée Pasteur de m'avoir donné l'occasion de cette visite individuelle en dehors des heures d'ouverture et pour le détail des informations aimablement communiquées.

28. Dozon, 1985.

29. Latour Bruno, *op. cit.*

surtout » un excellent stratège et un fin politique. Les traits de génie de Pasteur et des pasteurien émanent davantage du pouvoir qu'ils ont su conquérir et des alliances qu'ils ont su contracter que de leur seule découverte bactériologique. Le pasteurisme correspond à un bouleversement scientifique (que d'aucuns pourraient appeler un changement de paradigme)... »

Paradigme, vous avez dit paradigme ? En tous cas, cette citation présente bien la complexité et la grandeur du personnage et surtout de son école de pensée. Mais, voyons plus en détail l'œuvre de Pasteur et les origines historiques de ce nouveau paradigme.

L'épopée pasteurienne

À partir des années 1870, les découvertes de Pasteur donneront à la médecine et aux professionnels de santé leurs premières lettres de noblesse en tant que science et scientifiques modernes. En réfutant la théorie de la « génération spontanée³⁰ » et en prouvant l'existence des germes, Louis Pasteur va, en moins de quinze ans, révolutionner la médecine en mettant au point et en prouvant l'efficacité d'une logique implacable : **une cause** (un germe spécifique), **un effet** (une maladie spécifique), **un traitement** (une intervention spécifique, comme la vaccination dans le cas de la rage).

Le changement est brutal, et surtout d'ordre symbolique comme le décrit très bien cet extrait de l'ouvrage de Lambrichs (1993). « Avec les conquêtes pasteuriennes et la réfutation définitive de la génération spontanée, la science fait encore un pas supplémentaire. Plus de magie, plus de miracle, plus de vie à partir de rien : les patientes expérimentations du savant, menées avec l'obstination quasi diabolique qui le caractérise, apportent la preuve matérielle de l'existence des germes, sans lesquels aucune maladie infectieuse ne saurait surgir. L'inconnu

30. Les tenants de la génération spontanée pensaient que les micro-organismes (et même les vers de terre) apparaissaient spontanément dès que les conditions propices étaient réunies.

pathologique cède du terrain, les mystères du monde matériel trouvent des explications chaque jour plus fondées et plus convaincantes. La science, impérialiste, accroît irrésistiblement son territoire. Confortée par les premiers succès de Pasteur, la vérité scientifique, une et indivisible, est perçue comme immuable. Telle est la nouvelle foi du XIX^e siècle ! »

On peut parler d'une réelle révolution dont la portée ne peut être comprise qu'en se rappelant le désespoir des scientifiques avant l'ère pasteurienne. Un texte du chirurgien Alphonse Guérin rapporté par P. Dubois (1996) exprime très bien cette désespérance. Lors d'une communication en 1873 à l'académie de médecine de Paris, le docteur Guérin disait : « Dans mon désespoir, cherchant toujours un moyen de prévenir cette terrible complication des plaies, j'eus la pensée que les miasmes dont j'avais admis l'existence, parce que je ne pouvais pas expliquer autrement la production d'infection purulente, pourraient bien être des corpuscules animés de la nature de ceux que Pasteur a vu dans l'air, et dès lors l'histoire des empoisonnements miasmatiques s'éclaira pour moi d'une clarté nouvelle. Si, dis-je alors, les miasmes sont des ferments, je pourrais prémunir les blessés contre leurs funestes influences en filtrant l'air, comme Pasteur l'avait fait... J'imaginai alors un pansement ouaté et j'eus la satisfaction de voir mes prévisions se réaliser ». Ce trait de génie permit au chirurgien Guérin, en 1871, à l'hôpital St-Louis, de sauver 19 de ses 24 opérés, blessés lors des combats de la Commune de Paris. Un succès inespéré pour l'époque.

Le génie de Pasteur fut non seulement d'être un chercheur hors pair mais d'être également doté d'un charisme redoutable : excellent tribun, de contact aisé avec la grande presse, écrivain de qualité, dont la plume acerbe interpellait avec efficacité tant les journalistes que les hommes politiques³¹. Pasteur fut aussi fin

31. Pasteur a notamment écrit une lettre fameuse à Napoléon III, critiquant l'argent dépensé pour la construction de l'Opéra et exigeant des financements pour sa recherche !

stratège politique et homme public. Il accorda une grande importance à la visibilité de ses découvertes médicales. La presse et le public étaient conviés aux séances de vaccination et tenus régulièrement au courant de l'avancée de ses recherches et de ses découvertes ! Ces qualités lui ont permis d'ouvrir de nombreuses portes, de vaincre les nombreux opposants à ses théories révolutionnaires³² et surtout d'obtenir les appuis politiques et financiers nécessaires à la réalisation de son œuvre.

Bien entendu, d'autres scientifiques³³ avançaient dans les mêmes recherches que Pasteur, notamment en France, où le biologiste Claude Bernard dans son œuvre *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* avait le premier mis au point les méthodes de recherche dont Pasteur s'inspira par la suite³⁴. En Angleterre et en Allemagne aussi, plusieurs scientifiques comme Lister et Koch avaient réalisé différentes découvertes préparant le terrain de l'ère pasteurienne, parfois dans un contexte de concurrence exacerbée, notamment entre Koch et Pasteur. Mais c'est ce dernier qui eut l'intelligence de trouver cette logique « **une cause – un effet – un traitement** », de démontrer sa réalité de façon objective et surtout d'en assurer une publicité extraordinaire. Le 20 août 1885, le petit Joseph Maister, garçon de dix ans qui avait été sauvagement mordu début juillet par un chien enragé, est sauvé grâce au vaccin inventé par Pasteur. Cette date du 20 août 1885 pourrait être choisie comme date d'entrée de la médecine dans le cénacle des « sciences modernes » puisque pour la première fois, le cycle était bouclé : la cause identifiée, l'effet reconnu et le traitement efficace

32. Pour une analyse complète de la controverse entre Louis Pasteur et Felix Archimède Pouchet sur la génération spontanée d'êtres microscopiques, voir l'article de Bruno Latour « Pasteur et Pouchet: Hétérogénéité de l'histoire des sciences », publié sur le site :

www.ensmp.fr/~latour/Articles/38-POUCHET.html.

33. Dans son livre sur Pasteur, Maurice Vallery-Radot consacre un chapitre aux mérites respectifs de ses précurseurs (Vallery-Radot, 1994, p. 159-182).

34. Les discussions entre Pasteur et Bernard à propos de la recherche expérimentale sont analysées par M.D. Grmek (1991).

disponible. Cette date est le début de l'histoire de la (toute) puissance des médecins sur la maladie. Le succès de Pasteur et de son nouveau vaccin contre la rage fut quasiment instantané et mondial, puisqu'en 1886, des patients mordus par des chiens enragés venaient déjà en groupe de Russie et des États-Unis³⁵ pour se faire traiter par l'équipe de Pasteur. Mais ce dernier succès ne faisait que couronner une longue série de découvertes.

Les découvertes de Pasteur

Pasteur, qui n'était pas médecin mais chimiste de formation, accumula dans des domaines aussi variés que la cristallographie et la médecine, une série impressionnante de découvertes. Chaque fois, quel que soit le domaine concerné, l'application stricte de la méthode expérimentale mise au point par Claude Bernard (Pasteur fut un élève assidu des enseignements de Bernard et lui voua un profond respect), combinée à un sens aigu de l'observation et à un travail obstiné ont été à la source de la découverte. Ses principales réussites sont renseignées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. *Les principales études et découvertes de Pasteur*³⁶.

Époque	Domaine concerné
1845	Chimie fondamentale – cristallographie : dissymétrie moléculaire : acide tartrique et paratartrique.
1855-1860	Chimie et biochimie : étude de la fermentation. Découverte de la fermentation lactique, butyrique et acétique.

35. L'épisode des quatre enfants américains de Newark, mordus par un chien enragé le 3 décembre 1885, est décrit par B. Hansen (1991). Cette histoire, qui fut vécue comme un conte de Noël, enflamma la presse américaine pendant plusieurs mois et contribua à la renommée internationale de Pasteur dans le monde anglo-saxon.

36. Tableau composé sur la base des informations de Dubois (1995) et de Valléry-Radot (1994).

Époque	Domaine concerné
1860-1865	Découverte des germes : réfutation de la théorie des générations spontanées.
1863-1865	Étude des maladies du vin.
1870-1873	Étude des maladies de la bière.
1865-1870	Étude des maladies des vers à soie.
1878	Application de la théorie des germes à la médecine et à la chirurgie.
1875-1885	Identification du germe responsable des septicémies.
1877-1881	Étude de la maladie du charbon (cheptel) et preuve expérimentale du vaccin contre le charbon.
1880-1883	Étude du choléra des poules.
1882-1883	Étude du rouget des porcs.
1880-1885	Étude de la rage et fabrication du vaccin contre la rage.

Le plus souvent, Pasteur était appelé à l'aide pour circonscrire un désastre économique. Ses réussites nombreuses et d'importance économique vitale pour les régions touchées (vin, vers à soie, charbon) ont très vite assis sa réputation auprès des autorités mais aussi auprès d'un public de plus en plus large.

Un contexte favorable à l'émergence d'un nouveau paradigme

Pour bien comprendre l'extraordinaire impact de Pasteur et le changement de paradigme qui en résulte rapidement, il faut se replacer dans le contexte de l'époque.

Le piétinement de la médecine et de l'ancien paradigme

Les tenants de la génération spontanée n'apportaient aucune solution concrète aux souffrances des populations et leur théorie empêchait la science d'évoluer. En revanche, les scientifiques qui suivaient les recommandations de Pasteur voyaient diminuer rapidement le nombre de décès par septicémie. Sa théorie révolutionnaire permettait à la science d'ouvrir des espaces de recherche nouveaux et multiples.

Les grandes épidémies sont toujours présentes

Dans la seconde moitié du XIX^e siècle, les grandes épidémies qui ont traumatisé l'Europe sont encore très menaçantes : épidémie de variole pendant la guerre de 1870, épidémie de peste à Porto, épidémies de choléra... La diphtérie décime les enfants (deux filles de Pasteur en sont mortes, à 2 et 12 ans³⁷).

L'impact économique des découvertes

Comme nous l'avons vu, différents problèmes nuisent au développement économique de l'agriculture et posent de véritables urgences dans certaines régions. Notamment le vin et la bière qui ne se conservent pas, les maladies des vers à soie dans le Midi de la France mais aussi la maladie du charbon qui décime fréquemment 10 % du cheptel. Pasteur en moins de 20 ans trouvera une solution à tous ces défis.

L'honneur retrouvé de la France

L'apogée de Pasteur débute juste après le désastre de la guerre de 1870. Après cette débâcle nationale, la presse et le monde politique français trouvent en Pasteur le savant idéal, capable de redorer une fierté nationale bien mal en point. Pasteur est lui-même un fervent patriote. En 1870, il renvoie le diplôme de docteur que l'université de Bonn lui avait conféré en 1868, avec

37. L'impuissance de la médecine devant la maladie de ses enfants aurait été un des facteurs qui motiva Pasteur à affronter un milieu médical qu'il connaissait mal mais qu'il savait fortement opposé à ses nouvelles théories.

en prime une lettre quasi injurieuse (Dubois, 1996). Lors du succès de la vaccination de Joseph Meister contre la rage, Pasteur écrira : « Je suis bien heureux que ce nouveau succès soit dû à la France, et que le premier sujet humain sur lequel la rage aura été empêchée, après morsure, soit venu d'Alsace » (cité par Dubois, 1996). C'est dans ce contexte qu'il faut comprendre la virulence de l'opposition entre Pasteur et Koch.

Un engouement scientifique croissant après une controverse acharnée

Les détracteurs de Pasteur furent nombreux et acharnés. Par leur défaite, ils contribuèrent bien involontairement au succès et à la diffusion de la pensée de Pasteur³⁸. On parlera dorénavant de « pasteurien » pour identifier les scientifiques qui, de plus en plus nombreux, vont se rallier aux thèses de Louis Pasteur et élargir le champ des recherches aux autres germes responsables des principales pathologies de cette époque : tuberculose, peste, choléra, diphtérie, septicémie, fièvre puerpérale, etc.

Si la vaccination contre la rage emporta un succès immédiat, d'autres mesures préconisées par Pasteur mirent beaucoup plus de temps à être acceptées. Ainsi, dans le cas de la fièvre puerpérale, Pasteur interpellait ses détracteurs dans un de ses discours à l'académie de médecine de Paris en ces mots : « Ce qui cause l'épidémie, ce n'est rien de tout cela, c'est le médecin et le personnel qui transportent le microbe d'une femme malade à une femme saine. » Pasteur expliquait ainsi aux tenants de la génération spontanée l'origine de la fièvre puerpérale, septicémie qui emportait bon nombre de femmes accouchant dans les milieux hospitaliers. À cette époque, cette théorie³⁹, qui mettait en

38. Lors d'un choc entre deux paradigmes, l'importance du succès de l'un sera en grande partie à la mesure de l'échec retentissant de l'autre...

39. Déjà en 1857, le docteur Ignaz Semmelweiss, dans son hôpital viennois, avait découvert que les fièvres puerpérales provenaient des germes transportés par les mains de ses étudiants qui s'occupaient des parturientes après avoir disséqué des cadavres. Le simple lavage des mains avait fait chuter l'incidence des fièvres. Mais cette connaissance capitale n'avait pu être diffusée dans le monde médical.

cause le comportement des médecins accoucheurs, fut réfutée ou ignorée par de nombreux scientifiques. Ce qui explique pourquoi, jusque dans les années 1930, la mortalité hospitalière par fièvre puerpérale atteignait des valeurs fort élevées dans certains pays : plus de 600 décès maternels pour 100 000 naissances aux États-Unis (Loudon, 1992) mais moins de 300 en Suède, pays où l'asepsie était devenue une pratique générale des sages-femmes, formées professionnellement et responsables de la majorité des accouchements (De Brouwere, 1997). De simples précautions élémentaires d'hygiène individuelle et de stérilisation appliquées par le corps médical auraient pu sauver la vie de dizaines de milliers de femmes.

Les caractéristiques du nouveau paradigme médical

En moins de 10 ans, de 1877 (étude de la maladie du charbon) à 1885 (vaccin contre la rage), un nouveau paradigme est mis en place par Pasteur et son équipe. Nous y reviendrons de façon plus détaillée au chapitre 3, mais il est intéressant à ce stade d'identifier quelles sont les principales caractéristiques du bouleversement scientifique qui va survenir en l'espace de quelques années seulement.

Priorité à la recherche fondamentale et à l'innovation technologique

Fin des années 1880, la médecine se trouve dans une situation tout à fait exceptionnelle où la recherche a pris une ampleur extraordinaire. En moins de 15 ans, la médecine est passée d'un état encore quasi moyenâgeux à un état de science moderne, reconnue par la société et ayant sa propre méthodologie (la recherche en laboratoire) et son découvreur, son scientifique de référence, dont l'importance ne fera que grandir. L'important est en fait l'innovation technologique, l'accès à de nouveaux traitements (vaccins) qui vont donner une efficacité nouvelle et une puissance certaine au corps médical et assurer aux médecins leur renom, leur visibilité et le financement de leur nouvelle mission par les patients, la société et l'État. Lorsque Pasteur lance son

idée d'institut, il ouvre une souscription publique et contre toute attente, le succès est immense. Partout, en France et en Europe, du plus humble au plus riche, les gens répondent à l'appel et près de 30 % du budget nécessaire proviendra de cette souscription publique. Le musée Pasteur est rempli de coupes, vases, tableaux et autres objets d'art «... témoignages d'admiration, de gratitude et de respect» (Delaunay, 1988).

L'hôpital : un lieu de guérison

L'hôpital n'est plus un mouroir auquel les patients essayent d'échapper mais devient un centre de techniques et de recherches à la pointe des progrès de la science et, dans le cas de la rage, un lieu de « guérison quasi miraculeuse ».

Le patient et son contexte important peu

Le rôle du patient est marginal puisque dans la logique des découvertes de Pasteur, l'enjeu est ailleurs : il faut et il suffit d'identifier le germe et de disposer d'une intervention efficace – prévention, isolement, traitement. Le patient n'est que l'hôte passif du germe. Il importe d'éliminer et si possible d'éradiquer l'agent pathogène, ce qui assurera automatiquement la guérison du patient. Cette logique qui semble réductrice aujourd'hui était en fait très pertinente à cette époque, quand il s'agissait de lutter contre les grandes pathologies infectieuses.

L'État interpellé

Sous la pression sociale mais aussi politique, induite par le charisme de Pasteur et de ses disciples, l'État est de plus en plus interpellé pour financer la recherche et l'accès aux nouveaux traitements. Mais l'État laisse le soin aux professionnels de la santé de prendre les initiatives et d'organiser les recherches, les soins et services de santé.

Ainsi, au début du XX^e siècle, la santé publique naissante va, grâce à la nouvelle « théorie du germe », s'orienter dans la lutte contre les pathologies infectieuses, notamment par l'éducation à

la santé (hygiène individuelle) et l'hygiène du milieu (lutte contre les vecteurs, adduction d'eau potable, évacuation des eaux usées). Cette lutte, par ses succès rapides, va entraîner un contrôle sociosanitaire de plus en plus important des populations.

Les instituts Pasteur

Louis Pasteur a eu en plus le génie d'assurer sa postériorité scientifique en créant les instituts Pasteur qui, au Nord comme au Sud, vont diffuser la science pasteurienne mais aussi et surtout son paradigme, notamment en formant de nombreux chercheurs. De plus, les médecins militaires qui seront responsables de la santé des colons et ensuite des colonies, vont tous suivre une formation à l'institut Pasteur de Paris avant de partir outre-mer.

Au tournant du siècle, Paris est devenu le centre mondial de la médecine et tous les scientifiques du monde ont les yeux tournés vers Paris, Pasteur et son école de pensée.

Pasteur et son entrée dans la légende

Pasteur est un des rares scientifiques à avoir connu la gloire de son vivant. Acclamé lors des grands congrès médicaux (Londres en 1881, Genève en 1882, Édimbourg en 1884), il fut aussi élu à l'Académie française en 1881. En 1895, Pasteur eut droit à des funérailles nationales et à un éloge prononcé par le président Poincaré sur le parvis de Notre-Dame de Paris. Fait sans doute unique, son corps repose dans une crypte dans l'institut qui porte son nom, réalité très symbolique qui, comme nous l'avons vu, permet aux pasteuriens de faire revivre la pensée du père fondateur et d'assurer la transmission intergénérationnelle de l'esprit pasteurien.

Ce qui est intéressant pour notre histoire, c'est que Louis Pasteur a très vite acquis par les différentes facettes de sa

personnalité, non seulement une image quasi mythique de sauveur de l'humanité, mais avant tout du savant incontesté (et incontestable⁴⁰?) qui a donné à la médecine ses premières lettres de noblesse. Pour mieux comprendre ce « mythe Pasteur », il vaut la peine d'aller visiter son tombeau à Paris où l'ambiance, le recueillement, la beauté de la crypte, symboliquement située entre deux laboratoires de recherche, renforcent l'impression qu'un être exceptionnel est enterré en cet endroit. La dédicace faite au début du siècle par les scientifiques de l'institut Pasteur : « À notre chef » exprime bien dans sa simplicité et sa force, cette adulation du monde scientifique pour Louis Pasteur⁴¹.

Une approche sociologique

Pour la suite de notre propos, il est intéressant de mieux cerner, d'un point de vue sociologique, le « phénomène Pasteur », « l'esprit pasteurien », et de montrer comment, plus de 100 ans après sa mort, le paradigme pasteurien est toujours aussi vivant et présent dans le conscient et dans l'inconscient collectif du corps médical. Commençons par décrire en quelques traits le personnage.

40. Certains auteurs, comme l'historien américain Geison, qui a eu l'occasion d'analyser les carnets de laboratoire de Pasteur (cité par Dubois, 1996), et Decourt, en 1980, critiquent certains comportements de Pasteur. Il n'aurait par exemple pas fait mention des travaux du vétérinaire Galtier qui avait inventé avant lui un vaccin contre la rage des chèvres et des moutons. En fait Pasteur, qui connaissait les travaux de Galtier, lui a rendu hommage (cité par Vallery-Radot, 1994).

41. Pour la petite histoire, M^{me} Pasteur est, elle aussi, enterrée dans cette crypte mais séparée de son mari, dans une tombe discrète près de l'autel. C'est elle-même qui, ne se sentant pas digne de cet honneur, aurait refusé de reposer dans la tombe de son mari !

Quelques traits de la personnalité de Pasteur

Célèbre pour ses dons de tribun et sa plume aiguisée⁴², Pasteur aimait bien appuyer ses idées par quelques maximes qui reflètent bien le personnage, son culte de l'expérimentation et sa volonté profonde de transmettre un message universel :

– « Ayez le culte de l'esprit critique. Réduit à lui seul, il n'est ni un éveilleur d'idées, ni un stimulant de grandes choses mais sans lui, tout est caduc. Il a toujours le dernier mot. »

– « N'avancez rien que vous ne puissiez prouver par l'expérimentation. »

– « Si le savant doit avoir une patrie, la science ne doit pas en avoir. »

– « Allez enseigner à toutes les nations. »

– « La science n'a pas de patrie, parce que le savoir est patrimoine de l'humanité, le flambeau qui éclaire le monde. »

– « Par la persévérance dans la recherche, on finit par acquérir ce que j'appelle volontiers l'instinct de vérité. »

– « La science et la passion de comprendre sont-elles autre chose que l'effet de l'aiguillon du savoir que met en notre âme le mystère de l'Univers ? Où sont les vraies sources de la dignité humaine, de la liberté et de la démocratie moderne, sinon dans la notion de l'infini devant laquelle tous les hommes sont égaux⁴³ ? »

Passionné, Pasteur pouvait montrer un caractère entier et parfois ombrageux. Ainsi en 1880, le professeur Jules Guérin, âgé de plus de 80 ans et apostrophé par Pasteur, se jeta sur lui. Séparés par des membres de l'académie, Guérin demanda réparation et on faillit assister à un duel entre un octogénaire et un

42. Ce qui est moins connu c'est que Louis Pasteur était aussi un grand admirateur des gens de lettres : « Les lettres planent au-dessus des sciences et j'ai certes une très haute idée de la science, de son passé et de son avenir. Ah ! C'est qu'il y a en nous deux choses, le cœur et le cerveau. Les lettres émanent de l'un et de l'autre. La tête, seule, à la rigueur, peut suffire à la science. Ce doit être là le secret de la supériorité des premières. »

43. Cité par Dubois (1996).

hémiplegique ! Comme quoi, on ne badinait pas avec la science à cette époque !

D'autres pasteurienens semblèrent, en revanche, plus gênés par l'aspect autoritaire, rugueux et conservateur de Pasteur. Les auteurs citent différentes anecdotes : « La discipline que voulait faire régner Pasteur à l'École normale supérieure était telle qu'il demandait à ses élèves de se mettre en rang par deux avant de rentrer en cours », « il était interdit de fumer ». Nommé en 1857 directeur des études scientifiques de l'École normale, il dut finalement démissionner devant la levée de boucliers provoquée par ses méthodes pédagogiques trop conservatrices.

Pasteur montrait aussi parfois des comportements obsessionnels, notamment le fait de se laver les mains plusieurs fois par jour et son refus de serrer la main par crainte de contamination par les germes.

D'autres qualités du grand homme étaient notamment son désintéressement (tous ses brevets furent laissés au domaine public) et ses qualités humaines dans ses relations avec les malades. Son plus grand geste fut sans doute d'accepter de vacciner la petite Louise Pelletier, trente-sept jours après la morsure. Pasteur savait bien que son vaccin, administré bien trop tard, ne pouvait plus sauver l'enfant mais devant les supplications de la mère, il finit par accepter. Il assista lui-même au décès de l'enfant. Quinze ans après, le père de la petite Louise écrira au beau-fils de Pasteur : « Parmi les grands hommes dont j'ai pu connaître la vie, aucun ne me paraît plus grand [que Pasteur]. Je n'en vois pas un seul, comme dans le cas de notre chère petite fille, capable de sacrifier de longues années de travail, de mettre en péril une réputation universelle de savant et marcher sciemment à un douloureux échec, simplement par humanité » (cité par Dubois, 1996).

À côté de ses qualités humaines indéniables, Pasteur avait aussi ses défauts, hélas ! parfois soigneusement cachés par ses hagiographes.

Un des premiers reproches⁴⁴ qui lui ont été faits est son souci de visibilité et un certain opportunisme. Pour imposer ses idées, Pasteur ne s'est pas confronté à une maladie fréquente, responsable de dizaines de milliers de morts comme la tuberculose, le choléra ou la diphtérie. Pasteur s'est attaqué en un premier temps à la rage, maladie pourtant très rare (moins d'une centaine de cas par an à cette époque en France), car cette pathologie, par son évolution longue et ses symptômes horribles, terrifiait le grand public et aussi les hommes politiques⁴⁵. Pourquoi ce choix ? Sans doute parce que, en cas de victoire, il était certain d'acquérir une renommée immédiate et les fonds nécessaires pour faire triompher ses idées. De plus, dans ce cas-là comme dans d'autres, Pasteur faisait preuve d'« opportunisme scientifique », reprenant des études faites par d'autres chercheurs, mais non finalisées, pour les mener à bien. Il profitait ainsi des travaux de Galtier, vétérinaire lyonnais qui avait mis au point un vaccin pour protéger les chèvres contre la rage.

Dans son livre *La vérité médicale*, Louise Lambrichs (1993) consacre plusieurs pages (85 à 114) à l'analyse des reproches faits par Decourt et d'autres auteurs. Nous avons déjà cité l'épisode Galtier mais d'autres faits rapportés par Lambrichs sont troublants : le vaccin finalement utilisé contre la rage aurait été mis au point par Émile Roux, le premier collaborateur de Pasteur (dont le rôle dans le triomphe de l'esprit pasteurien a sans doute été sous-estimé), les statistiques présentées par Pasteur à l'Académie des sciences étaient incomplètes et prématurées, le décès par rage de Rouyer, enfant de 12 ans, sera dissimulé par un faux certificat médical rédigé par le professeur Brouardel, médecin expert et professeur de médecine légale⁴⁶...

44. Mais doit-on parler de « reproche » ou plutôt de « clairvoyance et d'intelligence » ?

45. C'est pour cette raison sans doute que Pasteur, à la fin de sa vie, s'attaqua, en vain cette fois-ci, à l'épilepsie, pensant la guérir grâce à son vaccin antirabique (cité par Dubois, 1996).

46. Le professeur Brouardel a justifié ce faux certificat en disant à Roux :

Pasteur n'est pas le « saint laïque » ou encore le bienfaiteur de l'humanité, dont les écoliers de France et d'ailleurs ont appris l'histoire pendant des générations successives, « mais il est, à sa façon, un homme de génie. Il a de la science une idée grandiose, une vision qui dépasse en puissance et en ambition toutes celles de ses contemporains. Pour lui, le combat pour la cause scientifique ne se livre pas seulement dans la recherche au laboratoire mais aussi dans les allées du pouvoir, dans la presse, dans l'opinion. Sans crédits, la recherche ne peut progresser. Sans coup d'éclat, elle ne peut convaincre » (Lambrichs, 1993).

En ce sens, l'image du grand savant, plus proche et plus humaine, nous est aussi plus attachante !

Que signifie l'esprit pasteurien ?

Les disciples de Pasteur

Une des forces de Pasteur est d'avoir pu, de son vivant, créer par ses qualités et son aura une école de pensée qui va attirer de nombreux disciples du monde entier. Comment définir l'esprit pasteurien ? Le plus simple, peut-être, est de le demander directement aux pasteuriens qui, se revendiquant de l'héritage de Pasteur, en assurent la transmission active d'une génération à l'autre, parfois sous forme de témoignages où les envolées lyriques reflètent la relation filiale et la fusion affective quasi totale entre le scientifique et Pasteur, son père spirituel.

« Tous composaient cet ensemble qui a été et qui reste l'institut Pasteur. Comment ne point admirer ? Comment, aussi, ne pas sentir une unité ?

Il y avait eu un homme : Pasteur et son œuvre.

Puis, l'œuvre d'un seul était devenue l'œuvre de cent.

Le maître avait ouvert la route.

« Si je ne prends pas position en votre faveur, c'est un recul immédiat de 50 ans dans l'évolution de la science. Il faut éviter cela. » Cité par Lambrichs (1993).

Ses coups, bien assurés, avaient décelé la veine qu'il fallait suivre.

L'appel entendu, des équipes s'étaient formées, mineurs poussant, jour après jour, leur front de taille.

Là où avait régné la nuit, la lumière s'était mise à luire...

Mais pourquoi cette suite continue d'efforts, pourquoi cette obstination ?

À coup sûr, parce que chaque travailleur avait été conduit par un mobile spirituel. Ce mobile, c'est l'esprit pasteurien.

De quoi est fait cet esprit ?

Legroux, l'un des nôtres, l'a défini de la sorte : « C'est un esprit d'obstination, de rigueur, un désir grandiose des joies de la pensée, une poursuite anxieuse du vrai, une guerre acharnée contre soi-même, contre la tentation de croire trop vite à la victoire. » Et Legroux a ajouté : « Tout cela suffit à donner au grand corps de nos travailleurs une âme, un style, une unité. »

Une âme... Voilà ce qu'a dit Legroux. Voilà ce que je veux redire avec lui.

Parce que j'y crois.

Qui commande le présent, l'avenir ? Le passé.

Nous qui connaissons le passé de l'institut Pasteur, nous pouvons, j'en suis sûr, être rassurés.

Les hommes changent, les méthodes changent, les buts varient...

Tout au long de sa vie, un corps se transforme.

Mais l'âme de ce corps, elle, est immuable. Être pasteurien, c'est porter un sceau. C'est s'ajouter un peu d'une autre âme qui vous élève et qui vous anoblit. C'est réchauffer le meilleur de soi, même à la flamme allumée naguère par le plus grand de tous⁴⁷. »

Ce texte permet de mieux comprendre l'aspect « profession de foi » des héritiers spirituels et scientifiques de Pasteur. On dit que

47. Delaunay A., *L'institut Pasteur, des origines à aujourd'hui*, Paris, Éditions France-Empire, 1962.

les traumatismes importants se transmettent pendant au moins cinq générations soit dans la famille, soit dans la communauté; il en va sans doute de même pour les triomphes qui, génération après génération, peuvent continuer à influencer le comportement des disciples mais aussi leur inconscient.

Et aujourd'hui que signifie être pasteurien ?

L'interview de Maxime Schwartz, directeur de l'institut Pasteur par J. Viruega⁴⁸, interview réalisée à l'occasion du centenaire de la mort de Pasteur, confirme la réalité et l'actualité de cet « esprit pasteurien ». Nous reproduisons ci-dessous certains extraits de cette interview.

« – Que signifie pour vous être pasteurien aujourd'hui ?

– [...] Il y a aussi un esprit pasteurien. Il résulte en partie du fait que l'institut Pasteur est une grande institution localisée sur un seul site, ce qui crée un sentiment de communauté, favorisé par le respect de la mémoire du fondateur. Je rappelle que la tombe et l'appartement de Pasteur sont ici même. L'esprit pasteurien est fait de plusieurs choses: le vœu d'être à la pointe du progrès, le souci d'allier la recherche fondamentale à la recherche appliquée... l'esprit pasteurien se définit enfin par la conviction que la recherche médicale doit servir tout le monde. »

– L'institut a donc hérité de l'image de Louis Pasteur, « sauveur de l'humanité ?

– Le prestige de l'homme est considérable. Cent ans après sa mort, Louis Pasteur est une figure médiatique extraordinaire. On le mesure cette année: à côté de l'anniversaire officiel que nous avons impulsé, de très nombreuses manifestations se sont organisées spontanément, dans 30 pays à ma connaissance, il y en a sûrement d'autres encore... »

48. « Être pasteurien aujourd'hui. Entretien avec Maxime Schwartz », quotidien belge La Cité, septembre 1995. Le texte est disponible sur le site www.regards.fr/archive/1995/.

– Vos liens sont-ils étroits avec les 24 instituts Pasteur disséminés sur les cinq continents ?

– Pasteur a envoyé ses élèves partout dans le monde. Ce sont souvent les grands pionniers, Loir, Calmette et Yersin notamment, qui ont fondé les instituts à l'étranger... Une fois par an, tous les directeurs se réunissent à Paris. Le sentiment d'une communauté, presque d'une famille, est alors particulièrement vif. »

Cette interview montre que l'esprit pasteurien est aujourd'hui encore très présent dans le monde. Il repose et se construit sur des ambitions scientifiques claires mais aussi de façon plus symbolique et affective sur le sentiment de partager une même communauté d'esprit, d'appartenir à une famille élargie au monde entier.

Un rituel annuel pour revivifier l'esprit pasteurien

Après des obsèques nationales, le gouvernement français avait prévu d'inhumer Pasteur au Panthéon mais son épouse demanda qu'il repose dans son lieu de travail. Contrairement au commun des mortels, Pasteur a bénéficié d'un privilège immense, celui de reposer au milieu de son institut et, de façon – oh ! combien – symbolique, entre deux laboratoires, parmi ses disciples, comme pour mieux les encourager de sa présence, les inspirer de son esprit toujours vivant. Au-delà de sa mort, par la force de sa présence toujours physique sur son lieu de travail, Pasteur exerce, bien après sa disparition, un pouvoir toujours réel. Pouvoir sanctifié par le rite de la commémoration annuelle de sa mort, rite qui crée cet esprit de communauté scientifique, cet esprit de famille qui singularise si bien le réseau des instituts Pasteur. Cette cohésion, cette reconnaissance des pasteuriens entre eux leur assure aussi une plus grande force et une meilleure visibilité auprès du grand public et des décideurs. L'entretien de l'esprit pasteurien est aussi une réelle source de pouvoir.

Nietzsche, contemporain de Pasteur, faisait déjà observer le lien étroit entre science et pouvoir : « Où l'on s'exerce par la science au pouvoir, non au savoir. La valeur d'avoir pendant

quelque temps pratiqué exactement une science exacte ne réside pas précisément dans ses résultats : car ceux-ci, comparés à l'océan de ce qui vaut d'être su, n'en seront qu'une goutte infiniment petite. Mais on en retire un surcroît d'énergie, de logique déductive, de ténacité dans l'effort soutenu ; on a appris à atteindre un but par des moyens adaptés à ce but. C'est en ce sens qu'il est très précieux, en vue de tout ce que l'on fera plus tard, d'avoir été une fois dans sa vie homme de science. »

La mission pasteurienne

Le but de l'institut Pasteur a été récemment redéfini⁴⁹.

« Il est caractérisé par la notion que la recherche scientifique n'est ni fondamentale ni appliquée mais unique malgré sa diversité du fait de sa nature universelle. Il réunit des chercheurs venant du monde entier, consacrés à une mission décisive à toutes les époques : augmenter les connaissances en biologie pour améliorer le sort des hommes de tous les pays, en particulier vis-à-vis des maladies infectieuses qui naissent et renaissent en permanence sur notre planète. Les recherches pasteurienne concernent donc l'étude des microbes, des moyens de défense naturels et des vaccins contre les infections, la compréhension des maladies infectieuses et des relations entre les microbes et leurs hôtes, en se basant sur une meilleure connaissance des cellules et animaux vivants, normaux ou infectés, et sur des modifications de l'environnement sur l'évolution des micro-organismes. »

Dans cette définition, comme dans l'œuvre de Pasteur et de ses successeurs se retrouvent trois aspects importants :

– Premièrement, une profession de foi, une notion de mission aux aspects religieux : « Il réunit des chercheurs venant du monde entier, consacrés à une mission décisive à toutes les époques : augmenter les connaissances en biologie pour améliorer le sort des hommes de tous les pays... »

49. Ce texte nous a été communiqué par M. Ch. Perrey.

– Deuxièmement, un danger constant dont l'ampleur justifie la mission: «... en particulier vis-à-vis des maladies infectieuses qui *naissent et renaissent en permanence sur notre planète*». Comme si, un peu partout dans le monde, chaque jour venait voir s'éclorre de nouvelles pathologies infectieuses!

– Troisièmement, une focalisation sur un objet scientifique très précis: l'étude des microbes et des moyens de s'en protéger.

La thèse qui sous-tend la mission des pasteurien est donc clairement explicitée: c'est par la recherche et la production de nouvelles connaissances dans la lutte contre les microbes que les chercheurs vont pouvoir réaliser leur mission salvatrice, messianique: améliorer le sort des hommes de tous les pays.

Pasteur dans l'inconscient collectif des individus et des populations

«L'efficacité pasteurienne a conquis les foules. Quoi de plus naturel? Tout homme pris dans l'aventure comme le furent les médecins du début du siècle, eut été emporté par le vent d'enthousiasme qui souffla dans la profession comme dans le public et chez les malades» (Lambrichs, 1993). À l'évidence, Pasteur fait donc partie de la conscience collective des scientifiques mais aussi et c'est important, de la mémoire collective du grand public. Il suffit pour s'en assurer de compter de par le monde le nombre de rues, de boulevards, d'avenues, de collèges ou de cliniques qui portent le nom de Pasteur. Je n'ai pas vérifié mais je ne crois pas qu'il existe une capitale dans ce monde qui ne porte d'une manière ou d'une autre le nom de Pasteur.

Nous avons tous en tête l'image de Pasteur, le scientifique «bienfaiteur de l'humanité», image véhiculée par les livres scolaires. Le plus souvent, c'est pendant l'enfance et à travers une imagerie hagiographique, symbolique, que le premier contact avec l'illustre savant s'est établi. Cette première image laissera une trace indélébile, paradigmatique, dans l'esprit du commun des mortels comme des plus grands.

Les caractéristiques du paradigme pasteurien

Finalement, comment expliquer l'influence paradigmatique de Pasteur sur l'ensemble du corps médical et, surtout, comment expliquer que certains lui vouent toujours aujourd'hui un culte aussi présent ? Comme nous l'avons mentionné, la principale conséquence de l'irruption de Louis Pasteur dans le domaine scientifique et médical à la fin du XIX^e siècle est d'avoir donné, en quelques années, une toute puissance au corps médical, puissance basée sur la recherche fondamentale, l'innovation technologique et la structure hospitalière comme lieu de traitement et de guérison. Nous ne reviendrons pas sur ces conséquences immédiates déjà décrites. Nous analyserons dans cette partie d'autres caractéristiques, moins immédiates, moins visibles mais sans doute encore plus importantes pour notre propos : l'influence du paradigme pasteurien sur le fonctionnement actuel des systèmes de santé.

La spécialisation des professionnels de la santé

La conséquence inévitable de la logique pasteurienne est la spécialisation médicale et la création de nouvelles professions spécifiques : bactériologue, immunologue, virologue, phtisiologue pour la tuberculose... spécialisation renforcée par la création au début du XX^e siècle d'une prestigieuse revue scientifique spécifique : *Les annales de l'institut Pasteur* où les débats scientifiques les plus pointus sont publiés.

La tendance à la spécialisation sera d'autant plus grande qu'elle assure une reconnaissance professionnelle et sociale importante : le découvreur de l'agent pathogène donne son nom au germe spécifique identifié, Bordet – Bordetella Pertussis (coqueluche), Yersin – bacille de Yersin (peste), Koch – bacille de Koch (tuberculose), etc. La course à la renommée est lancée, les scientifiques et chercheurs vont se lancer dans les espaces nouveaux et multiples ouverts par Pasteur. La majorité des germes bactériens responsables des grandes endémies et

épidémies du début du siècle (pathologies infectieuses essentiellement) sont identifiés en quelques années.

La spécialisation des professions médicales est une conséquence logique de l'approche pasteurienne. Elle est nécessaire pour produire rapidement de nouvelles connaissances et comporte donc de nombreux aspects positifs. Mais cette spécialisation a aussi des effets pervers : une concurrence parfois effrénée et un certain individualisme entre chercheurs, notamment dans la course à la notoriété mais aussi pour la conquête de marchés financiers importants. Cette menace n'a pas épargné l'institut Pasteur lui-même et, en 1991, son directeur utilisa le rituel de la commémoration de la mort de Pasteur pour en sensibiliser le personnel scientifique. Dans son discours, il insista sur le besoin pressant de maintenir la cohésion des pasteuriens, cohésion menacée par les rivalités liées à la compétition internationale : « Si je reviens inlassablement sur ce dernier point c'est que, à mon avis, il constitue notre talon d'Achille. Notre cohésion est menacée. Par la taille de notre institution, d'abord. Mais surtout parce que nous vivons une époque faite d'incertitudes, durant laquelle triomphent matérialisme et individualisme. Nous avons la chance d'avoir un idéal. Autour de lui nous devons rester unis. Il nous faut savoir faire passer l'intérêt commun avant les intérêts particuliers. C'est et ce sera notre seule force devant les difficultés multiples qui nous assaillent, allant de la compétition dans tous les domaines aux tentatives des pouvoirs publics de limiter notre indépendance⁵⁰. »

Cet effet pervers se retrouve encore actuellement et de façon exacerbée dans le monde médical : qui trouvera le premier le remède miracle, le vaccin contre le sida, le nouveau test diagnostique ?

50. Allocution du 27 septembre 1991 de M. Schwartz, directeur de l'institut Pasteur. Cette citation m'a été aimablement communiquée par M. Ch. Perrey.

Un syndrome d'allégeance

Un autre effet pervers possible de cette spécialisation et de l'identification au maître est le comportement des jeunes chercheurs et des jeunes scientifiques, comportement empreint d'allégeance au « professeur reconnu », à « Notre Maître vénéré », à « Notre chef ». Ce type de comportement est en fait une attitude peu scientifique et peut déboucher sur la sclérose de l'esprit, des comportements hautains liés à un esprit de caste, l'appartenance à une élite (notamment le cas du « mandarin », ou du médecin spécialiste vis-à-vis du médecin généraliste), et des attitudes parfois dogmatiques.

Ce sentiment d'allégeance, fréquent dans le monde scientifique, est renforcé par l'esprit de communauté, le sentiment d'appartenance à une « famille scientifique » qui partage les mêmes valeurs, un rituel commun et la référence à un personnage historique, paradigmatique.

Encore aujourd'hui, ce syndrome d'allégeance et de défense institutionnelle est souvent intégré dans la formation des médecins et des spécialistes. Cette réalité est présente au Nord (les mandarins) comme au Sud, comme le montre l'exemple suivant. En 2002, lors d'une visite à la maternité du centre universitaire d'une capitale d'Afrique francophone, nous avons rencontré un groupe d'une vingtaine de futurs spécialistes en gynécologie obstétrique, venant d'une dizaine de pays voisins. Ils étaient en train de passer un examen pour obtenir leur diplôme de spécialiste. Au mur du local, étaient collées 3 feuilles de papier A4, où il était inscrit à la main, en grandes lettres : « À nos Maîtres vénérés » !

Une vision peu systémique

Au sein du corps médical, l'héritage pasteurien est à l'origine de certaines fractures : l'aura de la profession émane avant tout de la recherche fondamentale et non de la recherche opérationnelle, de la recherche-action et de la recherche sur les pratiques

médicales. De même, l'héritage pasteurien et la renommée internationale grandissante des chercheurs spécialisés dans les nouveaux domaines de la médecine – bactériologie, immunologie, virologie... – vont porter ombrage et diminuer petit à petit l'aura des médecins généralistes, considérés progressivement comme de simples exécutants. Aujourd'hui, il existe toujours une fracture profonde entre médecins spécialistes et médecins généralistes. Au lieu de voir leur évidente complémentarité, les médecins spécialistes ont tendance à mépriser, à dénigrer le statut et le travail réalisé par les médecins généralistes... et réciproquement !

De façon quelque peu caricaturale, les conséquences du paradigme pasteurien sur le fonctionnement du monde médical, conséquences dont les effets sont encore présents actuellement au Nord comme au Sud, peuvent être résumées en quelques grands traits.

Les professionnels de la santé ne se sentent pas partie prenante d'un système. Ils ne se sentent pas concernés par les déterminants sociopolitiques et culturels de la santé. Peu intéressés par le comportement du patient, ils sont bien plus centrés sur sa pathologie. Les petites phrases si souvent entendues, du style « c'est votre foie qui est malade », expriment très bien cette réalité où le centre des échanges entre professionnels de la santé et patients sont les organes et non pas l'individu.

Bien entendu, d'autres caractéristiques propres à la société occidentale contribuent à cette vision peu systémique : logique cartésienne, prépondérance de la technique, recherche d'efficacité à court terme... nous y reviendrons.

La passivité des patients

De façon provocatrice, on pourrait dire que les patients n'ont pas de place dans le paradigme pasteurien et qu'ils sont condamnés à être passifs. Entendons-nous bien, nous ne voulons pas dire que les patients et leur devenir n'importent pas aux pasteuriens ! Simplement, par leur formation, par leur culture médi-

cale, par l'influence de l'environnement scientifique quotidien, et par l'« objet de leur désir » – les microbes et la recherche fondamentale – les pasteurien et leurs héritiers se donnent pour unique mission de vaincre les microbes, assumant que la guérison des patients suivra automatiquement.

Encore aujourd'hui, cette « prépondérance » du microbe, de l'agent pathogène sur le patient caractérise – souvent de façon inconsciente⁵¹ – le comportement des professionnels de la santé et des spécialistes en particulier. Cette situation s'explique et trouve sa logique dans le contexte historique du XIX^e siècle, où des épidémies infectieuses – peste, choléra, variole, tuberculose... – occupaient le devant de la scène de la santé internationale et où la priorité absolue, tout à fait justifiée, était de trouver des traitements efficaces contre les microbes incriminés. Hélas ! victimes de leurs succès, les pasteurien n'ont pas su s'adapter à l'évolution des sociétés et des connaissances, et intégrer les nouvelles données qui diminuent l'importance ou remettent en cause leur paradigme fondateur : une cause – un effet – un traitement. Ces connaissances accumulées tout au long du XX^e siècle – mais pas toujours acceptées ou intégrées par le corps médical – peuvent être regroupées en quatre grandes catégories :

- même dans le cas des maladies infectieuses, le microbe n'est pas tout. L'hôte, le patient joue souvent un rôle prépondérant. De deux personnes infectées par le bacille de Koch, l'une deviendra tuberculeuse et l'autre pas en fonction de leur état de santé général, de leurs caractéristiques socio-économiques et de leur mode de vie qui vont déterminer leur résistance immunologique au bacille ;

- suite à la transition épidémiologique, les pathologies infectieuses perdent de leur importance. Les pathologies non infectieuses – hypertension, diabète, cancers, cardiopathies... – prennent une place grandissante au Nord comme dans les grandes villes du Sud ;

51. Et c'est pour cette raison qu'il faut parler de paradigme.

- les habitudes de vie, tabagisme, accidents de la route, stress... sont une cause importante des morbidités et du manque de santé des individus et communautés ;
- les facteurs politiques et socio-économiques deviennent les déterminants majeurs de la santé des populations. La non-priorité donnée par le politique au secteur social – santé, éducation, justice – constitue la principale cause de la faiblesse des systèmes de santé (voir chapitre 4). La pauvreté, les bidonvilles, l'exclusion sociale, la qualité de l'habitat, l'accès à l'eau potable, le chômage, la violence sociale et intrafamiliale, la pollution... sont les défis majeurs que nos sociétés du XXI^e siècle doivent affronter.

Comme conséquence de cette différence grandissante entre logique pasteurienne et enjeux actuels, on peut observer un décalage croissant entre les attentes des professionnels de la santé et les attentes des patients. En effet, pour ces derniers, le contexte socio-économique et culturel des deux dernières décennies est source de nombreux maux et problèmes de santé, peu vulnérables aux seules techniques médicales. Pour résoudre ce nouveau type « d'agent pathogène », ces « germes politiques et socio-économiques », la participation active du patient et la prise en compte de son contexte spécifique sont nécessaires. Le corps médical est mal formé (nous le verrons au chapitre 3) et peu capable de lutter contre ce nouveau type de germe. Il s'ensuit souvent un mal-être du corps médical (Aïach *et al.*, 1994) qui ne se sent pas compris, non reconnu et aussi de moins en moins puissant, dans un monde où les déterminants médicaux de la santé ont une importance de plus en plus relative.

Dans le cas du sida et des maladies sexuellement transmissibles, épidémies majeures de ces deux dernières décennies, le problème qui se pose est bien entendu la mise au point d'un vaccin ou d'un traitement définitif. La recherche fondamentale est donc une priorité absolue et dans ce cas, le paradigme pasteurien retrouve tout son intérêt et sa justification. Mais ce paradigme ne pourra pas résoudre tous les problèmes liés au sida, il

faudra, entre autres, assurer l'accessibilité financière et la continuité des soins, bref avoir recours à un autre cadre de référence : au paradigme systémique (voir chapitre 5).

La prépondérance du corps médical

Au tournant de ce siècle, le paradigme pasteurien, en conférant une toute puissance au corps médical, a aussi eu de profondes influences sur l'organisation des sociétés. Jean-Pierre Dozon (1985) le résume très bien : «... Mais les ressorts d'un tel bouleversement (pasteurisme) ne relèvent pas en propre d'une histoire des sciences biomédicales; ils participent bien plutôt d'une redéfinition de la société française... La force des pasteuriens est d'ordre sociologique. Depuis leur laboratoire, ils énoncent que la société est aussi faite de microbes et autres micro-organismes; instituant ces nouveaux acteurs au cœur du bien social, ils en deviennent les porte-parole et du même coup se font reconnaître (auprès des hygiénistes et des médecins) comme seuls capables de résoudre les problèmes d'une société qui ne saurait désormais s'accepter comme telle sans mener d'urgence la guerre aux microbes. Cependant, à la fin du siècle, la « pasteurisation » de la société française s'accomplit mais ce sont les médecins qui, gagnés aux thèses pasteurienne, occupent le terrain et s'impliquent complètement dans ce que certains ont appelé « la police sanitaire », notamment en direction des classes populaires. »

Ce n'est pas un hasard si, en 1892, les médecins obtiennent enfin le statut de profession revendiqué depuis plusieurs dizaines d'années. Suite au triomphe de Pasteur, le pouvoir médical est enfin reconnu. Le statut d'« officiers de santé », créé sous la Révolution et qui faisait ombre aux médecins, est supprimé, l'exercice illégal de la médecine est sévèrement condamné, les médecins obtiennent le monopole des soins médicaux et le droit de s'organiser en syndicats professionnels (Adam, 1994). L'autocontrôle du corps médical sur l'exercice de sa profession ne fera que s'accroître : « Ce sont les médecins qui déterminent

le contenu des études médicales et qui ont rédigé le code de déontologie médicale reconnu par l'État; ils dépendent de leur propre association (l'Ordre des médecins). Le contrôle qui s'exerce sur eux est donc essentiellement un autocontrôle. Enfin, ils sont dominants dans le champ de la santé » (Adam, 1994).

Comme l'écrit Y. Knibiehler (2002) dans le livre *Corps de femmes*, la révolution pasteurienne intervient aussi dans le domaine de la santé maternelle et « dote la science médicale d'une crédibilité quasi absolue. Antisepsie, asepsie, prophylaxie, vaccination, l'hygiène nouvelle a bientôt pris les dimensions d'une véritable éthique. Entre 1870 et 1890, tous les hôpitaux d'Occident s'y sont convertis. La mortalité maternelle qui oscillait entre 10 et 20 % (en milieu hospitalier) en 1850 tombe à 2 % en 1900... Le corps médical dopé par le succès, soutenu par les pouvoirs publics, institue la pédiatrie comme spécialité médicale à part entière et la puériculture comme spécialité paramédicale. Alors s'opère une mutation radicale dans la relation entre les femmes et les médecins... Avec les femmes des milieux aisés, les médecins de famille gardent un ton amicalement condescendant. À leur intention, ils rédigent et publient de nombreux ouvrages, conseils, guides et même catéchismes de puériculture moderne. Avec les plus modestes, les prescriptions sont impératives: nombre et heures des repas, stérilisation des biberons et tétines, rites des toilettes et des bains, temps du sommeil, usage du thermomètre. Pour instruire les femmes du peuple, les accoucheurs adjoignent une consultation de nourrissons à leur clinique d'obstétrique. Les mères consultent avec empressement et se montrent, semble-t-il, dociles aux directives [...]. Le progrès de la médicalisation a désorganisé les traditionnelles voies de solidarité féminine: les savoirs et les pratiques des grands-mères, des religieuses, garde-malades et autres soignantes ont été disqualifiés. La clientèle des sages-femmes a diminué... »

Au début du XX^e siècle, partout en Europe, « être moderne » signifie suivre les nouveaux préceptes du corps médical: stérilisation, asepsie, hygiène, respect scrupuleux des normes et

conseils nutritionnels, suivi de la grossesse... rédigés par les pasteuriens avec l'appui de l'État pour assurer le financement de la recherche et des actions proposées par le corps médical.

Cet « hygiénisme » rendu incontournable par l'aura du corps médical est à mettre en parallèle avec « l'obsession de la santé parfaite » (Illitch, 1999) qui caractérise nos sociétés modernes et témoigne de la puissance et du pouvoir du corps médical toujours omniprésent en ce début de XXI^e siècle.

Depuis plus d'un siècle et maintenant encore, le paradigme pasteurien basé sur une logique simple, une relation spécifique entre « cause – effet – traitement » est à l'origine d'une transformation sociale profonde. Il domine les comportements sanitaires individuels mais aussi le contenu des politiques de santé tout comme la planification et l'organisation des systèmes de santé. Le corps médical et les spécialistes à leur tête se sentent investis d'une nouvelle mission et représentent le cœur et l'âme des systèmes de santé. Dans leur esprit, dans leur conviction, le rôle de l'État⁵² doit se limiter au financement de leurs recherches et de leurs programmes d'activités. Quant au patient, son premier et seul intérêt est de suivre les recommandations du corps médical.

Maximalisation et éradication

Une autre caractéristique du paradigme pasteurien est la recherche d'une victoire définitive sur le germe : l'éradication de la pathologie. Pasteur ouvrait la voie aux plus grandes promesses : l'agent pathogène étant identifié, il suffisait d'être observateur et obstiné comme le fut le maître pour finir par trouver le traitement idoine permettant d'éliminer l'un après l'autre les différents germes et ainsi, voir enfin disparaître de la surface de la planète ces épidémies qui, de tout temps, ont dominé les hommes. Très logiquement, s'ensuivit une course à la spécialisation, justifiée par la nécessité de tout connaître sur le germe pour

52. Aujourd'hui encore, l'État est perçu par de nombreux médecins comme « un ennemi, un adversaire ».

mieux le combattre et l'éliminer. Mais aussi une course à la maximalisation: comment réunir les ressources nécessaires et obtenir l'appui des décideurs et hommes politiques pour enfin éradiquer la pathologie en question.

Insistons sur le fait que cette attitude des pasteuriens était tout à fait logique selon leur contexte puisque l'élimination des germes semblait être la solution à la grande majorité des pathologies infectieuses qui caractérisent la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle. La stratégie mise en place par le pasteurien Jamot dans le cadre de la lutte contre la maladie du sommeil est un exemple paradigmatique de ce « besoin compulsif » de maximalisation lorsque l'éradication d'une pathologie est recherchée⁵³.

De plus, une telle attitude était signe du dévouement des médecins et des chercheurs qui, travaillant sans relâche pour le bien de l'humanité, recevaient en retour aura et reconnaissance sociale. Cette logique des « pasteuriens infectieux » se retrouve aujourd'hui aussi présente parmi nombre de chercheurs et spécialistes des pathologies non infectieuses mais dont l'héritage culturel et les comportements sont très semblables.

En revanche, ce souci de maximalisation peut influencer le comportement des décideurs et des prestataires de soins avec des conséquences parfois absurdes. Je pense aux campagnes nationales de vaccination auxquelles j'ai participé au Nicaragua en 1980 et qui depuis plus de 20 ans se répètent annuellement dans de nombreux pays du Sud. Malgré leur coût très élevé, le succès de ces campagnes est toujours assuré pour des raisons de visibilité politique. Et pourtant, combien d'enfants déjà protégés par les services permanents (centres de santé) n'ont pas été revaccinés pendant ces campagnes vaccinales, la consigne étant de vacciner tous les enfants présents. Finalement, à l'âge d'un an,

53. Pendant quelques années, les pasteuriens et leurs héritiers ont fait reculer plusieurs maladies (tuberculose, malaria, onchocercose, maladie du sommeil, peste, choléra..), mais pour finir, seule la variole a pu être éradiquée. Certaines épidémies comme le choléra ont refait leur apparition en Amérique latine, continent où cette pathologie avait été éradiquée depuis près d'un siècle.

un grand nombre d'entre eux aura reçu 8 à 12 doses au lieu des trois prévues ! Un autre exemple est donné par l'utilisation abusive des statistiques et cité par Klatzmann (1992) : «... 40 000 enfants meurent de faim chaque jour. En 1988, des dizaines de titulaires du prix Nobel, réunis à Paris, ont signé un appel dénonçant ce scandale. Et 40 000 bougies ont été allumées un jour dans les jardins du Palais Royal... » En fait, et les calculs faits par Klatzmann le confirment, il y eut en 1988 de l'ordre de 10 millions de décès d'enfants de 0 à 5 ans dans le monde, et en majorité dans le Sud. Or, un rapide calcul montre que 40 000 décès par jour font un total de 15 millions par an ! Ce qui est étonnant, c'est qu'aucun des scientifiques, prix Nobel, ne s'est rendu compte de cette erreur pourtant énorme !

La recherche d'une solution miracle

Finale­ment, la consé­quence né­gative la plus im­por­tante du pa­ra­digme pas­teurien est sans doute la re­cherche con­sciente ou in­con­sciente de la « so­lu­tion mi­racle ». On pour­rait dé­finir cette no­tion de « so­lu­tion mi­racle » comme la so­lu­tion qui sa­tis­fait les exi­gences du pa­ra­digme pas­teurien, c'est-à-dire une so­lu­tion cen­trée sur une dé­cou­verte ré­cente, sur une in­no­va­tion tech­nique, qui assure une ef­fi­cacité rapide et qui assoit la ren­ommée du cher­cheur à la base de la dé­cou­verte. Hé­las, le plus sou­vent, cette so­lu­tion tech­nique « assure » aussi la pas­si­vité des ac­teurs autres que les tech­ni­ciens et les bail­leurs de fonds. Dans la grande ma­jori­té des cas, cette so­lu­tion mi­racle⁵⁴, qui ré­pond bien aux ca­rac­té­ris­ti­ques so­cio­cul­turelles et éco­no­miques des so­ciétés oc­ci­den­tales, n'existe que dans l'es­prit du cher­cheur pas­teurien.

54. Dans l'esprit des chercheurs spécialisés dans les systèmes de santé, la recherche d'une solution miracle est un leurre qui signe le manque de compétence du chercheur et son manque de confiance en soi. Ce leurre l'empêche de transformer la *solution miracle* en solution pertinente c'est-à-dire adaptée au contexte spécifique de la réalité.

Même si les problèmes de santé actuels sont de plus en plus complexes et ne peuvent plus être réduits ou même appréhendés par la simple logique pasteurienne de relation entre « cause – effet – traitement », les chercheurs et professionnels de la santé restent attirés comme des aimants par la recherche d'une relation de causalité simple (hélas ! souvent simpliste) entre deux événements ou variables. Ainsi les statisticiens et épidémiologistes élaborent des techniques de plus en plus sophistiquées (les analyses multivariées, l'épidémiologie expérimentale, les méta-analyses) qui sont tout à fait pertinentes dans des domaines précis (comme la comparaison de l'efficacité de deux traitements), mais conduisent aux plus grandes aberrations lorsqu'elles sont utilisées dans l'analyse des systèmes complexes (par exemple les facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé) et la compréhension des comportements sociosanitaires, par exemple l'analyse des assuétudes (voir pour plus de détails le chapitre 5). Cette dérive quantitative au détriment de l'approche qualitative et systémique nous semble, elle aussi, liée au paradigme pasteurien et aux efforts désespérés de ses héritiers pour se maintenir en position de pouvoir dominant et pour sauvegarder la reconnaissance sociale et financière associée à ce pouvoir.

Pasteur et les pays du Sud

« Il est donc certain que, pour la France, un seul établissement peut suffire. Pour l'Amérique du Sud, le Chili, le Brésil, l'Australie, etc., il faudra évidemment former dans l'établissement de Paris de jeunes savants qui iront porter la méthode dans ces lointains pays » (Louis Pasteur⁵⁵).

55. Cette citation provient du site de l'institut Pasteur : www.pasteur.fr.

À la découverte des « pathologies exotiques »

Les premières expéditions

L'histoire des services de santé et la planification des systèmes de santé des pays du Sud sont également étroitement liées au paradigme pasteurien. Dès 1880, Pasteur rédigea un programme de recherches concernant la peste. Au début des années 80, les disciples de Pasteur partent à la conquête des pathologies exotiques. En 1883, une mission de pasteuriens s'embarqua pour l'Égypte pour étudier le choléra. D'autres missions⁵⁶ suivirent : étude du paludisme en Algérie (1890), de la peste à Hong Kong (1893) et en Inde (1896), de la fièvre jaune au Brésil (1901). Une autre particularité du mouvement pasteurien est donc d'être très rapidement parti sur les traces de l'immense empire colonial français, à la découverte et à la conquête des pathologies exotiques des pays du Sud – maladie du sommeil, paludisme, leishmaniose, peste... – mettant ainsi en place un formidable réseau Nord-Sud mais aussi Sud-Nord.

Pourquoi cet engouement pour les pathologies exotiques ?

Pour différentes raisons : les découvertes récentes de Pasteur et la publicité faite ont fait de la bactériologie naissante un enjeu national⁵⁷ et aussi une course au prestige individuel, à la renommée internationale. Pour répondre à cet engouement, les colonies représentaient un territoire privilégié pour le développement de nouvelles études : de nombreuses pathologies infectieuses étaient responsables d'une mortalité élevée parmi les colons et les populations autochtones et représentaient pour les pouvoirs militaires et coloniaux l'un des obstacles les plus importants à la colonisation. « L'urgence du problème, combinée avec

56. Pour une description de la mise en place de ce réseau et une analyse des activités de chacun des instituts, voir J.-P. Dedet (2000).

57. Pour rappel : la compétition franco-allemande entre Pasteur et Koch après 1870.

la possibilité qu'offraient les colonies de procéder plus facilement à des expérimentations sur l'homme, a transformé les pays colonisés en un vaste laboratoire où tester les nouveaux acquis de la bactériologie » (Löwy, 1991).

La création du réseau des instituts Pasteurs d'outre-mer

En 1887, deux ans seulement après les premières vaccinations de Paris, 14 centres pratiquent la vaccination antirabique de par le monde (Dedet, 2000) : Odessa, New York, Mexique, Brésil... Mais ces centres correspondent à des initiatives locales de médecins venus se former à Paris.

Dès 1880, Pasteur s'était intéressé à la recherche outre-mer en élaborant un programme de recherche sur la peste qu'Alexandre Yersin réalisa dans les années 90 en Chine méridionale (Dedet, 2000). Très vite, Pasteur s'attela à la mise en place d'un réseau d'instituts portant son nom et qui devaient répandre sa méthode, les nouvelles techniques de vaccination et de nouveaux projets de recherche dans le monde entier. Au début des années 90, il demanda au jeune médecin militaire Calmette de partir en Asie pour fonder à Saigon le premier institut Pasteur d'outre-mer : « Vous qui êtes marin, est-ce que vous seriez disposé à vous rendre là-bas pour cette tâche ? Si cela vous va, je vais proposer à Monsieur Étienne⁵⁸ de vous confier le soin d'organiser et de diriger le laboratoire dont il s'agit » (cité par Dedet, 2000). Honoré par cette marque de confiance, Calmette accepta aussitôt la responsabilité que Pasteur lui proposait. Le projet fut directement appuyé par l'administration militaire et, le 11 janvier 1891, Calmette s'embarquait avec armes (c'est-à-dire la souche de virus fixe de la rage conservée sur cerveaux de lapins, souche qu'il fallait entretenir en inoculant des lapins par trépanation tous les 10 jours !) et bagages sur le paquebot *Natal* à destination de l'Asie pour créer l'institut

58. Sous-secrétaire d'État aux Colonies qui avait fait valoir à Pasteur l'intérêt de créer un laboratoire Pasteur à Saigon (Dedet, 2000).

Pasteur de Saigon. Celui-ci devint en 1891 le premier-né et le modèle de développement des instituts Pasteur d'outre-mer (Dedet, 2000).

Nous sommes à la fin du XIX^e siècle et pourtant, entre l'idée et la réalisation du premier institut Pasteur d'outre-mer, moins de trois ans se sont écoulés. Un tel exploit serait impensable aujourd'hui ! Ce qui montre bien l'emprise de Pasteur et aussi sa capacité à obtenir les appuis nécessaires, notamment auprès des autorités militaires, pour réaliser ses ambitions.

La majorité des instituts Pasteur créés en dehors des colonies françaises, notamment à Sydney (1888), à Constantinople (1893), à Bangkok (1913) ne survécurent que quelques années. En revanche, la majorité des instituts des ex-colonies françaises ont pu résister aux avatars de l'Histoire et aujourd'hui encore, 24 instituts Pasteur sont toujours actifs sur les cinq continents.

En résumé, les systèmes de santé des ex-colonies françaises en Afrique et en Asie sont un héritage direct des pasteurien. Mais leur influence a aussi été forte en Amérique latine, où l'influence pasteurienne a été très précoce, notamment grâce aux premiers centres de vaccination contre la rage.

Le rôle des armées

Très tôt, en France même, la conjonction d'intérêts entre médecine militaire et pasteurisme, pour les raisons mentionnées plus haut, déboucha sur d'étroites collaborations entre les écoles militaires de l'armée et l'institut Pasteur. Cette collaboration étroite était une politique de développement de l'institut Pasteur de Paris : « Partout où pénètrent nos soldats et nos administrateurs, l'institut Pasteur tient à l'honneur de les suivre et d'apporter, dans notre immense empire colonial, les bienfaits de la civilisation française sous la forme la plus touchante et la plus propre à gagner les cœurs⁵⁹. » Laveran et Calmette furent

59. Déclaration de M. Darboux, président du conseil d'administration de l'institut Pasteur, citée par Dedet (2000).

d'illustres pasteuriens mais aussi des médecins militaires. Dès 1903, le ministère des Colonies finance des stages de formation des médecins des troupes coloniales auprès de l'institut Pasteur, lui donnant ainsi une influence prépondérante dans la conception des premiers systèmes de santé et l'organisation des services de santé des colonies. Différents instituts Pasteur d'outre-mer (Saigon, Dakar, Brazzaville) furent dirigés par des médecins militaires et lors de sa création en 1908, la Société de pathologie exotique comportait comme membres influents des pasteuriens militaires et civils (Bado, 1996).

Dans leurs conquêtes, les pasteuriens recevront l'appui significatif de l'armée... et réciproquement ! Les pasteuriens ont, certes, œuvré pour améliorer la santé de l'homme dans le monde mais pas n'importe où et pas de n'importe quelle manière. Les pasteuriens d'outre-mer furent, durant de longues périodes, des médecins militaires au service du pouvoir colonial.

De la recherche fondamentale à l'organisation des services de santé

La lutte contre la maladie du sommeil, largement menée par les pasteuriens militaires pendant la première moitié du XX^e siècle (Dozon, 1985 ; Dozon, 1991) a été l'occasion de tester à grande échelle les modalités d'organisation des programmes spécifiques de santé et des traitements de masse. En effet, après la Première Guerre mondiale, la dénatalité des colonies devint un problème préoccupant pour la mise en valeur des territoires conquis et à cette époque, la maladie du sommeil représentait une des endémies les plus meurtrières. Vue comme une priorité par le pouvoir militaire, les pasteuriens reçurent tout l'appui et l'espace nécessaire pour organiser la lutte contre le fléau. À partir de 1920 et pendant plus de 25 ans, les pasteuriens organisèrent la lutte contre la trypanosomiase dans plusieurs pays : au Cameroun, en Côte d'Ivoire, et dans l'ex-Haute-Volta.

Au Cameroun, Eugène Jamot se distingua comme le vainqueur de la maladie du sommeil. Il fut «... l'auteur d'une

remarquable synthèse entre pasteurisme, médecine militaire et situation coloniale; synthèse en forme de doctrine et de stratégie de lutte, où l'objectif d'éradication et de prévention reposait presque entièrement sur le contrôle draconien, sur le dépistage systématique des populations... que réalisèrent très militairement de véritables colonnes sanitaires réparties en équipes mobiles» (Dozon, 1991).

Jamot avait fait de la maladie du sommeil son ennemi personnel et le but de sa vie devint l'éradication de cette pathologie. Ses premiers succès au Cameroun le poussèrent à devenir de plus en plus maximaliste, exigeant des autorités administratives un appui sans réserves pour que les autochtones ne puissent se soustraire aux campagnes de dépistage, malgré certains mouvements de révolte liés aux effets iatrogènes des traitements. L'instauration d'un passeport sanitaire, les limitations de déplacement des populations pour mieux contrôler la pathologie furent à la base d'une opposition croissante de l'administration coloniale, ainsi limitée dans la mise en valeur des colonies. D'autres voix protestèrent contre l'importance excessive donnée à une seule pathologie, les autres causes de décès et de morbidité grave étant, de ce fait, délaissées. Néanmoins, les succès remportés sur une pathologie aussi impressionnante que la maladie du sommeil font que l'œuvre de Jamot figure «... dans l'histoire officielle de la colonisation française au titre de véritable épopée et comme le plus bel exemple de l'œuvre sanitaire de la France en terre africaine⁶⁰ ... ».

Au sein du corps médical colonial et des pasteurien en général, l'œuvre de Jamot fut considérée comme exemplaire. D'autres programmes spécifiques visant l'éradication des grandes épidémies qui décimaient les populations locales (pian, peste, tuberculose, malaria, onchocercose, lèpre...) furent mis en place en s'inspirant de l'exemple paradigmatique donné par Jamot. Certains de ces programmes (lutte contre la tuberculose,

60. Phrase citée par Dozon (1991), mais que l'auteur nuance par la suite.

l'onchocercose, la malaria...) fonctionnent encore aujourd'hui.

Le succès de cette stratégie de lutte contre la maladie du sommeil, stratégie qui va inspirer de nombreux spécialistes, sera déterminant pour l'organisation des différents programmes verticaux que connaissent actuellement encore les systèmes de santé des pays du Sud.

Et aujourd'hui ?

Un siècle après, l'entretien en 1995 avec M. Maxime Schwartz, alors directeur de l'institut Pasteur (Viruega, 1995) montre que l'esprit pasteurien règne toujours en France comme sur les cinq continents.

Auprès du grand public, différentes activités entretiennent l'image de Pasteur. Le musée, sis au sein de l'institut, permet d'entrer dans l'intimité des appartements et de la vie quotidienne du savant et d'admirer les statues, vases, tableaux et autres objets d'art, nombreux témoignages d'admiration et de remerciements venus des quatre coins de l'Europe (Delaunay, 1988). D'autres activités de vulgarisation scientifique – *La lettre de l'institut Pasteur*, les mardis de l'institut Pasteur (cycle de conférences et de rencontres pour le grand public), les euroconférences et congrès, le train du génome (exposition itinérante dans vingt grandes villes de France, appuyée par différents médias), etc.⁶¹ – assurent la diffusion et la présence continue de l'esprit pasteurien.

Aujourd'hui, dans le Nord comme dans le Sud, l'influence de l'esprit et du paradigme pasteurien est toujours très présente dans le monde scientifique. Le tableau ci-dessous présente en quelques chiffres les principales caractéristiques de cette institution unique en son genre.

61. Pour un descriptif complet de ces activités, voir le site officiel de l'institut Pasteur (www.Pasteur.fr) et *La lettre de l'institut Pasteur* (trimestriel n° 33, avril 2001 et n° 36 décembre 2001).

Tableau 2. *L'institut Pasteur et le réseau international en quelques chiffres, année 2001*⁶².

Institut Pasteur de Paris	Effectifs/Réalisations
Personnel	
Total :	2461 personnes de 63 nationalités
Recherche (130 unités et laboratoires):	1 772 personnes (dont 463 doctorants et postdoc)
Enseignement et santé internationale:	202
Appui technique et administration :	487
Recrutement en 2001 :	291 personnes
Enseignements	
414 sessions de formation :	pour 1 914 participants
Élèves:	215 dont 56 étrangers (26 %) de 28 nationalités
Stagiaires:	827 dont 355 étrangers (43 %) de 63 nationalités
Activités scientifiques	
Publications scientifiques:	950 (revues internationales)
Séminaires des unités de recherche:	301
Déclarations d'invention:	87
Demandes de brevet déposées:	39
Activités vers le public	
Euroconférences:	878 participants
Activités du Centre d'information scientifique:	Une centaine de manifestations pour 15 000 participants
« Le train du génome »:	146 128 visiteurs dont 58 849 lycéens
Conférences « grand public »:	53
Connexions site web pasteur.fr:	37 millions
Expositions itinérantes sur l'institut Pasteur:	41

62. Ces informations proviennent des chiffres du Rapport 2001 de l'institut Pasteur (rapport disponible sur le site : www.pasteur.fr/recherche/RAR/RAIP2001/) ou encore du site de l'institut.

Institut Pasteur de Paris	Effectifs/Réalisations
Budget (ressources courantes): . . .	168 millions d'euros dont 72 (soit 43 %) en fonds propres 44 (soit 26 %) en mécénat et patrimoine et 53 (soit 31 %) de l'État
Réseau Centres nationaux de référence : . .	18
Centres collaborateurs de l'OMS : . .	10 centres relevant de l'institut Pasteur
Réseau international des instituts Pasteur et instituts associés :	21 instituts sur cinq continents qui regroupent 8 000 personnes

Comme on peut s'en rendre compte à la lecture de ce tableau, l'esprit pasteurien touche un nombre important de scientifiques (chercheurs, élèves et stagiaires) non seulement au sein de l'institut mais aussi en France, en Europe et dans le monde entier, sans oublier les étroites relations institutionnelles développées avec d'autres instituts de recherche comme le CNRS⁶³. Les pasteuriens répondent ainsi dans les faits à la célèbre formule de Pasteur: « Si le savant doit avoir une patrie, la science elle n'en a pas. »

Il est aussi intéressant de remarquer les très nombreuses activités réalisées par l'institut auprès du grand public, activités qui permettent d'entretenir la mémoire de Pasteur dans l'inconscient collectif et d'assurer à son institut une autonomie importante (43 % de son budget annuel proviennent de fonds propres).

Bilan

Dans les pays du Sud, l'influence du paradigme pasteurien a été déterminante. Dans les ex-colonies françaises, les priorités

63. Pour plus de détails sur les relations entre le CNRS et l'institut Pasteur, voir le *Journal CAMPUS*, n° 46 de janvier-février 2001, disponible sur le site: www.cnrs.fr/CMA/dyna/rubrique.php3?id_rubrique=6.

des systèmes de santé mis en place ont souvent concerné les programmes de lutte contre des pathologies spécifiques. Les pasteuriens ont aussi profondément influencé la formulation des stratégies, la définition des activités et le choix du type de structures (programmes spécifiques, unités mobiles, dispensaires spécialisés antilèpre, antituberculose, etc.). Mais il ne faut pas oublier que ces mêmes dynamiques ont aussi imprégné les systèmes de santé d'Amérique latine et d'Asie.

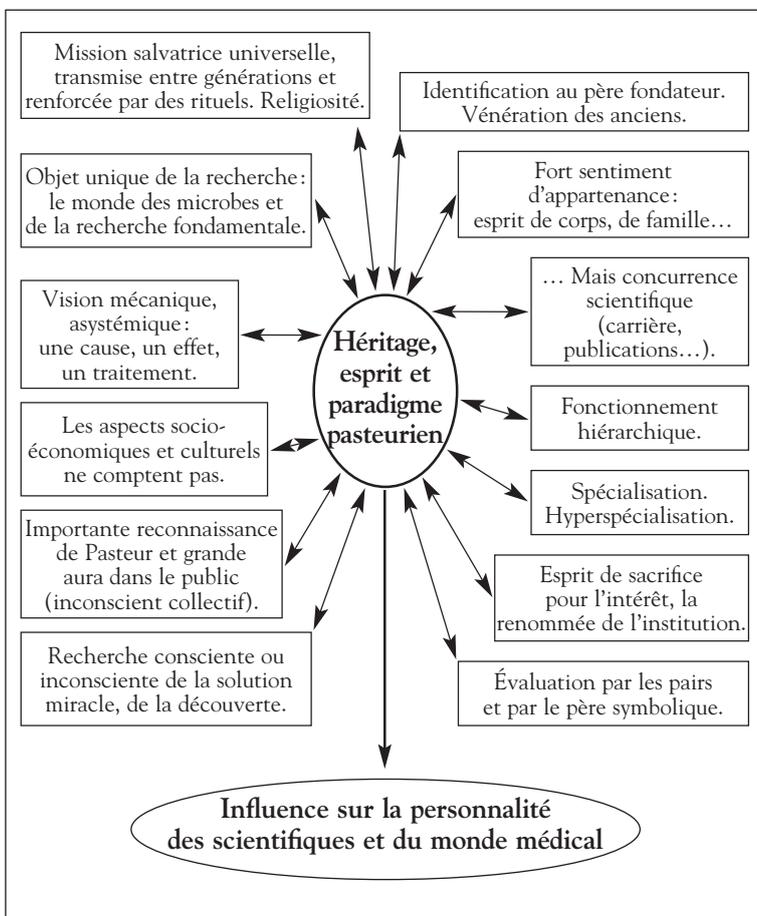
Il n'est donc pas étonnant que l'on retrouve dans le Sud mais aussi dans le Nord, les grandes caractéristiques du paradigme pasteurien : un système de santé très hiérarchisé où la priorité est donnée aux aspects techniques, à une planification de haut en bas, maximaliste et normative, laissant peu de place aux prestataires de soins et ignorante des compétences acquises par les niveaux micro et opérationnels des systèmes de santé (voir figure 1, page 34). Le manque d'attention portée aux attentes des populations, une recherche centrée sur les aspects fondamentaux et délaissant les aspects liés à la gestion des services et aux comportements des prestataires, des patients et des populations sont d'autres caractéristiques des systèmes de santé influencés par l'esprit pasteurien. Finalement, la formation professionnelle telle qu'elle existe actuellement, reproduit et entretient les caractéristiques du paradigme pasteurien.

Le « pasteurien type »

Dans la figure 2 ci-après, nous reprenons les principales caractéristiques du paradigme pasteurien.

Peut-on proposer une description du pasteurien type qui ne soit pas caricaturale ? Sans doute non, mais on peut très certainement identifier les grandes caractéristiques de l'héritage et de l'esprit pasteurien. En quelle mesure cet héritage va « mouler », déterminer la personnalité des scientifiques ? C'est une analyse

Figure 2. Les principales composantes du paradigme pasteurien et leur influence sur le monde scientifique.



qu'il faut faire individu par individu. Certains seront plus influencés que d'autres et donc transmettront de façon plus ou moins efficace le paradigme pasteurien mais aucun ne pourra dire: cet héritage pasteurien n'a pas d'influence sur moi.

Un paradigme trop envahissant

Le paradigme pasteurien a donc été une étape vitale dans le développement de la médecine moderne et son bénéfice en termes de nombre de vies sauvées se chiffre par millions. Dans notre analyse, nous nous garderons bien de « jeter le bébé avec l'eau du bain » !

Le problème majeur que pose actuellement l'héritage de Pasteur est sans doute l'envahissement de la logique pasteurienne dans le champ des sciences humaines et sociales avec l'apparition de Pasteur et de son école, véritable tremblement de terre, supernova dans le monde scientifique de la fin du XIX^e siècle.

Au Nord comme au Sud, les problèmes de santé sont de plus en plus liés aux dysfonctionnements des systèmes de santé (iatrogénéicité, infections nosocomiales, services non complémentaires), aux dégradations de l'environnement physique (pollution, empoisonnements de la chaîne alimentaire), mais surtout aux agressions psychologiques (stress au travail), socio-économiques (perte de pouvoir d'achat et marginalisations sociales) et culturelles (familles monoparentales, isolement urbain). Logiquement, les « solutions miracles » issues du paradigme pasteurien sont de moins en moins fréquentes et pertinentes.

Malgré cette évidence, dictée, entre autres, par la transition épidémiologique (décroissance des pathologies infectieuses, augmentation relative des pathologies dégénératives et chroniques) et l'augmentation absolue des pathologies liées à la détérioration des conditions socio-économiques, les médecins préfèrent souvent rester sur leurs acquis, dans les domaines qu'ils connaissent bien et qu'ils dominent. Si la médecine occidentale et le paradigme pasteurien sont toujours aussi efficaces en ce qui concerne les épisodes aigus, les pathologies chroniques et les maladies dégénératives jouent un rôle essentiel dans l'illustration des limites du modèle pasteurien. Cette difficulté à tenir

compte des déterminants non infectieux semble un combat d'arrière-garde, trahissant une certaine fragilité et le manque de confiance en soi du monde médical mal préparé à gérer ces déterminants (voir chapitre 3), et dont le pouvoir, il est vrai, est fortement remis en question ces deux dernières décennies.

Pasteur et ses élèves sont à l'origine de la médecine moderne et lui ont sans nul doute donné ses lettres de noblesse. La logique simple et évidente, un germe – une maladie – un traitement, a fait des miracles, a sauvé et sauve encore des millions de vies humaines. Mais quelle est la pertinence de sauver un enfant de la rougeole s'il va mourir de diarrhée ? Quelle est la pertinence de guérir un tuberculeux qui, quelques mois après, va mourir d'une appendicite parce qu'aucun partenaire du développement ne s'intéresse à cette pathologie ?

Poussons le raisonnement plus loin : quelle est la pertinence de sauver des populations par de vastes programmes de santé si les conditions socio-économiques sont telles que les guerres civiles et ethniques deviennent inévitables ?

Au Nord comme au Sud, la logique pasteurienne est actuellement en perdition et ne permet plus de répondre aux différents problèmes de santé qui caractérisent les sociétés en changement. Une approche plus complexe, holistique et systémique est de plus en plus nécessaire.

Mais le professionnel de la santé est-il prêt à ce changement ? Sa formation lui donne-t-elle la capacité et l'autonomie suffisante pour s'approprier un nouveau paradigme, tout en ne rejetant pas les qualités encore actuelles de l'ancien ?

3. La formation professionnelle et ses paradigmes

À 18 ans, l'adolescent doit prendre une décision lourde de conséquences : s'engager dans des études de sept ans (parfois 9) pour devenir médecin généraliste et cinq ans de plus pour devenir spécialiste. Les enquêtes réalisées (Déchamp-Le Roux, 1994) montrent que si la motivation de départ peut être très diverse (désir de faire le bien, de se dévouer, pression familiale, reconnaissance et position sociale, recherche de revenus confortables), elle doit en tout cas être très puissante pour commencer des études aussi longues et difficiles ! Études astreignantes, qui vont accaparer le jeune, le former (et le déformer ?), le distancier de son entourage social habituel.

Dans ce chapitre, nous essayerons de comprendre ce qui va se passer pour le jeune, encore adolescent et malléable, qui commence d'aussi longues études. Peut-on identifier certaines caractéristiques de la formation qui vont influencer, former ou déformer le jeune adolescent et produire des professionnels, des médecins selon un moule plus ou moins semblable ? Toute

généralisation serait bien entendu très osée mais il semble bien que, tout au long de ces sept ans de formation, le futur médecin sera confronté à certaines valeurs qui, d'une façon ou l'autre, vont façonner sa personnalité et construire sa façon d'être, son paradigme, dans sa future relation au patient et à la société.

Dans la brève analyse qui suit, nous ne voulons pas être exhaustifs mais centrer notre attention sur certains aspects constitutifs du paradigme dominant dans la formation professionnelle des futurs médecins. Ces aspects qui, à nos yeux, caractérisent la profession médicale, expliquent aussi les difficultés et les échecs illustrés par les études de cas présentées au premier chapitre.

Nous en voyons six qu'il nous semble important d'analyser plus en détail :

- une formation qui se réalise dans un milieu très hiérarchisé ;
- une formation centrée sur les aspects techniques et médicaux mais qui ne développe ni la pensée scientifique ni l'esprit de recherche ;
- une formation qui conditionne une neutralité affective et une distanciation vis-à-vis des patients, de la souffrance et de la mort ;
- une formation qui sous-estime les aspects culturels, sociaux et psychologiques ;
- une formation asystémique et parfois antisystémique ;
- et finalement, une formation professionnelle qui ne tient pas compte des attentes des patients.

Nous verrons aussi que certains de ces aspects sont renforcés par le paradigme, l'esprit pasteurien. Mais avant de débiter cette analyse, il nous semble utile de présenter le témoignage du docteur David Servan-Schreiber, psychiatre spécialiste en recherche fondamentale dans le domaine des neurosciences cognitives, publié dans son livre *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse* (Servan-Schreiber, 2003). En effet, ce témoignage illustre très bien notre propos : « Une autre expérience, plus personnelle, m'a forcé à affronter

mes propres préjugés. Lors d'une visite à Paris, une amie d'enfance m'a raconté comment elle s'était remise d'un épisode dépressif suffisamment sérieux pour avoir détruit son mariage. Elle avait refusé les médicaments proposés par son médecin et fait appel à une sorte de guérisseuse qui l'avait traitée par une technique de relaxation proche de l'hypnose permettant de revivre de vieilles émotions refoulées. Quelques mois de ce traitement lui avaient permis de redevenir « mieux que normale ». Non seulement elle n'était plus déprimée mais elle se sentait enfin libérée du poids de trente années passées sans réussir à faire le deuil de son père disparu quand elle avait six ans. Du coup, elle avait retrouvé une énergie, une légèreté et une clarté d'action qu'elle n'avait jamais connues jusque-là. J'étais heureux pour elle et en même temps choqué et déçu. Au cours de toutes mes années passées à étudier le cerveau, la pensée et les émotions, à me spécialiser en psychologie scientifique, en neurosciences, en psychiatrie et en psychothérapie, pas une fois je n'avais vu de résultats aussi spectaculaires. Et pas une fois on ne m'avait parlé de ce type de méthode. Pis : le monde scientifique dans lequel j'évoluais décourageait tout intérêt pour ces techniques « hérétiques ». Elles étaient l'apanage de charlatans et à ce titre ne méritaient pas l'attention de véritables médecins, encore moins leur curiosité scientifique.

Pourtant, il était indéniable que mon amie avait obtenu en quelques mois bien plus qu'elle n'aurait été en droit d'attendre de l'utilisation de médicaments ou d'une psychothérapie conventionnelle. En fait, si elle m'avait consulté en tant que psychiatre, je n'aurais fait que restreindre ses chances de vivre une telle transformation. C'était pour moi une grande déception et, en même temps, un rappel à l'ordre. Si, après tant d'années d'études et de formation, j'étais incapable d'aider quelqu'un qui m'importait tant, à quoi servaient toutes ces connaissances ? Au cours des mois et des années suivants, j'ai appris à ouvrir mon esprit à de nombreuses autres manières de soigner, et j'ai

découvert, à ma grande surprise, qu'elles étaient non seulement plus naturelles et plus douces mais aussi souvent plus efficaces. »

Écrit par un spécialiste à l'esprit ouvert et curieux, responsable d'un laboratoire de recherche sur les maladies mentales à l'université de Pittsburgh, ce livre passionnant présente « une nouvelle médecine des émotions » basée sur différentes approches qui font appel à des « mécanismes d'autoguérison présents dans l'esprit et le cerveau humain ». Le plus intéressant est que ces différentes méthodes ont été soumises à des évaluations scientifiques rigoureuses qui montrent leur efficacité et qui sont publiées dans des revues scientifiques internationales de référence. Ce livre est aussi exemplaire car il représente ce qui, à nos yeux, devrait être le principe d'une vraie démarche scientifique : la curiosité et l'ouverture d'esprit, le fait de se laisser interpellé lorsque la réalité bouscule nos convictions et nos connaissances. Mais, hélas, les spécialistes ouverts au monde sont trop peu nombreux. Trop souvent, leur réaction première est le rejet, parfois dédaigneux, des cas, des situations qui ne correspondent pas au filtre étroit des connaissances scientifiques actuelles. Que d'occasions, que de nouvelles connaissances seront ainsi perdues par vanité et par aveuglement !

Une formation dans un milieu très hiérarchisé

Le milieu hospitalier est très hiérarchisé pour des raisons souvent évidentes, notamment pour assurer la responsabilité de la décision médicale, la qualité technique des soins, la gestion des urgences, etc. Cette hiérarchie, qui est censée assurer une meilleure fonctionnalité de l'hôpital (Gonnet, 1992), peut envahir également la sphère de la formation médicale. La notion de « mon maître m'a enseigné que... », qui est associée au paradigme pasteurien, n'est pas très ancienne et, dans bien des esprits, n'a toujours pas disparu.

Une hiérarchie très prononcée caractérise donc le milieu hospitalier dans lequel le futur médecin va baigner pendant plusieurs années pour acquérir les compétences médicales et techniques nécessaires. Une hiérarchie souvent visible et donc facile à comprendre mais parfois plus subtile et peut-être plus marquante pour la personnalité du futur médecin et pour ses relations avec les autres professionnels de la santé et ses patients⁶⁴.

L'apparence (l'habillement) est par exemple un symbole très structurant de cette hiérarchie. Pour quelqu'un qui connaît le milieu hospitalier, il est facile du premier coup d'œil de repérer la profession et le niveau social de chacun des acteurs de l'hôpital: le personnel d'entretien et de nettoyage qui porte une blouse rose ou bleue, les infirmières qui portent une blouse blanche directement sur leurs sous-vêtements, les internes qui portent une blouse blanche spéciale qui se ferme sur le côté ou derrière mais toujours différente de la blouse des assistants (médecins en voie de spécialisation) et des spécialistes qui, eux, portent une blouse qui se boutonne par devant (mais ils ne la boutonnent pas!) et portent cette blouse blanche sur leurs habits. Un petit truc pour reconnaître de dos si vous avez affaire à une femme infirmière ou une femme médecin: si vous devinez la trace de ses sous-vêtements au travers de la blouse blanche, c'est qu'il s'agit d'une infirmière! Lors de mes stages hospitaliers en Belgique, encore interne, j'avais endossé une blouse de médecin (celle qui se boutonne par devant!) et je me souviens du regard courroucé et de la réprimande du chef de clinique, me demandant de quel droit je mettais une blouse qui ne correspondait pas à mon niveau professionnel! Un autre petit truc, si vous voulez identifier le professeur, responsable d'un service

64. Pour mieux comprendre ces différents aspects, il faut lire le livre de Anne Vega (2000), *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, où l'auteur décrit et analyse la vie quotidienne du personnel infirmier dans un grand hôpital parisien: relations de pouvoir, rites, manœuvres de distanciation... Un livre très éclairant pour ceux qui ne connaissent pas le fonctionnement des relations humaines en milieu médical hospitalier.

hospitalier, c'est facile: c'est la blouse blanche au centre des autres blouses blanches!

Il y a d'autres critères de hiérarchisation, notamment la distribution des actes techniques et instruments professionnels symboliques. Ainsi, il est intéressant de voir que d'un point de vue historique, le thermomètre était, au départ, d'usage strictement réservé aux médecins, puis a été approprié par les infirmiers et actuellement par les aides-soignantes. De même, le stéthoscope, l'injection intraveineuse, le tensiomètre sont tous des actes ou des instruments qui, à l'origine, spécifiques et emblématiques d'un corps professionnel (les médecins), ont été petit à petit revendiqués par un autre (les infirmiers). Un dernier petit truc pour savoir à qui vous avez affaire: les jeunes de 25-30 ans que vous rencontrez dans les couloirs ou au restaurant de l'hôpital et qui portent le stéthoscope autour du cou comme symbole de leur profession sont des internes ou des jeunes médecins fraîchement nommés.

D'autres critères plus cachés hiérarchisent de façon très symbolique le système hospitalier. Par exemple, n'ont de contacts avec le « sale » (déjections corporelles, pansements souillés, etc.) que les aides-soignantes et parfois les infirmiers. Les internes et les médecins ne sont quasi jamais en contact direct avec cette réalité. L'infirmière peut éventuellement laver une patiente mais jamais le médecin en formation n'effectuera ce type de soins. Le futur médecin fera la synthèse des examens de laboratoire pour le spécialiste qui lui, fera la demande d'examens complémentaires. La répartition des actes techniques est donc étroitement liée au statut de chacun et se justifie en fonction du gradient de compétences. Cette distribution des tâches peut être comprise et vue comme naturelle dans le cadre d'une recherche d'une plus grande efficacité; ce qui *a priori* ne pose pas de

65. On peut néanmoins objecter le fait que, sans un minimum de compétences communes et d'expériences partagées, la réalité et la qualité d'un travail d'équipe sont quasi impossibles.

problème, si un mépris, une distanciation progressive n'étaient pas associés au cloisonnement des compétences⁶⁵.

En revanche, le fait que les contacts humains suivent la même répartition que les actes techniques est une réalité plus pernicieuse. Dans les contacts de la vie quotidienne d'un service hospitalier, il est intéressant de voir que les aides-soignantes ont des contacts avec les infirmières et les infirmières avec les futurs médecins mais les aides-soignantes n'en ont quasi jamais avec ces derniers. De même, le médecin en stage est en contact avec les médecins déjà diplômés et en voie de spécialisation qui gèrent un nombre défini de patients ; ces futurs spécialistes étant en relation étroite avec le spécialiste confirmé, le professeur responsable du service hospitalier. Le plus souvent, seul l'infirmier ou l'infirmière en chef est en contact avec le médecin et/ou le jeune médecin en stage et avant tout pour la délégation des tâches : traitement et soins à prodiguer. Le personnel infirmier a lui très peu d'échanges avec les futurs médecins.

Entre les cinq ou six niveaux hiérarchiques qui caractérisent le fonctionnement des grands hôpitaux et des centres universitaires, là où les futurs médecins vont vivre l'essentiel de leur formation professionnelle, les contacts sont donc limités dans la grande majorité aux strates voisines. Il n'y a pas de contact direct entre médecin et aide-soignante, car on « bipasserait » un niveau hiérarchique (dans ce cas le personnel infirmier).

À ce fonctionnement hiérarchique des services hospitaliers est associé une spécialisation de plus en plus grande, surtout depuis les années 50 où l'explosion continue des techniques médicales a augmenté le nombre de spécialistes, de techniciens. Chacun étant de plus en plus compétent dans son domaine mais donc aussi de plus en plus isolé des autres (Gonnet, 1992). Avant cette période, l'hôpital était centré sur la fonction médicale exercée directement au chevet des malades avec la collaboration d'infirmières polyvalentes et dévouées.

Une formation centrée sur les aspects techniques et médicaux... mais peu scientifique !

Avant tout il est important d'éviter un malentendu. Il ne s'agit pas ici de dénigrer le contenu technique et médical de la formation des futurs médecins. Il est évident que pendant sa formation, le futur médecin doit acquérir les connaissances médicales essentielles pour assurer la qualité et l'efficacité des soins qu'il va offrir à ses patients. Mais les médecins doivent soigner des humains, êtres complexes. Si les aspects médicaux (connaissance des pathologies, interprétation des tests diagnostiques, prescription correcte des médicaments...) sont nécessaires et indispensables, ces connaissances sont néanmoins insuffisantes pour prendre correctement en charge les différents aspects des problèmes de santé de leurs patients. Il est donc nécessaire que la formation des médecins soit centrée sur les aspects techniques et médicaux, mais pourquoi oublier les autres déterminants ?

Il nous reste à expliquer l'aspect finalement peu scientifique de la formation des médecins. Entendons-nous bien. Par science, il ne faut pas entendre la seule accumulation de connaissances, mais aussi (et surtout !) la capacité à se poser des questions, à mettre en doute le bien-fondé des enseignements reçus, s'ils ne sont pas étayés par des connaissances prouvées ou encore lorsqu'ils sont contredits par la pratique. Cet aspect est particulièrement important en médecine, profession à cheval sur les sciences fondamentales et les sciences humaines. Or, nos études médicales ne nous apprennent pas à réfléchir, à nous poser des questions. Nous avons appris à ingurgiter des « bottins téléphoniques » de connaissances fondamentales et diverses, certaines utiles, d'autres tout à fait non pertinentes. À 18-20 ans, il n'est pas facile de faire le tri entre les unes et les autres. Ainsi, personnellement, à 25 ans, diplômé docteur en médecine, chirurgie et accouchement, j'avais inconsciemment la certitude de tout connaître dans ma profession et de ne pas devoir

continuer à apprendre. Il m'aura fallu la confrontation avec la réalité de tous les jours pour être obligé de changer de paradigme et, en un premier lieu, apprendre à réapprendre pour, après plusieurs années, (re)trouver le goût de l'apprentissage continu. Pour finir, c'est la pratique quotidienne en tant que médecin qui réellement forme les médecins !

Le monde médical ne se caractérise pas toujours par un comportement scientifique. C'est en fait souvent le contraire : un monde aux relations très affectives, hiérarchisé, où règnent des personnalités complexes avec des comportements de divas (les fameux mandarins), centrées sur un ego important et une soif jamais satisfaite de reconnaissance individuelle. Bien sûr, de nombreuses caractéristiques positives sont aussi présentes, comme le dévouement, le côté passionné des spécialistes, aspect attirant de leur personnalité et qui est à l'origine de nombreuses vocations parmi leurs stagiaires et élèves. Le charisme de Pasteur en est certainement l'exemple par excellence !

Depuis une dizaine d'années, un courant scientifique important et novateur bouscule le monde médical international. « Evidence-Based Medicine », la médecine basée sur les preuves⁶⁶. Ce qui laisserait croire qu'avant, la médecine n'était pas basée sur les faits ? Or, nous avons vu, au deuxième chapitre, que justement Pasteur et les pasteurien avaient donné à la médecine ses premières lettres de noblesse en lui procurant une assise factuelle irréfutable : un agent – une maladie – un traitement. Ce qu'il ne faut pas oublier c'est que cette partie « Evidence-Based » de la médecine, que l'on doit aux pasteurien, ne concernait que l'étude des germes responsables des pathologies infectieuses et parasitaires, et pas celle des maladies dégénératives (cancer, diabète, etc.). Or, les scientifiques ont

66. Voir le lexique pour une brève description de l'approche de « la médecine basée sur les preuves ».

tendance à utiliser la logique pasteurienne, une cause – un effet – un traitement, comme une panacée qui peut conduire à de véritables désastres. Prenons deux exemples, le cas du clofibrate et celui du traitement hormonal substitutif chez les femmes ménopausées pour mieux comprendre l'ampleur du problème.

Le clofibrate. Dans les années cinquante, les recherches épidémiologiques ont permis d'identifier une association constante entre un taux de cholestérol sanguin élevé et une fréquence accrue d'infarctus cardiaques. Les firmes pharmaceutiques ont mis au point différents traitements pour diminuer le cholestérol sanguin, notamment le clofibrate, et de par le monde, des centaines de milliers d'hommes sains⁶⁷ ont été traités préventivement par ce médicament. Dans les années 60, un essai clinique en double aveugle, multicentrique, a été réalisé par l'OMS dans trois centres collaborateurs. Le suivi des patients traités par le clofibrate ou traités par un placebo a duré 5,3 ans pendant l'essai et 4,3 ans ensuite. Stupeur, les patients traités ont vu une diminution de 20 % des accidents ischémiques cardiaques mais sans effet sur la mortalité par infarctus. Plus étonnant, le nombre de décès parmi les patients recevant le clofibrate était de 25 % plus élevé que dans le groupe contrôle et ce dans les trois centres collaborateurs (WHO Cooperative Trial, 1980)! Après 5,3 ans, l'essai clinique a été arrêté mais le suivi des patients a continué pendant 4,3 ans et puis prolongé d'une nouvelle période de 4 ans. Les résultats finaux publiés en 1984 montraient un excès de 47 % de mortalité pour les patients pendant leur période de traitement par clofibrate, excès qui disparaît après la fin du traitement (WHO Cooperative Trial, 1984). Cette expérience malheureuse du traitement préventif de l'infarctus par le clofibrate illustre le comportement peu scientifique du corps médical. À un

67. Il faudrait sans doute parler de plusieurs millions car, pendant une dizaine d'années, le clofibrate a été utilisé comme traitement à la mode dans la majeure partie des pays industrialisés. Mais il est quasi impossible de faire le calcul exact.

problème complexe, on a voulu trouver une solution miracle et sans avoir les preuves suffisantes de son innocuité, le corps médical, poussé par les enjeux financiers extrêmement importants des firmes pharmaceutiques, a prescrit à des hommes *sains et sans problèmes*, un traitement qui pour plusieurs d'entre eux (70 sur l'ensemble des individus concernés par cette seule étude) sera fatal.

Le traitement hormonal substitutif chez les femmes ménopausées. Ce traitement est proposé en continu à un grand nombre de femmes saines, ménopausées, comme prévention des pathologies cardiaques et de l'ostéoporose. 16 608 femmes ménopausées et en bonne santé ont été enrôlées dans un essai clinique en double aveugle d'une durée prévue de 8,5 ans. Après un suivi moyen de 5,2 ans, l'essai a été arrêté par les responsables scientifiques car les effets négatifs (fréquence plus élevée des cancers du sein, des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et des embolies pulmonaires) étaient supérieurs aux bénéfiques (fréquence moins élevée du cancer du colon et de la fracture de la hanche) (Women's Health Initiative, 2002). Suite à ces résultats (qui devraient être confirmés par d'autres études), les auteurs ne recommandent plus le traitement hormonal substitutif préventif pour les accidents cardiaques. La publication toute récente de cet essai clinique remet en question une attitude pourtant fréquente (entre 10 et 20 % des femmes ménopausées suivent un traitement substitutif) et établie depuis plus de 15 ans : la prévention de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées. La question qui se pose est la suivante : pourquoi cette étude n'a-t-elle pas été réalisée plus tôt, avant de promouvoir à grande échelle l'utilisation du traitement hormonal substitutif dans le cadre d'un programme préventif ? Les scientifiques et les chercheurs ont-ils la mémoire si courte qu'ils ont déjà oublié les leçons de la malheureuse expérience du clofibrate pendant les années 70 ? Ou encore, les intérêts financiers sous-jacents sont-ils trop importants ?

Pour ceux qui sont intéressés par « ces idées folles, ces idées fausses », sans doute trop fréquentes en médecine, un livre leur a été consacré (Skrabanek, 1997). D'autres exemples concernent la définition du contenu des programmes et stratégies de prise en charge d'épisodes à risque, consultation prénatale, etc., qui sont loin d'être « basés sur des preuves ». Nous analyserons quelques cas marquants dans le chapitre 4.

La mode actuelle de la médecine basée sur les preuves est une prise de conscience bienvenue du corps médical, en réaction à la situation précédente, où faisait force de « science » le comportement du chef de clinique, du mandarin: « Mon Maître m'a dit... » Cette nouvelle approche imprègne de plus en plus le monde hospitalier et influence positivement la qualité de la formation professionnelle des futurs médecins. À ce point de vue, la situation s'améliore et de façon significative. Mais cette approche, mouvement pendulaire, a aussi ses excès: seules les interventions prouvées comme efficaces selon des critères techniques, mesurables sont désormais acceptées par le monde scientifique et seront donc prioritaires pour la définition des politiques et leurs financements. Or, dans des systèmes complexes comme les systèmes de santé et l'enseignement, il est très rare de pouvoir démontrer l'efficacité d'une intervention isolée. Ce qui ne veut pas dire qu'elle n'ait pas d'importance⁶⁸ ou qu'elle ne soit pas pertinente !

Finalement la formation médicale, centrée sur la transmission de connaissances, ne développe pas chez le futur médecin l'intérêt et le goût du questionnement, conditions préalables pour comprendre l'importance que revêt par exemple la recherche pour l'amélioration des systèmes de santé. De même, peu habitué à se poser des questions, le médecin aura du mal à gérer les situations incertaines, pourtant fréquentes en

68. Voir l'étude de cas n° 2 (« L'approche du risque et la consultation prénatale ») au chapitre 4, p. 130 et suiv.

médecine. Certains, les plus brillants, remarqués par leur chef de clinique, seront invités à participer aux recherches cliniques en cours, le plus souvent fondamentales et quasiment jamais orientées sur les aspects liés à la gestion du système de santé.

Une formation qui distancie

La distanciation vis-à-vis des malades

Suite au fonctionnement hospitalier spécifique décrit plus haut, il y a donc une distance considérable qui peut s'installer entre le futur médecin⁶⁹ et son malade. Plus le médecin évolue dans sa formation, moins le contact sera direct, au point que certains étudiants vont perdre l'ouverture sociale et la recherche de relations individuelles avec les patients, qui étaient pourtant des facteurs importants de leur motivation professionnelle initiale. « Mademoiselle, vous ne voudriez pas dire au docteur que... » J'ai souvent entendu cette petite phrase exprimée par des patients hospitalisés alors que le médecin vient de sortir de la chambre ou pire qu'il s'y trouve encore. Comme si le malade ne se donnait pas le droit – le pouvoir ? – de s'adresser directement au médecin.

Cette distanciation est renforcée par d'autres caractéristiques du fonctionnement hospitalier qui, stratégie inconsciente ou non, infériorisent le patient : pyjama (est-il vraiment nécessaire que tous les patients hospitalisés soient toute la journée en pyjama ?), langage infantilisant (« alors, on va prendre sagement ses médicaments... »), rituels (prise de la température et des médicaments), dépersonnalisation (la prostate de la chambre 26

69. Une certaine forme de distanciation est nécessaire et souhaitable. Il ne faudrait pas, par exemple, qu'une implication émotionnelle trop forte du médecin interfère avec la qualité de la prise en charge du problème de santé. Le défi pour le médecin est d'assurer un équilibre entre fusion conceptuelle et distance individuelle.

dit qu'elle a mal...!), manque d'informations (« Vous sortez demain... – Ah bon! On ne m'a rien dit. Cela veut dire que je suis guéri? »).

Certains auteurs de bandes dessinées comme Claire Brétecher et Binet ont, de façon très humoristique, mis en exergue cette « capacité » du milieu hospitalier et du milieu médical, en général, à rendre les patients infantiles et passifs⁷⁰. Tout se passe encore comme si dans l'inconscient des professionnels, le bon patient est celui qui demande le moins d'informations possibles, qui ne donne pas son avis et qui remercie la tête courbée et le regard humble (j'exagère un peu!) ce que le médecin, ce quasi-Dieu (j'exagère beaucoup!), a fait pour lui! Ou encore, pour reprendre l'image forte de Stengers (1997): comme si le patient idéal était celui qui laisse son cerveau à la maison pour envoyer son corps en réparation à l'hôpital! Comment espérer que le patient déjà inquiet et déstabilisé par son problème de santé puisse jouer correctement son rôle de patient, se prendre en charge et participer à sa guérison? Cette participation active du patient est pourtant un facteur important de succès (Adam, 1994). Le patient hospitalisé a besoin d'un environnement rassurant d'un point de vue technique et psychologique, ce qui est tout différent de l'infantilisation trop souvent constatée. Ce n'est pas un hasard si en milieu hospitalier, la confusion est fréquente entre ces deux aspects.

Le médecin a toujours eu une position particulière en ce qui concerne la gestion de l'information, position qui est peut-être une autre façon de se distancier de son patient. En effet, déjà chez les anciens Grecs, du temps de Platon, seuls les médecins et les responsables politiques ont droit au mensonge, les autres membres de la société ont obligation de dire la vérité. Ce droit

70. À ce sujet, voir Brétecher, *Docteur Ventouse bobologue*, 1986 et Binet, *Les Bidochon – Assujettis sociaux*, 1985.

au mensonge médical était justifié pour la défense des intérêts du patient. La pratique du mensonge est donc permise au sein du corps médical⁷¹. Différents types de mensonges sont possibles: rétention d'informations concernant le diagnostic ou encore les effets secondaires d'un traitement pour protéger leurs patients, ou pour assurer la continuité du traitement (Faisang, 2002). Le mensonge a aussi d'autres objectifs, il permet de ne pas lier le patient au médecin, de garder cette distance parfois si nécessaire mais aussi de maintenir le patient sous dépendance et de ne pas lui permettre de devenir un réel partenaire au sein du colloque singulier.

Le rôle du médecin dans la gestion individuelle de l'information de son patient dissimule encore aujourd'hui une grande subjectivité. Son attitude peut être perçue comme l'exercice d'un pouvoir basé sur la rétention de l'information et sur l'*a priori* suivant: le patient n'est pas capable de comprendre les données médicales qui le concernent. C'est dans cette logique qu'il faut comprendre les réactions négatives du corps médical quant à l'accès des patients à leur dossier personnel, même si dans certains pays, des changements récents sont apparus⁷².

Des progrès récents ont aussi été réalisés dans le domaine plus large des relations entre patients et prestataires. Une nouvelle approche scientifique est diffusée dans les grands journaux médicaux spécialisés: l'approche centrée sur les patients⁷³, qui prévoit de mieux prendre en compte leurs désirs et leurs caractéristiques (Mead, 2000) et d'améliorer l'interface

71. Pour pouvoir mentir, il faut d'abord connaître la vérité! La notion de ce qu'on peut ou de ce qu'il faut dire varie d'une culture à l'autre: notre dicton « faute avouée, faute à moitié pardonnée » n'est pas du tout transposable dans d'autres contextes. Au Mali par exemple le respect dû à une autre personne passe par la dissimulation de la faute qu'on lui a faite (Jaffré, 2002).

72. Notamment en France où une nouvelle législation concernant le dossier médical a été votée.

73. Voir le lexique pour une brève description de cette approche.

patients-professionnels. L'analyse de cette interface – et comment l'améliorer ! – nécessiterait plusieurs études. Mais un point est essentiel : la communication émotionnelle, la gestion positive des émotions des patients comme des professionnels, est prioritaire pour le développement d'une relation de qualité entre ces deux acteurs. Hélas ! la formation des médecins qui n'aborde pas ce domaine essentiel produit trop souvent des professionnels infirmes de l'affect. Et pourtant, des méthodes centrées sur la gestion des émotions, la qualité de la communication interpersonnelle et sur une meilleure écoute des patients existent (Servan Schreiber, 2003), mais ne sont pas enseignées aux futurs médecins. Il faut remarquer qu'il aura fallu plus de 30 ans, après les travaux précurseurs de Balint (1960), pour que l'approche centrée sur les patients soit enfin reconnue. En revanche, le rêve de Balint qui prévoyait aussi la promotion de la dimension psychologique dans la formation médicale (Haynal, 2003) ne semble pas s'être réalisé. On parle aussi d'humaniser les hôpitaux mais il reste encore tant à faire !

Au vu de cette situation, qui pendant plusieurs années va caractériser la formation des médecins, on peut comprendre pourquoi certains d'entre eux ont de grandes difficultés à établir une relation d'égal à égal avec leurs patients, certains ayant même tendance à devenir distants, voire arrogants et hautains. Ils ne font que reproduire ce qu'ils ont vécu pendant leur formation, le plus souvent sans s'en rendre compte.

Des études intéressantes menées auprès de médecins qui ont dû être hospitalisés montrent combien, pour eux, le choc peut être brutal lorsqu'ils se retrouvent tout d'un coup en position de patient, de l'autre côté de la barrière. Certains médecins⁷⁴ ayant vécu cette expérience sont d'ailleurs devenus des acteurs motivés pour le changement des pratiques médicales hospitalières.

74. C'est le cas du docteur Haln : «Between two worlds: Physicians as Patients», *Medical Anthropology Quarterly*, 16, p. 87-98, 1985. Cité par Déchamp-Le Roux (1994).

Les plus mal lotis sont les futurs médecins généralistes. Ils n'ont que très peu souvent eu l'occasion de rencontrer un patient non hospitalisé⁷⁵. Ils vont devoir le découvrir dans l'exercice de leur profession et non par leur formation. Sauf dans certains cas exceptionnels : les médecins qui, ayant la chance de pouvoir exercer le métier d'infirmier, ont eu des contacts fréquents et répétés avec des patients.

La distanciation vis-à-vis de la souffrance et de la mort

De même, les relations des professionnels de la santé avec la souffrance, l'agonie et la mort sont très hiérarchisées. C'est le personnel infirmier et les aides-soignantes qui, dans le meilleur des cas, sont présents près des mourants lors de leur agonie⁷⁶. De nouveau, l'interne, le chef de salle ou le spécialiste ne sont jamais à côté du patient en train de mourir. Les étudiants en médecine, lors de leur formation et par la suite, ont une relation lointaine avec la mort et la souffrance. Ils se distancient ainsi du vécu et des attentes des patients et de leur famille mais aussi (et c'est sans doute plus grave) de leurs propres sentiments. Quand on ne peut vivre la mort sereinement, mais qu'on est obligé de la côtoyer, alors la seule solution est de se protéger, de se « blinder », de s'emmurer dans une carapace protectrice. La question n'est pas de demander que le médecin assiste à l'agonie de chacun des mourants (ce serait trop exigeant d'un point de vue affectif), mais qu'il ait eu pendant sa formation l'occasion de vivre et de participer à des épisodes de fin de vie. Alors, on peut espérer que les médecins puissent adopter, face à leur vieille ennemie, une attitude plus humaine, plus compatissante pour leurs patients et leurs familles et les aider dans ce cheminement

75. En Belgique, pour un futur médecin généraliste, il était impossible jusqu'en 1978 d'effectuer des stages de médecine générale !

76. Encore trop souvent, les malades hospitalisés meurent en pleine solitude. Parfois, la famille n'est même pas avertie de l'imminence du décès et trop peu souvent invitée à accompagner le mourant.

difficile. C'est sans doute à ce niveau que réside l'explication du comportement du médecin de Monsieur X.

Le comportement brusque, désagréable de certains médecins peut s'expliquer en partie par la difficulté de devoir annoncer des mauvaises nouvelles à leurs patients, par leur incompetence à gérer les émotions mais aussi peut-être parce qu'ils vivent cette annonce comme un échec personnel par rapport à leur désir de toute-puissance sur la maladie et la mort⁷⁷. Des témoignages comme celui de cette infirmière sont fréquents : « Les médecins s'occupent beaucoup des cancéreux tant qu'il y a un espoir de guérison, mais lorsqu'ils savent qu'ils sont condamnés, ils les abandonnent complètement. À nous de les prendre en charge pour le meilleur et pour le pire⁷⁸ ! » Un extrait du roman *Oscar et la dame rose* qui raconte les derniers jours d'un enfant cancéreux est très explicite à ce sujet : « Moi, je ne fais plus plaisir. Depuis ma greffe de moelle osseuse, je sens bien que je ne fais plus plaisir. Quand le docteur Düsseldorf m'examine, le matin, le cœur n'y est plus, je le déçois. Il me regarde sans rien dire comme si j'avais fait une erreur. Pourtant je me suis appliqué, moi, à l'opération ; j'ai été sage, je me suis laissé endormir, j'ai eu mal sans crier, j'ai pris tous les médicaments. Certains jours j'ai envie de lui gueuler dessus, de lui dire que c'est peut-être lui, le docteur Düsseldorf avec ses sourcils noirs, qui l'a ratée, l'opération. Mais il a l'air tellement malheureux que les insultes me restent dans la gorge. Plus le docteur Düsseldorf se tait avec son œil désolé, plus je me sens coupable. J'ai compris que je suis devenu un mauvais malade, un malade qui empêche de croire que la médecine c'est formidable⁷⁹ » .

77. Ce désir de toute-puissance sur la maladie et la mort, de sauveur de l'humanité, qui caractérise souvent le comportement des professionnels de la santé est une caractéristique de l'esprit pasteurien.

78. Témoignage recueilli par F. Gonnet, *op. cit.*

79. *Oscar et la dame rose* de Éric-Emmanuel Schmitt, 2002, Paris, Albin Michel.

Il est urgent pour le corps médical d'apprendre à approcher la mort non comme une ennemie mais comme une alliée potentielle. Au Nord comme au Sud, ce reproche est fréquemment fait aux professionnels de la santé : leurs patients se sentent dépossédés de leur maladie, de leur mort. Ils ne reçoivent pas l'information nécessaire et pertinente pour vivre leur rôle de patient. Ils ne peuvent donc vivre leur mort et leur famille ne sait pas comment les accompagner dans cette expérience dernière (Kübler-Ross, 1996). Ils se sentent dépossédés, blessés de ne pas avoir pu vivre cette expérience primordiale : vivre sa mort de façon consciente et intelligente.

Et la mort, au lieu de devenir une alliée, est toujours vécue comme une ennemie. Cette réalité explique entre autres l'acharnement thérapeutique généralisé pendant les années 60-80 (et encore actuel dans de nombreuses structures hospitalières), le manque de compréhension, la maladresse et parfois le manque d'humanité des médecins dans l'accompagnement du mourant et de sa famille. Il serait raisonnable d'exiger que tout futur médecin ait eu l'occasion au cours de sa formation médicale, d'assister des patients en soins palliatifs, des patients mourants et d'avoir vécu avec eux la beauté d'une fin de vie *digne*, pour pouvoir en tirer toute la richesse et toute la compétence sociale, relationnelle que cet événement implique. Cette expérience toujours significative permettrait enfin aux médecins et autres professionnels de la santé de vivre la mort non plus comme un échec mais comme un événement extrêmement riche d'un point de vue humain⁸⁰. Ainsi, ils pourraient mieux apprendre à tenir compte des aspects culturels et sociaux des patients et des communautés dont ils sont en partie responsables de la santé, de la vie et de la mort.

80. Je me permets de vous rappeler cette très belle parole de Nietzsche : « Morale à l'usage des médecins [...] mourir fièrement, quand il n'est plus possible de vivre avec fertilité... » (voir la suite au chapitre 2, « Un constat : Monsieur X »).

Étrange, en tant que médecin, on nous a appris à accompagner les êtres humains lors de leur naissance mais on ne nous a jamais enseigné l'art d'accompagner ces mêmes êtres humains lors de leur agonie et de leur mort.

Pour un jeune de 20-25 ans, la confrontation avec la mort, lors de ses premiers stages en milieu hospitalier, est souvent dramatique et vécue comme un choc affectif profond. Cette expérience est d'autant plus fondamentale qu'elle confronte brutalement le futur médecin à sa propre mort, à un âge où il n'y pense pas encore. Le manque de préparation à cet événement capital, le manque d'appui, de lieu de parole et d'échange, font que le jeune adulte aura tendance même inconsciemment, à se refermer sur lui-même, à se forger une carapace pour pouvoir résister à cette épreuve qui le déstabilise.

Pour ces raisons, les médecins, incapables d'assumer le poids de la mission divine dont ils se sont eux-mêmes investis, ne trouvent souvent qu'une seule échappatoire : la négation, la distanciation. Un autre extrait du livre *Oscar et la dame rose* est aussi très parlant : « Faut pas tirer une tête pareille, docteur Düsseldorf. Écoutez, je vais vous parler franchement parce que moi, j'ai toujours été très correct sur le plan médicament et vous, vous avez été impeccable sur le plan maladie. Arrêtez les airs coupables. Ce n'est pas de votre faute si vous êtes obligé d'annoncer de mauvaises nouvelles aux gens, des maladies aux noms latins et des guérisons impossibles. Faut vous détendre. Vous décontracter. Vous n'êtes pas Dieu le Père. Ce n'est pas vous qui commandez à la nature. Vous êtes juste réparateur. Faut lever le pied, docteur Düsseldorf, relâcher la pression et pas vous donner trop d'importance, sinon vous n'allez pas pouvoir continuer ce métier longtemps. Regardez déjà la tête que vous avez.

En m'écoutant, le docteur Düsseldorf avait la bouche comme s'il gobait un œuf. Puis il a souri, un vrai sourire, et il m'a embrassé. Tu as raison, Oscar. Merci de m'avoir dit ça.

De rien, docteur. À votre service. Revenez quand vous voulez. »

Étrange, et pourtant, quand la médecine se fait humaine, et que les progrès techniques permettent au patient et à sa famille d'apprendre à mourir dignement et avec sérénité, alors oui, des réussites exceptionnelles, de réelles leçons d'humanité sont possibles⁸¹, et la mort peut devenir une alliée. Le témoignage suivant⁸² du décès d'Anne, jeune femme de 28 ans morte de leucémie, exprime ce qu'on peut attendre de la mort devenue une alliée: «Tu feras tout, hein? Tu feras tout pour faire connaître ça. Quand je pense qu'on peut ne plus souffrir! Elle avait dit: «Je veux que vous ayez de moi un visage souriant». Elle avait dit: «C'est pas facile tout ça, c'est pas facile...» «Qu'est-ce qui n'est pas facile?» avait demandé sa mère. «De vous quitter». «On t'aidera, promis. Comme pour un petit enfant qui voudrait monter dans un arbre, je te porterai, je te hisserai pour que, petit à petit tu y arrives». Deux jours plus tard, Anne s'est levée et s'est blottie dans le lit de sa sœur. Entre sa mère et son frère, sans douleur, deux heures durant, elle a glissé doucement vers la mort, soutenue par ses proches qui l'encourageaient. Puis... son frère s'est tourné vers sa mère et lui a dit qu'il venait de vivre le plus beau jour de sa vie. Alors, cette dernière a su qu'Anne avait eu raison, elle qui assurait: «C'est sûr, tu ne dois pas être triste».

Un dernier extrait de *Oscar et la dame rose* :

«Oscar: Vous en connaissez, vous, des gens qui se réjouissent à l'idée de mourir?

La dame rose: Oui, j'en connais. Ma mère était comme ça. Sur son lit de mort, elle souriait de gourmandise, elle était impatiente, elle avait hâte de découvrir ce qui allait se passer⁸³.»

81. Voir aussi, entre autres, les travaux de Schwartzberg (1998), Van Eersel (1997).

82. Témoignage recueilli par Pascale Gruber, «Mourir sans souffrir», *Le Vif, L'Express*, octobre 1992, p. 30-32.

83. Éric-Emmanuel Schmitt, *op. cit.*

Ce comportement du médecin, cette distanciation par rapport au vécu du malade et sa douleur est en fait un comportement très ancien dans la profession médicale. Déjà en 1780, certains scientifiques proposaient la narcose préopératoire, qui fut refusée par les chirurgiens. La découverte de la morphine date de 1806 et celle du chloroforme de 1831 mais, malgré plusieurs expériences, ces découvertes n'ont pas été intégrées par le monde médical. Il faudra attendre 1846 pour que l'anesthésie opératoire soit enfin acceptée par les médecins. Quelle explication donner ? On tient compte de la douleur – et donc on la traite – quand on commence à s'intéresser à la personne, à l'individu (Peter, 2002).

On peut faire la même réflexion par rapport au traitement de la douleur rebelle, notamment dans le cas des cancers, traitement qui a mis plusieurs années à s'imposer au corps médical.

Ce décalage entre une découverte importante et son appropriation par le corps médical peut durer plusieurs décennies et le cas de la gestion de la douleur n'est pas unique ! Par exemple, la responsabilité du corps médical dans la transmission des fièvres puerpérales était connue depuis plus de 40 ans avant que le monde médical accepte enfin un minimum d'hygiène professionnelle pour arrêter de transmettre cette infection meurtrière d'une femme accouchée à une autre⁸⁴. La question qui se pose est la suivante : comment expliquer ce comportement aussi peu scientifique du monde médical où des découvertes potentiellement extrêmement intéressantes pour le bien-être et la santé des individus sont ignorées par les professionnels pendant plusieurs dizaines d'années ? Ou encore, comment expliquer que les médecins ont tant de mal à renoncer à des actes pourtant reconnus comme non pertinents, comme par exemple le diagnostic de la

84. Il est intéressant de rappeler que pendant que de vastes campagnes d'éducation à l'hygiène personnelle des masses laborieuses étaient planifiées et financées par les gouvernements, les gynécologues obstétriciens étaient réticents à appliquer pour eux-mêmes ces enseignements pasteurien !

tuberculose pulmonaire sur base de la seule radiographie des poumons ? On peut aussi poser la question autrement : pourquoi certaines interventions comme les vaccins connaissent, elles, une application immédiate et parfois même généralisée ? (Par exemple : les journées nationales de vaccination où le système de santé se mobilise rien que pour cette unique activité.)

L'explication sans doute la plus probable est à la fois la visibilité de l'aspect technique – l'injection, la radio... – et le pouvoir qu'il confère mais également les intérêts financiers sous-jacents. En revanche, les modifications des aspects comportementaux (se laver les mains), les améliorations portées à la gestion des services (améliorer la réussite de la référence vers le niveau hospitalier par exemple) ne sont pas vécues comme des interventions *nobles*, *visibles* permettant aux professionnels de la santé (et aux politiciens !) de mieux faire reconnaître leur pouvoir. Une autre explication, étroitement associée à la première, est liée à la reconnaissance et au respect du patient en tant qu'individu et pas seulement en tant que porteur d'une maladie. Les professionnels de la santé ne se préoccupent de la douleur, de leur comportement (c'est-à-dire, au début du XX^e siècle, le fait de se laver les mains et, au début du XXI^e, le fait de transmettre à son patient une information de qualité), de la qualité de leur accueil, de la qualité de la gestion de leurs services que lorsqu'ils s'intéressent plus à l'individu qu'à sa maladie. Ce qui implique aussi de la part du corps médical un partage de leur pouvoir : «... le mécanisme du déni médical – déni de ses limites – paraît assez clair et peut se résumer ainsi : l'efficacité, incontestable, de la médecine scientifique a donné au médecin, pour la première fois dans l'histoire, un pouvoir fondé en raison. La soif de pouvoir étant infiniment plus répandue que la soif de savoir et de comprendre, et les médecins n'étant jamais que des hommes comme les autres, ce pouvoir une fois acquis, il n'était plus question de le lâcher. Pour le maintenir – et puisque c'était le pouvoir qui était en jeu, et non plus le savoir –, la communauté médicale a

fait du discours scientifique un discours politique » (Lambrichs, 1993).

Mais revenons-en au problème de la douleur. La distanciation par rapport à la douleur des patients et la dureté du monde médical et hospitalier a été dénoncée depuis plus de 250 ans⁸⁵. Et pourtant, des livres comme *Bruno, mon fils* écrit en 1971 (Maurice, 1971) y font encore référence. Plus étonnant : en 1985, on se permettait encore de réaliser une ligature du canal artériel chez des nouveau-nés, en leur ouvrant le thorax sans anesthésie puisqu'il était évident aux yeux des scientifiques qu'un nouveau-né ne pouvait ressentir la douleur (Anand, 1987, cité par Peters, 2002) ! Cette relation plus qu'ambiguë entre la douleur et la profession médicale est sans doute liée elle aussi à la distanciation nécessaire, où la maladie et la mort du patient sont, pour le corps médical, vues comme des ennemies, comme des défaites personnelles ; ce qui explique sans doute aussi l'acharnement thérapeutique. Tout l'enjeu de la relation entre soignant et patient se trouve dans l'équilibre difficile qu'il faut établir entre compassion et distance. C'est la notion d'empathie, équilibre à redéfinir constamment, qui non seulement aide le patient mais apporte aussi satisfaction et développement personnel au soignant.

Le débat actuel sur l'euthanasie montre la relation ambiguë que le corps médical peut entretenir avec la mort. Dans ce débat, des avis, des articles publiés en 2001 par des médecins, faisaient référence aux crimes nazis et au risque de retour aux exterminations de masse des handicapés, si l'euthanasie, pourtant souvent pratiquée, se trouve en partie légalisée ! Ce type d'amalgame est inacceptable, surtout dans ce débat, où la sérénité des discussions est plus que nécessaire⁸⁶. Mais c'est sans doute la crainte

85. À ce sujet, il faut lire l'étude de J.-P. Peter, « De la douleur », Cité des sciences, 1992.

86. Des réactions aussi fortes, aussi disproportionnées sont le signe d'une profonde déstabilisation des valeurs associées au paradigme dominant, dans ce cas-ci : le médecin comme seul sauveur de l'humanité.

d'une réelle perte de pouvoir – *Comment, en tant que médecin, je ne serais plus le seul responsable de la mort de mon patient?* – qui fait réagir les médecins avec tant d'affectivité.

Une formation qui ignore les aspects culturels, sociaux et psychologiques

Avant 1980, les futurs médecins généralistes étaient principalement formés en milieu hospitalier⁸⁷. Ils n'avaient quasiment aucune opportunité de rencontrer des patients en dehors de l'hospitalisation, où les patients ne sont pas autonomes mais déshabillés, déstabilisés, infantilisés, passifs. En revanche, dans leur pratique, les médecins généralistes auront l'occasion de rencontrer des patients dans de meilleures conditions: comme par exemple à leur consultation ou mieux encore à leur domicile. Ils pourront ainsi petit à petit comprendre les relations entre le psychique, le social, les conditions économiques... et les souffrances et maladies présentées par leurs patients, l'influence du stress, des difficultés familiales et relationnelles sur l'état de santé, l'importance de l'alimentation, étroitement liée aux comportements culturels des individus et communautés, etc.

En revanche, les spécialistes qui n'ont jamais exercé comme médecin généraliste, vont rencontrer en consultation ambulatoire des patients référés pour des problèmes spécifiques et, en cas d'hospitalisation, des patients peu autonomes et passifs. Ils n'auront donc pas l'opportunité d'appréhender les différentes composantes des problèmes de santé. Très vite, ils risquent de perdre leur motivation première et d'avoir tendance à renforcer cette passivité, cette dépendance, en ne donnant pas aux patients l'information dont ils ont besoin pour mieux se prendre

87. À partir de 1979, en Belgique francophone, certains étudiants en médecine ont pu réaliser des stages de 2 à 4 mois auprès d'un médecin généraliste déjà installé. Ces dernières années une réforme des études de médecine donne une place plus importante à la formation des futurs médecins généralistes.

en charge et participer à la décision thérapeutique qui les concerne. Les spécialistes vont se réfugier dans les aspects techniques et médicaux, ce qui leur donne une plus grande satisfaction et, en tous cas, moins de difficultés relationnelles... et le cercle vicieux est bouclé!

Devant cette situation, les spécialistes peuvent avoir tendance à médicaliser les symptômes des patients, à multiplier les examens diagnostiques pour mettre le nom d'une pathologie sur un syndrome psychosomatique. Cette situation entraînera non seulement des coûts inutiles mais aussi un risque d'iatrogéné-cité. C'est une des raisons qui justifie que l'accès direct des patients aux spécialistes soit limité et que la première consultation soit faite par le médecin généraliste.

La formation professionnelle des futurs médecins est donc avant tout centrée sur les aspects cliniques et les techniques de diagnostic et de traitement. Elle oriente vers la spécialisation, considérée comme le vrai aboutissement, la vraie réussite professionnelle. Les aspects psychosomatiques sont quasi ignorés mais d'autres domaines sont aussi les parents pauvres de la formation médicale.

Une formation asystémique

Au début des années 80, les jeunes médecins qui terminaient leurs études n'avaient souvent reçu aucune formation concernant l'épidémiologie, la santé publique, la gestion des systèmes de santé, l'environnement, l'économie de la santé, la sociologie, l'anthropologie, la démographie, toutes des disciplines sœurs de la médecine. Quelques progrès ont été réalisés mais encore actuellement les médecins n'ont qu'une formation épidémiologique limitée et en connaissent encore moins sur la santé publique et la gestion des services de santé.

Certains concepts sont ainsi étrangers à la formation traditionnelle des médecins et donc au corps médical actif. Par exemple, la différence entre l'efficacité théorique d'une

intervention, d'un soin ou d'un traitement et son efficacité opérationnelle (c'est-à-dire en tenant compte des contraintes du terrain et du fonctionnement du système de santé dans lequel l'intervention, le soin, le traitement sera appliqué). Souvent, le médecin, le spécialiste aura une attitude maximaliste et éprouvera des difficultés à gérer des notions de probabilité telles que les valeurs prédictives positives et négatives et la notion de faux positif. En effet, suite à la formation professionnelle reçue, un résultat anormal implique la pose d'un diagnostic et représente inconsciemment pour le médecin, une certitude de 100 %.

Le futur médecin reçoit peu de formation et d'information sur la gestion des soins et des services, sur les aspects économiques et financiers, notamment les notions de rendement marginal, d'efficience, de coûts d'opportunité... toutes notions pourtant fondamentales à la gestion et la planification des systèmes de santé. Il est donc extrêmement mal outillé pour pouvoir jouer le rôle qui lui revient en tant qu'acteur d'un système complexe : le système de santé. Les autres acteurs du système (mutuelles, partenaires de la Sécurité sociale, État, patients, associations de défense des droits du patient...), comme les services spécialisés (programmes spécifiques de santé scolaire, infantile, d'aide aux drogués, etc.), lui sont tout à fait inconnus. Il ne sait pas quelle est sa place dans ce système, quel rôle est le sien, ni comment interagir correctement avec ces différents acteurs.

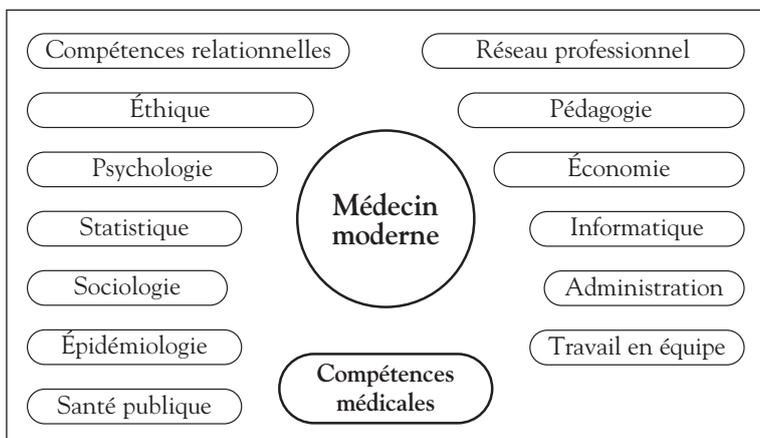
Le médecin, déjà de tendance individualiste suite à la formation professionnelle reçue et mal préparé à jouer son rôle dans un système complexe, aura tendance à se replier sur son corps professionnel (syndicats, ordre des médecins) et à développer un « complexe de persécution » devant les interventions des autres acteurs (État, groupes de patients, société...) dans un domaine qu'il pense lui être réservé (Adam, 1994).

La situation est telle qu'on peut parler de déformation professionnelle dans ce cas : les médecins reçoivent une formation asystémique mais aussi antisystémique.

Une formation qui ne répond pas aux attentes des patients

Vis-à-vis des médecins, la société et les patients ont des attentes multiples mais la compétence du médecin est trop spécifique. Dans une société de plus en plus complexe, son charisme diminue mais aussi sa reconnaissance sociale, son image de marque et donc sa satisfaction professionnelle (Déchamp-Leroux, 1994), ce qui explique le désenchantement actuel de certains médecins.

Figure 3. *Le médecin moderne : domaines de compétences et de connaissances requises.*



La figure ci-dessus propose une synthèse des connaissances et compétences multiples que devrait posséder le « médecin idéal » pour répondre aux attentes de ses patients mais aussi à ses obligations administratives et professionnelles liées à ses nouvelles fonctions.

Et pourtant, de nombreux jeunes étudiants se font encore des illusions. Peu ou mal informés, ils ne se rendent pas compte que le charisme de la profession a diminué, que les compétences

requis sont nombreuses et pas seulement d'ordre médical. Les désillusions sont à la mesure des espoirs. Cette contradiction est aussi présente dans les pays du Sud et explique pourquoi tant d'étudiants en médecine ont une vision utopique, idéalisée de leur profession mais qui ne correspond plus à la réalité. Une fois diplômés, déçus par les perspectives, certains n'exerceront jamais leur profession de médecin généraliste et d'autres se tourneront vers la spécialisation, la seule médecine noble mais surtout pas vers la santé publique, domaine réservé à ceux qui n'auront pas réussi à devenir spécialistes (Mebtoul, 2002).

N'oublions pas que dans le Sud, la formation professionnelle est à l'origine calquée sur celle des facultés européennes et la réforme de l'enseignement universitaire, déjà tardive dans le Nord, est toujours attendue dans le Sud.

Conséquences

Les six aspects que nous avons brièvement développés sont bien entendu des tendances, des lignes de force. Vous aurez toujours la chance de tomber sur un spécialiste capable de vous écouter, de vous comprendre, de vous expliquer correctement et de façon compréhensible quel est votre problème. Un spécialiste capable de vous donner les différentes alternatives possibles et de vous aider à faire le meilleur choix en tenant compte de votre personnalité, de vos caractéristiques culturelles et philosophiques et aussi de vos revenus (Ouf ! un conseil : gardez bien ce spécialiste, c'est une ressource précieuse !).

Ces six lignes de force expliquent pourquoi certains candidats en médecine ont, pendant leurs premières années, un esprit plus ouvert, des intérêts plus variés que lorsqu'ils arrivent à la fin de leur formation professionnelle. Tout se passe comme si ces futurs médecins désapprennent à réfléchir (ce qu'on peut qualifier comme une sclérose programmée de l'esprit), se montrent plus distants et « désaffectivés » pour se protéger de la souffrance, de

la douleur et de la mort. Certains présentent parfois un comportement autosuffisant⁸⁸ (l'impression de tout savoir, de tout connaître : moi, je suis médecin, donc je sais), comportement qui, dans les faits, est souvent associé à un manque de confiance en soi. De nombreux médecins se sentent de plus en plus incompris, non reconnus par leurs patients et le grand public. L'aura, le charisme de la profession médicale s'étiolent, car une formation trop spécifique, trop centrée sur le médical fait que les médecins éprouvent des difficultés à s'adapter aux changements rapides de la société. Dans cette situation, le risque est grand pour les professionnels de perdre leur ouverture et leur capacité d'établir une relation d'autonomie avec leurs patients, pour se transformer en un simple instrument : « À quel point un métier déforme physiquement et intellectuellement : de même l'activité scientifique en soi, de même la chasse à l'argent, de même tout art : le spécialiste est nécessaire mais il appartient à la classe des outils » (Nietzsche).

Tout se passe donc comme si une vision (un paradigme?) simpliste, à la limite mécaniste et en tout cas asystémique, était inculquée aux futurs médecins. Les professionnels seront très à l'aise devant une pathologie mais souvent insécurisés devant le malade. Je pense à la réflexion faite par un médecin spécialiste (et ce n'était pas une boutade!) : « La tuberculose est une pathologie extrêmement intéressante à diagnostiquer et à traiter, dommage qu'il y ait des patients tuberculeux, car alors tout se complique ! » En fait, l'enseignement reçu par les médecins est avant tout basé et imprégné de la même logique fondamentale que celle qui a fait le succès du paradigme pasteurien : une cause – une maladie – un traitement. Les déterminants non médicaux ne comptent pas, n'existent pas et parfois sont perçus comme une entrave à la recherche de la cause médicale du problème.

88. Si vous en doutez, demandez à une infirmière de vous donner des exemples, vous risquez d'éprouver des difficultés à l'arrêter !

Encore actuellement, même si certains changements ont eu lieu depuis quelques années, la formation médicale est avant tout centrée sur l'hôpital et les aspects techniques, et très peu sur le social, le relationnel et le psychologique. Ainsi, naturellement le professionnel aura tendance à médicaliser le social et le psychologique d'autant plus que, formé principalement dans les structures hospitalières il sera, en tout cas en début de carrière, mal à l'aise en rencontrant son patient en dehors de ce type de structure. Souvent des problèmes de communication se posent : comment éviter le jargon et traduire une information médicale de façon compréhensible⁸⁹ pour le patient, comment être sûr que celui-ci a compris correctement l'information transmise ? Sans parler des difficultés relationnelles liées à la gestion de ses propres émotions comme celles de ses patients.

Revenons-en aux conséquences induites par la formation professionnelle. Le futur médecin se sentira inconfortable dans le cadre d'un travail d'équipe, peu intéressé par l'interdisciplinarité et adoptera un comportement centré sur l'individualité parfois l'individualisme, avec de plus le sentiment de ne pas être reconnu à sa juste valeur. Si la grande majorité des médecins, du moins en Belgique, votent pour le parti libéral, ce n'est peut-être pas seulement en fonction de leur classe sociale d'origine mais peut-être surtout quant à la relation privilégiée qu'ils portent à l'individu et à sa réalisation personnelle.

Bon, faisons la synthèse – forcément caricaturale – des médecins généralistes et spécialistes tels qu'issus de leur formation professionnelle.

Le tableau 3 (page suivante) présente quelques caractéristiques du médecin généraliste.

89. Voir à ce sujet le chapitre 4 et l'étude de cas n° 11 (« La culture, la langue et le jargon »).

Tableau 3. *Les principales caractéristiques du médecin généraliste « type ».*

- Il est peu motivé par les aspects socio-économiques et se sent souvent impuissant devant les composantes psychosomatiques des plaintes de ses patients. En conséquence, il a tendance à médicaliser certaines plaintes de ses patients: anxiolytiques, somnifères...
- Il se sent dévalorisé notamment auprès des spécialistes.
- Il ne perçoit pas toujours clairement la spécificité de son rôle d'acteur dans un système de santé de plus en plus complexe.
- Ses rémunérations (au Nord et *a fortiori* au Sud) sont insuffisantes.
- Parfois, il adopte un comportement distant et hautain pour redorer son image de marque auprès des patients.
- Il éprouve des difficultés à transmettre une information compréhensible à ses patients.
- Soumis aux normes administratives et techniques, son espace de liberté thérapeutique se réduit, il se sent de moins en moins autonome.
- Il a l'impression que les réformes du système de santé sont centrées sur la seule logique des économies à court terme.
- Il se sent isolé, non reconnu et de moins en moins écouté. Son auto-estime diminue fortement.

Le tableau 4 résume la « caricature » du médecin spécialiste frais émoulu de minimum 10 ans de formation en milieu hospitalier (heureusement, il existe de nombreuses exceptions, à vous de les trouver !). Il est important de comprendre que certaines de ces caractéristiques associées aux spécificités professionnelles des spécialistes sont nécessaires pour l'exercice correct de leurs activités.

Tableau 4. *Principales caractéristiques du médecin spécialiste « type ».*

- C'est un professionnel sûr de lui et de ses connaissances médicales, souvent condescendant par rapport aux médecins généralistes qu'il considère comme « ceux qui n'ont pas réussi à être des spécialistes ».
- Il est avant tout intéressé (et c'est logique et nécessaire) par les aspects cliniques des pathologies et les techniques de diagnostic et de traitement.
- Il a tendance à maximiser son intervention : multiplication des tests diagnostiques, des examens de laboratoire. Il privilégie l'efficacité par rapport à l'efficience.
- Il éprouve des difficultés à concevoir que son diagnostic final puisse être erroné. Quand il a intégré les notions de faux positifs et de faux négatifs, c'est le problème des faux négatifs (ne pas avoir diagnostiqué la maladie que présente réellement le patient) qui le préoccupe beaucoup plus que le faux positif (traiter un malade pour une maladie qu'il ne présente pas).
- Il ne perçoit pas le besoin d'être évalué et ressent cette évaluation comme un affront, comme une dépréciation de son image de marque.
- Il espère un résultat rapide et visible de son intervention, régression ou disparition de la maladie et amélioration physique de l'état du malade, résultat qui signe l'efficacité de son intervention et est source de sa satisfaction professionnelle et humaine.
- Il ne sait pas qui est son patient et en fait ne désire pas vraiment le connaître. Ce qui lui importe, ce sont les informations dont il a besoin pour traiter la maladie. Il ne se préoccupe pas des conséquences familiales, professionnelles, sociales et financières de la pathologie : ce n'est pas son problème.

- Il travaille dans un milieu très spécifique (son service hospitalier) et hiérarchisé, dont il est le patron (et parfois le mandarin!).
- Passionné par son travail et ses responsabilités, il ne compte pas ses heures de travail. Par son exemple, il assure la transmission de son comportement, de ses valeurs – et du paradigme pasteurien – à ses élèves, futurs disciples.
- Il ne se sent pas partie d'un système mais il estime en être l'acteur le plus important et incontournable. En ce sens, il sera prêt à investir beaucoup de temps et d'énergie pour défendre son domaine spécifique et, par ce biais, il peut devenir politiquement très influent et/ou très visible dans la grande presse et les médias.

Souvenez-vous des caractéristiques du paradigme pasteurien tel que décrit dans le chapitre précédent, il y a de nombreuses similitudes avec les composantes de ce tableau. C'est logique, puisque depuis la fin du XIX^e siècle le milieu hospitalier est fortement imprégné du paradigme pasteurien, dont les caractéristiques premières ont été renforcées par l'évolution du fonctionnement des hôpitaux pendant ces cinquante dernières années.

Par définition, au Nord comme au Sud, la majorité des programmes spécifiques (tuberculose, sida, santé maternelle, vaccinations...) sont dirigés par des spécialistes en la matière, ce qui est logique. Le problème est que ces programmes ne disposent que très rarement d'une équipe multidisciplinaire. Une telle équipe, responsable des orientations politiques, des décisions stratégiques et de la définition des interventions pourrait atténuer les effets négatifs caractéristiques du spécialiste type que nous venons de décrire. Comme nous le verrons au chapitre suivant, l'absence de contre-pouvoir au pouvoir des spécialistes peut avoir de sérieuses conséquences sur le fonctionnement quotidien des services et systèmes de santé.

4. Santé et développement: conséquences des paradigmes

Dans les pages qui suivent, nous décrivons des études de cas, des enjeux récents ou actuels de la coopération⁹⁰ et aussi les effets de la globalisation dans le domaine de la santé. Nous présentons des exemples dans différents domaines avec comme enjeu de montrer que les problèmes, les dysfonctionnements rencontrés aux différents niveaux d'un système de santé ont la même origine: une application mécanique de recettes, la recherche d'une solution miracle – trouver une solution simple, peu coûteuse au problème identifié... Dans chaque cas, nous présenterons une brève analyse de la situation, nous en identifierons les déterminants et nous verrons dans quelle mesure ces déterminants sont liés au paradigme pasteurien.

90. Certains aspects des chapitres 4 et 6 ont été présentés au séminaire sur la santé urbaine organisé à Dakar du 18 au 20 juin 2002 par l'Unicef, la Coopération française et le consortium GTZ-ULB.

Dans une seconde partie et sur la base des études de cas citées, nous faisons un bref résumé des principaux enjeux qui caractérisent le fonctionnement des systèmes de santé du Sud.

Nous consacrons une troisième partie à certains enjeux liés aux effets de la globalisation, de la mondialisation.

Nous présentons ensuite une synthèse des contraintes internes et externes que les systèmes de santé du Sud doivent affronter pour pouvoir mieux remplir leur mission. Cette mission peut être décrite de la façon suivante: les systèmes de santé ont pour but d'offrir des services et des soins de santé de qualité, accessibles aux patients, à l'ensemble des individus, communautés et populations, tout en respectant et favorisant l'émergence de dynamiques sociales, et en tenant compte de leurs caractéristiques socioculturelles.

Pour finir, nous présentons en guise de conclusion les dynamiques négatives, véritables cercles vicieux, sources de nombreux dysfonctionnements des systèmes de santé du Sud.

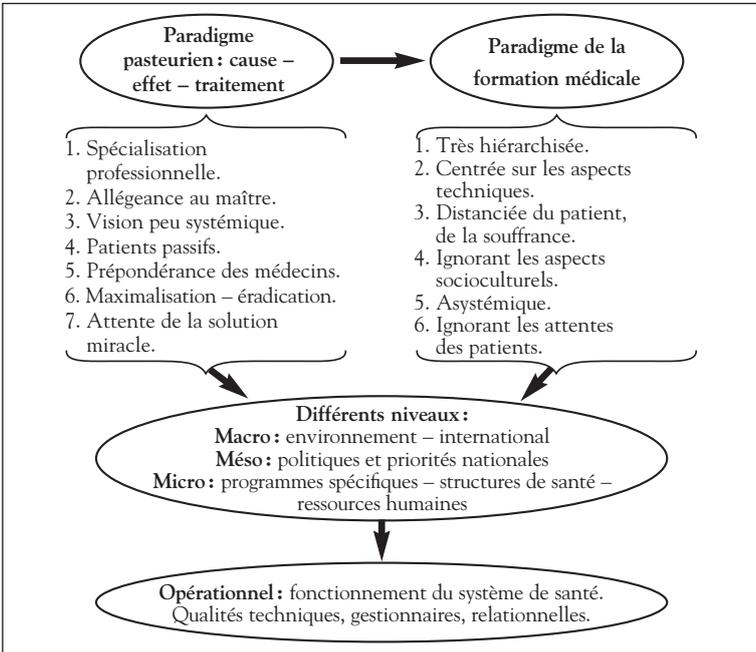
Comme nous le verrons dans les études de cas, les échecs sont nombreux. Notre hypothèse est la suivante: ces échecs répétitifs ne sont pas dus au hasard, ils sont la conséquence de l'héritage et des effets pervers du paradigme pasteurien quand celui-ci sort de sa sphère d'application et envahit le champ des systèmes complexes. Sans oublier que ces effets négatifs sont généralement renforcés par les paradigmes qui dominent actuellement le domaine de la formation professionnelle. Nous ne pourrions sortir de la spirale des échecs qu'en passant par le nécessaire « détricotage » des paradigmes qui obscurcissent et parfois sclérosent notre pensée, passage nécessaire pour construire une réelle altérité entre le Nord et le Sud.

Mais avant de présenter ces études de cas, et pour clarifier la discussion, il est intéressant de rappeler les grandes caractéristiques du paradigme pasteurien et du paradigme de la formation médicale.

Une synthèse des paradigmes pasteurien et de la formation médicale

Les principales caractéristiques du paradigme pasteurien et du paradigme de la formation médicale ont été décrites aux chapitres 2 et 3. Certaines caractéristiques sont communes puisque le paradigme pasteurien influence encore aujourd'hui la formation professionnelle des médecins. Dans la figure ci-dessous, nous présentons ces interrelations et leurs influences sur le fonctionnement du système de santé. Cette figure qui résume en quelques mots les différents points évoqués aux chapitres 2 et 3 peut sembler caricaturale mais elle a l'avantage de permettre une synthèse rapide et visuelle des principaux éléments de notre analyse.

Figure 4. Synthèse des principales influences des paradigmes pasteurien et de la formation médicale sur le système de santé.



Pour éviter une figure trop complexe et peu lisible, nous avons regroupé en un seul bloc l'ensemble des niveaux (macro, méso et micro) du fonctionnement des systèmes de santé tels qu'ils avaient été identifiés dans la figure 1 (chapitre 1).

Études de cas

Pour montrer l'importance de l'influence du paradigme pasteurien et de la formation médicale sur le fonctionnement des systèmes de santé et les effets négatifs qui peuvent en résulter, nous avons choisi de multiplier les exemples pour montrer que les différents déterminants et les différents niveaux du système sont concernés. Pour faciliter la compréhension du lecteur non spécialisé, nous commencerons par les études de cas les plus aisées, c'est-à-dire celles qui concernent avant tout des éléments techniques : stratégies de programmes, etc. Ensuite nous présenterons des aspects liés aux politiques de santé et finalement à l'environnement. Le tableau ci-dessous résume les aspects retenus et les douze exemples choisis⁹¹. Dans cette présentation, le niveau opérationnel, c'est-à-dire la qualité du fonctionnement du système de santé, n'apparaît pas directement puisqu'il est la résultante des trois autres niveaux. Dans chaque étude de cas, nous aurons soin d'en analyser les conséquences pour le niveau opérationnel.

91. La liste n'est bien sûr pas exhaustive et d'autres exemples pourraient être ajoutés à ceux présentés.

Tableau 5. Répartition des études de cas selon les niveaux et les déterminants du fonctionnement des systèmes de santé.

Système de santé : niveau, déterminant et problématique illustrés	Exemples analysés
Micro : – Programmes spécifiques : <i>pertinence des stratégies</i> – Structures de santé : <i>complémentarité</i> – Ressources humaines : <i>interface et comportement</i>	1. Programme de lutte contre la tuberculose (curatif). 2. Approche du risque et consultation prénatale (préventif). 3. Place des tradi-praticiens et des agents de santé communautaire. 4. Comportements des professionnels et attentes des patients.
Méso : – Politiques et priorités nationales de santé	5. Système d'information sanitaire. 6. Primes et <i>per diem</i> . 7. Décentralisation.
Macro : – International : partenaires du développement, politiques de santé – Environnement : <ul style="list-style-type: none"> • culturel • social 	8. Les paradigmes des partenaires : OMS, BM, UE. 9. L'approche par projet comme instrument du développement. 10. Le rapport au temps et l'activisme. 11. La culture, la langue et le jargon. 12. L'alphabétisation des femmes.

1. Programme de lutte contre la tuberculose

Reprenons le cas de Monsieur C qui souffre de tuberculose (voir chapitre 1). Ce cas illustre une des conséquences négatives possibles du paradigme pasteurien : la maximalisation de la stratégie de diagnostic. Supposons que le patient commence son traitement, que va-t-il recevoir comme informations, comme conseils ?

Dans le cas des programmes contre la tuberculose, il est intéressant de constater qu'aujourd'hui encore, les professionnels de la santé exigent des nouveaux patients tuberculeux diagnostiqués des changements de comportement tels que: ne plus embrasser leurs enfants, dormir séparés de leur conjoint, utiliser des plats et des verres qui leur sont réservés, ne pas se fatiguer, ne plus fumer, ne pas boire d'alcool... Bref toute une série de comportements sociaux à modifier qui font que la vie du patient tuberculeux devient un véritable enfer et le marginalise dans sa famille et dans sa communauté. En fait, aucune de ces mesures d'éducation à la santé n'est plus justifiée puisque le patient tuberculeux, une fois mis sous traitement, devient non contagieux en l'espace de quelques jours seulement. Cette problématique du stigmate social dont souffre le patient tuberculeux et qui est induite principalement par les comportements non scientifiques des professionnels de la santé est extrêmement importante en termes de perte de qualité de vie pour les patients. La souffrance sociale ainsi causée et non justifiée est parfois si intense que certains malades préfèrent arrêter leur traitement pour ne plus être considérés comme des parias.

Malgré nos connaissances scientifiques accumulées depuis plusieurs dizaines d'années dans le domaine de la tuberculose, ces comportements aberrants persistent et sont quasi universels. On les rencontre en Afrique, en Amérique latine, en Asie, en Europe de l'Est⁹². Pourquoi ? Entre autres, simplement parce que les responsables des programmes nationaux (ceux qui vont décider des stratégies aux niveaux international et national) sont des spécialistes, des phtisiologues qui, pendant leur vie professionnelle, ont vu les patients tuberculeux dans des hôpitaux ou lors de consultations spécialisées de référence mais ne les ont jamais connus comme les médecins généralistes ou les infirmiers vont les rencontrer dans la vie quotidienne. Ces spécialistes ont

92. Quand la tuberculose était encore une pathologie fréquente, ces comportements existaient aussi dans les différents pays de l'Union européenne.

donc une double déformation : leur expérience est avant tout basée sur des cas graves, compliqués et ils ont peu été sensibilisés aux aspects sociaux et économiques qui entourent et caractérisent la vie quotidienne des patients tuberculeux. Et pourtant, ce sont eux qui, par la définition des stratégies et des activités à réaliser, vont déterminer le comportement des prestataires du niveau opérationnel !

Une influence du paradigme pasteurien, l'hyperspécialisation, peut aussi être identifiée dans le fonctionnement des grandes institutions. En effet, les cas de réelle interdisciplinarité au sein de l'OMS, de l'Union internationale contre la tuberculose, etc., sont peu fréquents. Dans le même département, on voudrait pouvoir retrouver des professionnels s'occupant de la tuberculose et travaillant à *même niveau de pouvoir* mais venant d'horizons différents : spécialistes en tuberculose, sociologues, anthropologues, spécialistes en santé publique...

La réalité est autre, les stratégies des programmes spécifiques mis en place par ces institutions sont basées essentiellement sur des discussions entre spécialistes d'une même et unique discipline. Et quand il s'agit de médecins spécialistes, la conséquence est somme toute logique : on traite avant tout les maladies et pas les malades. Ce n'est pas par hasard que dans tous les pays du monde, il existe des programmes de contrôle de la tuberculose (PCT), mais que nulle part – du moins à notre connaissance – il n'existe de programme de prise en charge des patients tuberculeux (PPCPT). La différence, pour le patient, serait pourtant énorme et sans doute aussi pour les professionnels de la santé du niveau opérationnel : une plus grande autonomie de décision, une meilleure prise en compte des attentes et besoins des prestataires comme des patients et, pour finir, une meilleure relation avec ces derniers.

En fait, qui devrait logiquement être le responsable national d'un programme spécifique ? Ce devrait être un professionnel de la santé qui a eu l'occasion de travailler aux différents niveaux

du système de santé et pas seulement comme spécialiste dans un hôpital de référence, comme c'est le plus souvent le cas.

2. L'approche du risque et la consultation prénatale

En 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1978) publia un livre intitulé *Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque*, livre qui connut un immense succès, succès confirmé par la publication en 1984 d'un guide méthodologique : *L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)* (Backett, 1984). Ces deux documents traduits en plusieurs langues et diffusés dans le monde entier ne faisaient qu'entériner une stratégie déjà généralisée au Nord comme au Sud : l'utilisation des consultations prénatales pour identifier des facteurs de risque permettant de sélectionner à l'avance des femmes à risque de complications lors de la grossesse ou de l'accouchement. Ces deux publications de l'OMS donnaient à cette stratégie ses lettres de noblesse et son cachet scientifique.

Pendant près de dix ans, tous les espoirs de réduction de la mortalité maternelle ont été placés dans cette approche du risque. Ainsi, on a vu au Bénin, au Congo, au Sénégal, au Nicaragua comme dans la majorité des pays du Sud, se renforcer les activités de consultation prénatale. Il était fréquent de voir les centres de santé se convertir quasi exclusivement en centres de consultation prénatale et les femmes enceintes suivre 8 à 10 consultations pendant leur grossesse. Pendant ces consultations qui durent souvent moins de cinq minutes, les femmes sont pesées, mesurées, interrogées sur leurs antécédents obstétricaux, sur la présence de facteurs de risque (anémie, dystocie, éclampsie, hémorragie) parfois par différents professionnels⁹³.

93. La consultation prénatale étant ainsi morcelée (une équipe prend les données de l'interrogatoire, une autre les constantes et la troisième fait l'examen gynécologique). On mesure donc des paramètres, sans prendre le temps d'écouter la patiente !

Mais une analyse plus détaillée du processus de ces consultations prénatales a montré que le plus souvent, un simple rituel s'est installé: rien n'est fait quand des facteurs sont détectés (Nougara, 1989) et surtout, aucune relation de confiance n'est établie avec les femmes enceintes.

En 1992, au début de la nouvelle stratégie de la « médecine basée sur les preuves⁹⁴ », l'OMS publie un rapport qui, doutant de son efficacité, remet en question l'approche basée sur le risque (Rooney, 1992)⁹⁵. L'approche basée sur la notion de risque a fait couler beaucoup d'encre: considérée de prime abord comme la stratégie miracle dans la recherche d'efficacité, elle est bientôt mise au ban des activités de la CPN (consultation prénatale) qui, à son tour, est clouée au pilori par certains scientifiques, au point que certains proposent de la supprimer pour son manque d'efficacité (Maine, 1997).

Pourquoi l'approche basée sur la notion de risque a-t-elle déchaîné tant de passions et de réactions aussi extrêmes? Très certainement parce qu'elle représente l'exemple quasi parfait du paradigme pasteurien et de sa quête d'une solution miracle: trouver une solution technique simple, très efficace, qui permette de résoudre rapidement un problème important. En effet, des débats aussi passionnés ne peuvent s'expliquer que par des réactions affectives, ce qui arrive toujours quand le paradigme dominant est déstabilisé. La solution qui renforce le paradigme sera encensée: c'est la solution miracle de la CPN pendant les années 70 et 80. Celle qui trahit les espoirs sera éliminée, persécutée puis rejetée avec autant de violence qu'elle avait été acceptée: c'est la CPN après 1990!

Et le paradigme comment se porte-t-il? Très bien! Les spécialistes ont cherché à remplacer la CPN par une nouvellesolution centrée sur les soins obstétricaux d'urgence (SOU) au niveau hospitalier et pour laquelle de nombreux indicateurs

94. Voir le lexique pour une brève présentation de cette stratégie.

95. Une édition mise à jour de cette analyse a été publiée en 2001 (Carroli, 2001).

doivent être disponibles⁹⁶ (Goodburna, 2001), alors qu'une approche systémique comprenant l'ensemble des acteurs et niveaux du système de santé – femmes (approche centrée sur les patientes), communauté, services de santé et niveaux décisionnels – serait nécessaire.

Mais revenons-en à nos moutons : quels sont les acteurs qui ont été oubliés dans toute cette histoire ? Les femmes enceintes à qui personne ne demande leur avis ou leurs souhaits, et les prestataires de soins qui ont été transformés en simples robots chargés d'identifier les facteurs de risque ! Deux autres leçons sont aussi importantes à retenir. La dérive quantitative (maximiser les CPN) s'est faite au détriment de la qualité de l'identification des facteurs de risque. Les aspects liés à la gestion des services, comme l'accessibilité de l'hôpital de référence, la réussite de la référence, ont le plus souvent été passés sous silence (Dujardin, 1995 ; Carroli, 2001), car *a priori* trop complexes à gérer et, plus probablement, parce que non ressentis comme prioritaires par les scientifiques.

Tirons un dernier enseignement de cette expérience. Le monde scientifique peut s'aveugler pendant des dizaines d'années sans s'en rendre compte et pire, les meilleurs scientifiques, sans doute emportés par la force du paradigme qui domine leur bon sens, peuvent présenter des méthodes et des résultats tout à fait irréalistes, qui vont induire en erreur les autres scientifiques. Dans sa publication de 1984, Backett utilise un exemple théorique où la prévalence de la maladie (du risque) est de 22,5 % et la valeur prédictive positive de 80 % (Backett, 1984, p. 38-50), valeurs qui surestiment la réalité et donnent des résultats faussement optimistes. En effet, dans les études prospectives où l'on peut mesurer avec une meilleure fiabilité la relation entre facteur de risque identifié à la consultation prénatale et la survenue du risque lors de l'accouchement (dystocie, hémor-

96. Dans le cas du Malawi, le système d'information spécifique nécessaire a coûté 100 000 US \$ et a nécessité un an pour sa mise en place.

ragie...), la prévalence d'un risque ne dépasse pas 5 % et la valeur prédictive positive est le plus souvent inférieure à 15-20 %⁹⁷ (Dujardin, 1996; El-Joud, 2001).

En ce qui concerne la place de la CPN, il faut en revenir à une plus juste mesure : la CPN ne peut pas se résumer à l'approche de risque. Il faudrait cesser de l'évaluer uniquement en fonction du dépistage d'un risque ou de l'impact sur la mortalité maternelle mais tenir compte du processus et des bénéfices secondaires⁹⁸ : diminution du stress produit par la grossesse, augmentation du confort de la femme enceinte apporté par l'action des services de santé, meilleure réussite de la référence selon la qualité relationnelle de la CPN. Lors de la conférence « Consultation technique sur la maternité sans risque », tenue du 18 au 23 octobre 1997 à Colombo au Sri Lanka et organisée par l'OMS, le rapport du groupe de travail « soins prénataux et évaluation du risque » a redéfini le but et les objectifs de la consultation prénatale qui sont repris dans le tableau originel ci-après. Étrange, ce tableau élaboré pendant cette conférence, à la demande des organisateurs, par un groupe d'une trentaine d'experts de différentes disciplines et de différentes régions du monde et présenté à l'ensemble des autres conférenciers, n'a pas été repris dans le rapport final de la conférence. Il a été réduit à deux simples lignes dans une publication ultérieure de l'OMS qui résume les enseignements et recommandations de la conférence de Colombo (Starrs, 1997). Ah ! paradigme, quand tu nous tiens...

97. Sauf dans les cas tout à fait extrêmes, par exemple les très petites femmes d'une taille inférieure au percentile 5 (Dujardin, 1996).

98. Voir le lexique pour une présentation du concept de *bénéfices diffus*.

Tableau 6. *Description du contenu de la consultation prénatale tel que proposé par un groupe d'experts à la conférence de Colombo, Sri Lanka, 1997.*

<p><i>But de la consultation prénatale :</i></p> <p>Promouvoir et faciliter l'entrée dans le système de santé à toutes les femmes et leur assurer des soins continus de haute qualité.</p> <p><i>Objectifs de la consultation prénatale :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Établir une relation vraie entre la femme et le prestataire des soins.</i> 2. <i>Offrir l'information correcte et initier un dialogue qui permet :</i> <ul style="list-style-type: none"> – d'apporter un appui psychologique et social ; – de planifier le suivi de la grossesse et la naissance (personne, lieu, transport...); – aux femmes de garder et d'améliorer leur état de santé (nutrition...); – aux femmes, familles et communautés d'identifier les signes de danger et d'agir. 3. <i>Fournir la prophylaxie (vaccination contre le tétanos, fer...).</i> 4. <i>Détecter et traiter correctement les pathologies existantes (MST...).</i> 5. <i>Identifier les femmes avec des besoins particuliers (nullipares, adolescentes, passé obstétrical chargé...) et leur assurer des soins appropriés (suivi spécifique, référence, etc.).</i>
--

Récemment, des études expérimentales ont été menées (Carroli, 2001 ; Villar, 2001) pour vérifier si on pouvait réduire la charge de travail induite par une stratégie maximaliste et diminuer le nombre de CPN (de 8 à 4) sans y perdre en termes de mortalité maternelle ou périnatale. Le bénéfice que l'on pourrait espérer étant de donner plus de temps pour les échanges et la communication. Les résultats sont probants mais, de nouveau, le paradigme pasteurien et sa vision asystémique l'ont emporté :

les coûts indirects pour la patiente (temps perdu pour le travail, transport, garde des autres enfants) n'ont pas fait l'objet d'une étude quantifiée, ce que l'on peut regretter car ce sont des éléments importants qui déterminent l'utilisation des services de santé. Dans certaines de ces études, la perception des femmes quant à la qualité de la CPN (qualité de contenu, temps et qualité de l'écoute) n'a pas été étudiée et vaudrait la peine d'être mesurée systématiquement. De nouveau, trop souvent encore, seuls les éléments techniques sont retenus.

Le temps et la qualité du contact avec la patiente sont des éléments difficiles à évaluer mais fondamentaux pour la CPN. Si le nouveau modèle parvient à les améliorer, la consultation prénatale retrouve son objectif premier, à savoir être un lieu de discussion, de support affectif, où le temps disponible permet d'établir une relation vraie et positive entre la femme et le personnel de santé, sans oublier bien sûr les interventions reconues comme efficaces et qui doivent être réalisées pendant la consultation. Elle n'est donc pas seulement un endroit de mesure et de questionnement mais avant tout un lieu d'écoute, d'échange.

Parfois aussi, suite à la surcharge de travail ou encore à une mauvaise gestion des activités, les femmes doivent attendre plusieurs heures avant de bénéficier de la consultation prénatale. L'objectif ne sera pas de supprimer tout temps d'attente mais de le réduire à un niveau acceptable par la population, niveau qui dépendra non seulement du type de service considéré mais aussi des caractéristiques culturelles de la population. En effet, un temps d'attente de 30 à 40 minutes semble acceptable et ce temps d'attente permet aux femmes de se rencontrer et d'échanger leurs expériences. Cette socialisation sera d'autant plus précieuse pour les femmes qui, pour des raisons culturelles ou autres, ont peu d'occasions de rencontre en dehors du noyau familial. Ainsi un des bénéfices importants de la consultation prénatale n'est pas tellement l'impact direct en termes de morbidité ou de prévention de la mortalité maternelle mais son

impact indirect, son bénéfice diffus, c'est-à-dire sa capacité à créer une réelle porte d'entrée pour l'utilisation correcte du système de santé⁹⁹, son impact social, le fait de permettre aux femmes isolées de se socialiser et de leur offrir un espace de rencontre à l'abri du regard de l'homme et d'une culture trop coercitive. Cette notion d'impact indirect, de bénéfice diffus n'est pas du tout présente à l'esprit des pasteurien, des spécialistes qui décident du contenu des stratégies. De même, le remplacement d'un puits artisanal par l'adduction d'eau potable dans les foyers est parfois synonyme de dessèchement social: le puits était en fait le centre de discussion, d'échange, d'apaisement de conflits, de rapprochements dans la communauté¹⁰⁰.

Bref, cette discussion montre bien que, selon le paradigme dominant, pasteurien ou systémique, il y a CPN et CPN...

3. Place des tradi-praticiens et des agents de santé communautaire (ASC)

Dans les années 80, la mode était à la reconnaissance des guérisseurs traditionnels et à leur intégration au sein du système national de santé. Des projets ambitieux ont été mis en place, notamment au Congo où des centres de santé en partie réservés aux guérisseurs traditionnels ont été construits. Les résultats de ces projets furent décevants, l'intégration des guérisseurs traditionnels leur faisant perdre leur spécificité culturelle.

Les logiques qui sous-tendent l'approche traditionnelle et la médecine moderne sont en effet si différentes, qu'elles peuvent

99. En effet, une CPN de qualité favorisera l'utilisation des services par les femmes pour des problèmes plus importants et pourra servir de porte d'entrée pour le reste de la famille dans le système de santé. Ces bénéfices secondaires induits nous semblent essentiels. Mais plus difficiles à mesurer, ils sont le plus souvent ignorés!

100. Il ne faut pas non plus tomber dans l'excès inverse: refuser l'adduction d'eau potable sous prétexte de conserver un lieu d'échange et de socialisation mais analyser comment le lieu de socialisation existant pourra être remplacé par un autre.

sembler incompatibles. Mais de nouveau, on peut se demander si ce n'est pas avant tout l'approche retenue qui fut responsable de ces échecs : un projet conçu de façon normative, de haut en bas, demandant aux guérisseurs de s'adapter aux logiques cartésiennes proposées : intégration dans des structures modernes, complémentarité forcée des approches, etc.

Je voudrais vous faire part de mon expérience – limitée – de mise en place d'une coopération positive avec les services traditionnels de santé. Cela se passait en Amérique latine au début des années 1980. C'est l'histoire d'un guérisseur traditionnel avec lequel j'ai pu mettre en place une collaboration et un partenariat très efficace. Depuis plusieurs mois, je travaillais comme médecin généraliste dans un centre de santé. En moyenne je voyais chaque jour entre 40 et 60 personnes à la consultation curative, un travail harassant ! Je soignais des patients présentant les pathologies habituelles : angine, malaria, grippe, enfants déshydratés, pneumonie, blessures, etc. Souvent aussi des adultes se présentaient avec des tableaux cliniques étranges : des douleurs migrantes commençant par la tête (souvent les yeux), puis descendant vers l'épaule, puis passant dans le dos et, enfin, revenant devant pour se terminer près du nombril ! Un tableau clinique combien étranger à mes connaissances médicales pourtant tout fraîchement acquises ! Dans le doute (et pour avoir l'impression de tout de même faire quelque chose), je prescrivais soit des antidouleurs, soit des vitamines et les cas qui me semblaient particulièrement graves recevaient les deux traitements ! Avec peu de succès dois-je dire... Après plusieurs mois et suite à une réflexion désabusée d'un patient qui, revenant pour la troisième fois avec cette même douleur bizarre et résistante, me disait : « *Doctorcito*, ne t'en fais pas, le mal que j'ai, ce n'est pas ta médecine qui peut le guérir ! » ; j'ai enfin posé la bonne question¹⁰¹. « Mais, avant que j'arrive, que faisiez-vous

101. Je sais, je sais... j'aurais pu avoir l'intelligence de poser cette question bien plus tôt mais quand on est jeune... (voir l'introduction !).

dans des cas pareils ? » « Mais, on allait voir notre *curandero* [guérisseur] ! » « Et vous vous sentiez mieux après ? » « Ah, oui, il nous fait boire une potion et puis le mal disparaît ! » Et très logiquement, j'ai proposé à mon malade d'aller voir son *curandero*.

Pendant quelques semaines, tous les cas bizarres et étranges qui venaient à ma consultation, je les réfèrais vers le *curandero*. Et puis après quelque temps, j'ai vu venir à ma consultation un homme âgé, maigre, à court de souffle, souffrant de crises de toux depuis plusieurs mois. En discutant avec lui, je lui ai demandé pourquoi il n'était pas venu me voir plus tôt. Il m'a répondu qu'il préférait aller voir son *curandero* en qui il avait toute confiance. Puis, il a ajouté : « C'est le *curandero* lui-même qui, devant le manque d'efficacité des traitements qu'il m'a donnés, m'a dit de venir vous voir. » Je me souviens que je me suis tu, ému par la confiance que le *curandero* me faisait. Je me suis dit que lui aussi avait dû vivre la même émotion lorsque, pour la première fois, je lui avais référé un patient.

L'examen d'expectoration confirma mon diagnostic clinique, il s'agissait bien d'une tuberculose et je commençai le traitement de « notre » patient ! En prenant grand soin de lui dire de retourner voir son *curandero* s'il avait d'autres problèmes de santé mais de revenir me voir selon les dates prévues pour continuer son traitement antituberculeux. L'un et l'autre ainsi mis en confiance, nous avons, le *curandero* et moi-même, continué à travailler ensemble¹⁰². Sans nous connaître, sans jamais nous rencontrer, nous avons pu, pour le plus grand bien de nos patients, développer progressivement une réelle complémentarité de nos interventions.

Un autre exemple d'approche sélective est l'engouement, pendant la décennie 80, des politiques internationales de santé,

102. Pour la petite histoire, je ne sais toujours pas qui était ce (ou ces) *curandero(s)*, mais 20 ans après, je pense toujours à lui (à eux) avec une tendresse certaine.

pour l'approche agents de santé communautaires (ASC), sensés prendre en charge l'ensemble des problèmes de santé des populations. Cette approche fortement inspirée de l'expérience chinoise des médecins aux pieds nus est de l'ordre du paradigme pasteurien, avant tout par le processus retenu pour sa mise en œuvre.

En effet, vue comme une solution miracle, elle a été mise en place de façon mécanique, normative, de haut en bas, en un temps record, après une formation des ASC de 2 à 3 semaines seulement. Bref tous les facteurs d'échec étaient réunis. Et pourtant toutes les agences spécialisées dans la santé, l'OMS, les coopérations bilatérales et les ONG, toutes ces institutions se sont mises à former des agents de santé communautaires et des accoucheuses traditionnelles. Je me souviens de ce commentaire désabusé que faisait en 1985 le ministre de la Santé du Burkina Faso. S'adressant au représentant d'une ONG qui offrait ses services pour former des accoucheuses traditionnelles, le ministre lui expliqua patiemment mais tout de même un peu excédé: « Désolé, mais vous arrivez trop tard, toutes les accoucheuses traditionnelles que j'ai pu trouver dans le pays ont déjà été formées et reformées ! »

Ces deux exemples, guérisseurs traditionnels et agents de santé communautaires, sont par essence très différents mais ils reflètent l'un et l'autre deux caractéristiques importantes du paradigme pasteurien: une vision asystémique et la recherche d'une solution miracle, facilement reproductible.

4. Le comportement des prestataires et des patients

Parmi les constats actuels, on remarque de nombreux comportements malhonnêtes¹⁰³ des professionnels de la santé: racket, détournement de fonds, passe-droits (Blundo, 2001). On

103. Ces comportements « malhonnêtes » ne sont pas toujours faciles à classer. La limite est fragile entre le don fait pour remercier d'un service et le don induit: « Donne-moi une poule et je te soignerai mieux que les autres ».

peut en comprendre l'importance et la fréquence quand on se rend compte de l'écart entre le salaire officiel et les besoins financiers réels des professionnels de la santé pour être honnêtes dans leur « métier » de chef de famille, c'est-à-dire être capables d'élever dignement leurs enfants. Ainsi, dans de nombreux pays d'Afrique francophone, le salaire mensuel des médecins varie entre 100 000 et 200 000 francs CFA¹⁰⁴ alors qu'un minimum de 500 à 700 000 francs CFA leur est nécessaire pour mener une vie honnête, décente. Au Cambodge, les médecins sont payés 10 dollars par mois, leur besoin minimum étant de 100 dollars. Ignorer cette réalité c'est condamner les professionnels de la santé à recourir aux pratiques illégales, dont finalement les patients seront victimes.

Une étude financée par l'Unicef et la Coopération française a été menée récemment dans cinq grandes villes d'Afrique francophone. Les résultats ont été présentés lors d'un séminaire à Dakar en juillet 2002. Le volet socio-anthropologique (Jaffré, 2002) s'est préoccupé du comportement des professionnels de la santé et du vécu des patients. Les constats sont pareils dans les cinq pays et très semblables à d'autres études (Basset, 1997; Jewkes, 1998). Ils peuvent être résumés comme suit. Les patients se plaignent de n'être même pas regardés par les professionnels, du manque de respect de leur pudeur, des violences verbales qui leur sont faites (surtout en maternité), du manque de transparence du prix à payer, de l'absentéisme des personnels de santé, des délais importants avant d'être reçus, des dessous-de-table à payer au gardien du centre, au clerc, à la fille de salle, à l'aide-infirmier et, finalement, à l'infirmier qui en bout de course, vous conseille de venir à sa consultation privée ! Le seul moyen d'être reçu correctement est d'avoir un allié à l'intérieur du centre de santé, allié qui lui aussi doit être rétribué...

Les professionnels de la santé sont très souvent absents de leur poste. Au lieu de commencer à 7 h 30 du matin, ils arrivent au

104. Un euro est équivalent à 650 francs CFA.

poste vers 9 heures, 9h30, souvent parce qu'ils ont dû eux-mêmes faire des démarches, comme présenter des parents, des membres de leur famille élargie au responsable du laboratoire pour qu'ils soient reçus. Leur productivité est faible et souvent, ce sont des bénévoles qui font une grande partie du travail. Ce sont par exemple les filles de salle qui font la majorité des accouchements. Les fautes professionnelles sont fréquentes et connues (stérilisation mal faite, traitements inappropriés), mais comme tout le monde fait pareil... Les normes de qualité des soins ne sont pas respectées, on s'arrange. Il n'y a pas de travail en équipe et les soignants sont souvent transformés en bureaucrates qui remplissent formulaires, registres et rapports au lieu de faire les consultations et de dialoguer avec leurs patients. Les malversations sont fréquentes : passe-droits, cadeaux exigés, vente privée des médicaments du centre, achat de « médicaments » dans les marchés et revente au centre de santé, détournement des patients « rentables » pour la consultation privée, trafics de certificats médicaux, ententes illicites avec des laboratoires, etc.

Pour s'en sortir, les patients n'ont d'autres solutions que d'entériner le système : ils louent les services, s'abonnent à un infirmier, une sage-femme pour s'assurer un minimum d'attention. Ainsi, toute femme enceinte, avant d'accoucher, a déjà sa sage-femme rétribuée à l'avance. Celle qui n'en a pas, qui a oublié ou qui n'a pas pu « payer le prix de l'abonnement » s'expose aux brimades et vexations des autres sages-femmes. L'esprit de corps est efficace quand il s'agit de défendre ce système d'exploitation des patientes !

Les anthropologues responsables de ces études ont présenté leurs résultats aux personnels de santé qu'ils avaient observés. Les dénégations de la situation étaient peu fréquentes et les personnels de santé justifiaient leur attitude : c'est normal de vendre des médicaments (supposés gratuits ou compris dans le prix de la consultation) aux patients, mais il ne faut pas exagérer. C'est normal si je reçois des cadeaux et si je fais payer ceux qui

veulent passer avant ou qui sont recommandés, c'est normal si je vois aussi les autres. C'est normal que je vende des pagnes ou des brassières pour les bébés, je rends service aux jeunes mères, mais je ne dois pas demander un prix trop élevé.

Autrement dit, et c'est cela le plus inquiétant, tous ces comportements illicites sont en train d'être normalisés, internalisés et moralisés, tant qu'on n'exagère pas... mais qui définit la limite? Cette normalisation de comportements illicites est logique et permet aux professionnels de la santé d'échapper à la situation schizophrénique qui est la leur: si je suis honnête dans ma profession, je ne pourrai pas assumer correctement mes responsabilités de chef de famille, je ne pourrai pas éduquer correctement mes enfants. Si je suis malhonnête dans ma profession, avec l'argent que j'en retire, je serai un parent responsable et donc reconnu dans ma famille, ma communauté. Il est intéressant de constater que la situation en milieu rural semble moins dramatique. Cette différence rural/urbain s'explique sans doute par un meilleur contrôle social des communautés sur la qualité du travail réalisé par les centres de santé en milieu rural.

Et pourtant, il existe des professionnels remarquables qui essaient de joindre les deux bouts et d'assumer cette dualité pourtant si complexe à gérer au jour le jour. Mais leur situation semble de plus en plus difficile à tenir et la tentation est grande de désertier le système public pour le privé lucratif, une ONG, le secteur confessionnel ou, mieux encore, les institutions bilatérales et multilatérales où les salaires sont dix fois plus élevés.

Et pourtant, en dehors de leurs structures professionnelles, dans leur vie sociale, leur quartier, les prestataires « malhonnêtes » se comportent tout à fait normalement quand ils rencontrent des voisins, des collègues, des responsables religieux. Il faut donc réintroduire les normes de comportement social dans les structures de soins. Mais comment faire? Quand on demande au personnel concerné les solutions qu'il propose, elles sont toutes externalisées: c'est la faute de l'État, des patients... Et

pourtant, des solutions existent et des expériences sont menées : pactes de qualité, contrats de transparence, communautarisation des centres de santé, accréditation... Nous en reparlerons plus loin (voir chapitre 7).

Ce type de rétro-information provoque parfois une catharsis qui incite les professionnels de la santé à changer de comportement mais ce changement ne durera que quelques semaines si des solutions plus structurelles ne sont pas trouvées.

En revanche, on peut se demander pourquoi le racket des patientes, notamment dans les maternités, dans les salles d'accouchement, est associé à une violence, à une arrogance, au mépris des parturientes ? Comme s'il ne suffisait pas de spolier les patientes mais qu'il fallait en plus les dénigrer de manière systématique ! Peut-être est-il plus facile et moins problématique de spolier quelqu'un qu'on a dénigré, rabaisé ? L'explication de cette situation commune à de nombreux pays du Sud pourrait être que cette arrogance est aussi l'expression d'une profonde frustration, d'une attitude schizo-phrénique des professionnels de la santé. Cette frustration est en partie induite par les interventions externes, planification de haut en bas, projets, normes, guides qui ne viennent jamais d'eux-mêmes mais qui leur sont imposés par des planificateurs, des responsables politiques, sans tenir compte de leurs priorités et de leurs besoins.

Mais d'autres explications doivent être recherchées. Certains spécialistes (Olivier de Sardan, 2002) font référence à un problème d'héritage de l'administration coloniale, héritage qui détermine la culture actuelle des professionnels de la santé avec comme conséquence une formation professionnelle qui distancie les futurs médecins des patients et de leur communauté.

On peut aussi argumenter que le fait d'être obligé d'être malhonnête pour survivre donne aux professionnels une mauvaise image d'eux-mêmes, et ce manque d'autosatisfaction peut être répercuté de manière négative avec le mépris et l'arrogance comme exutoires. Il est intéressant de constater que dans une

même maternité, lorsque les sages-femmes brutalisent et méprisent les parturientes tout en les rackettant, les filles de salle, qui sont des bénévoles, ont en revanche le plus souvent un rôle d'humanisation des relations, même si en même temps elles participent au racket organisé par l'équipe. L'explication est que ces bénévoles, filles de salle, faisant les accouchements des patientes, ont en fait une meilleure image d'elles-mêmes que les sages-femmes. On en arrive donc à une situation de distanciation sociale pour des raisons à la fois culturelles, professionnelles et économiques. Mais ce phénomène de distanciation risque de se transformer en norme de reconnaissance professionnelle puisque les futures sages-femmes formées par les sages-femmes existantes vont petit à petit adopter le même paradigme comportemental.

La hiérarchie professionnelle qui règne dans le domaine médical et la sensation d'impunité des sages-femmes (beaucoup d'entre elles sont mariées à des médecins influents ou à des fonctionnaires de haut rang) participent sans doute au renforcement de cette distanciation sociale : on se reconnaît entre pairs et par la mise à distance des patients, valorisation négative d'un réel pouvoir. La distanciation sociale devient ainsi une norme de reconnaissance professionnelle, de valorisation de son diplôme et du statut social associé.

Au Sud comme au Nord, il faut posséder une forte personnalité pour pouvoir résister à l'appel du pouvoir, de l'argent et du prestige social surtout en l'absence de contre-pouvoir. Cette réalité explique aussi pourquoi certains expatriés, sans expérience, adoptent des comportements hautains, parfois odieux envers les nationaux. Sans contre-pouvoirs réels, la prépondérance du corps médical dans le fonctionnement du système de santé, héritage pasteurien, peut déboucher sur de graves abus.

Que faire ? Nous en parlerons au chapitre 6, mais on peut déjà avancer quelques idées. Il faudrait apprendre et permettre aux professionnels de la santé d'être plus fiers d'eux-mêmes,

d'acquérir une meilleure image d'eux tout en se rapprochant de leurs patients et des communautés. C'est une approche complexe, systémique et qui va donc à l'encontre de la culture médicale dominante et de la formation professionnelle reçue. Cette approche est souvent perçue comme trop complexe peut-être parce qu'on en a peur, parce qu'on hésite à transformer une dynamique négative en dynamique positive, car cela signifierait l'abandon de certaines prérogatives installées et la remise en question de l'approche normative habituelle de haut en bas, associée au paradigme pasteurien.

Il faut introduire ou réintroduire des normes positives de comportement social dans les structures de soins. La violence des patients à l'égard des soignants est un phénomène non naturel, relativement neuf dans les sociétés du Sud comme du Nord et sans doute induit par le fait que les soignés voient leurs attentes, leurs expectatives de moins en moins respectées. C'est l'évolution des systèmes de santé, toujours vers plus de technique au détriment du relationnel qui induit une violence croissante du soigné par rapport au soignant. L'augmentation des poursuites judiciaires contre le monde médical et l'augmentation subséquente des primes des assurances médicales le montrent à suffisance.

Nous avons quelques exemples concrets qui indiquent que, dans différents contextes culturels, le renforcement du pouvoir des patients peut être associé à un meilleur état de santé. Des études expérimentales ont montré que l'accompagnement lors de l'accouchement est associé à un meilleur confort de la parturiente et aussi à une diminution significative de la durée du travail et de la fréquence des interventions médicales y compris les césariennes (Sosa, 1980; Kennel, 1991). Ces connaissances expérimentales publiées et connues depuis plus de 20 ans n'ont pourtant presque jamais été à l'origine d'un changement de l'accueil hospitalier ou de la structuration des maternités pour permettre cette autonomisation des patientes et l'accompagnement de leur famille.

5. *Le système d'informations sanitaires (SIS)*

Une petite phrase de T. S. Eliot (citée par Morin, 1999) introduit très clairement notre débat : « Quelle est la connaissance que nous perdons dans l'information ? Quelle est la sagesse que nous perdons dans la connaissance ? »

Les informations qui ne sont pas reliées par un tout, supportées par une vision sous-jacente qui leur donne sens, morcellent nos connaissances et les détruisent. Dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines, les systèmes d'informations sont avant tout pensés, réalisés et exploités par et pour des techniciens intéressés par des segments de plus en plus étroits de connaissance. Non seulement ces informations ainsi morcelées ne sont pas utiles pour les spécialistes des systèmes complexes mais leur multiplication effrénée et leur accumulation provoquent des interférences multiples qui empêchent ces derniers de mieux mettre en relation les éléments les plus importants qui constituent le cœur du système analysé. Le danger est donc double : des informations non pertinentes et surnuméraires¹⁰⁵ qui nous empêchent d'avoir accès à celles qui nous sont nécessaires et qui donnent du sens pour l'analyse de nos activités de santé.

La santé connaît la même dérive que la science économique de ces trois dernières décennies : « Ainsi, la science économique est la science humaine la plus sophistiquée et la plus formalisée. Pourtant les économistes sont incapables de s'accorder sur leurs prédictions, qui sont souvent erronées. Pourquoi ? Parce que la science économique s'est isolée des autres dimensions humaines et sociales qui lui sont inséparables... La science économique est de plus incapable d'envisager ce qui n'est pas quantifiable, c'est-à-dire les passions et les besoins humains. Ainsi l'économie est à

105. La difficulté actuelle n'étant pas de trouver l'information pertinente (on y arrive toujours avec un peu de bon sens !), mais d'éviter la perte de temps et la fatigue liées à la gestion inévitable du fatras d'informations non pertinentes qui nous envahissent de tous côtés !

la fois la science la plus avancée mathématiquement et la plus arriérée humainement » (Morin, 1999). Hélas ! la médecine et la santé sont en train de suivre la même dérive que la science économique : nous avons de plus en plus d'informations quantitatives qui sont de moins en moins pertinentes, c'est-à-dire peu utiles pour une prise de décision qui tienne compte des aspects humains et des systèmes complexes dans lesquels la médecine et la santé publique évoluent.

Les effets pervers d'une dichotomie grandissante entre information et connaissance peuvent être résumés dans le tableau suivant¹⁰⁶. Leur rapport avec les caractéristiques du paradigme pasteurien et de la formation médicale sont indiqués entre parenthèses.

Tableau 7. *Effets pervers d'une information non productrice de connaissances, de compétences et de sagesse.*

- Un renforcement du pouvoir des techniciens qui deviennent les seuls à pouvoir maîtriser, utiliser et trouver un sens parcellaire aux informations qu'ils ont eux-mêmes produites (*prépondérance des médecins et des techniciens*).
- Une diminution du pouvoir des citoyens et des professionnels des systèmes complexes : l'information dont ils ont besoin est de plus en plus difficile à trouver (*passivité des patients et des autres acteurs*).
- Une diminution de la perception et de l'importance des problèmes globaux et intersectoriels, une fragilisation de la vision systémique (*vision asystémique*).
- La dépréciation de plus en plus fréquente de tout ce qui n'est pas quantifiable, mesurable, objectivable : la pensée, l'affectif, les sentiments et tous ces aspects qualitatifs qui font le bien-être et finalement le développement des individus et des communautés (*ignorance des aspects socioculturels, des attentes des patients*).

106. Adapté de Morin, 1999.

– Une fracture grandissante entre les héritiers du paradigme pasteurien (chercheurs fondamentalistes, épidémiologistes) et les tenants d'une approche systémique (spécialistes en santé publique, sociologues)¹⁰⁷.

Dis-moi quel indicateur tu choisis, je te dirai qui tu es! Les publications scientifiques concernant la santé dans les pays du Sud reprennent souvent les mêmes indicateurs: espérance de vie, mortalité infantile, mortalité maternelle, etc. Tous sont des indicateurs quantitatifs associés au paradigme pasteurien. Il est extrêmement difficile de trouver dans ces publications des indicateurs qui font sens, soit pour mieux comprendre la souffrance des individus causée par les fractures sociales ou encore par le mauvais fonctionnement des services de santé. De tels indicateurs pourraient être par exemple les délais avant césarienne, le pourcentage de références urgentes non réussies, le coût moyen d'un traitement antibiotique par rapport au salaire de base, etc., c'est-à-dire des indicateurs qui mettent directement en relation différentes parties fonctionnelles du système de santé. Au sujet des indicateurs, remarquons que le problème soulevé est le même pour les systèmes de santé du Nord: les indicateurs de mal-être qui seraient pertinents pour montrer les échecs du fonctionnement essentiellement matérialiste des sociétés européennes sont rarement utilisés ou seulement ces dernières années: taux de suicide chez les jeunes, fréquence des morbidités associées au stress, pourcentage de la population sous tranquillisants et somnifères, fréquence des infections nosocomiales et pourcentage des décès hospitaliers associés, etc.

Quelques exemples de ces informations qui ont du sens mais qui ne sont presque jamais disponibles dans les systèmes d'informations sanitaires sont indiqués dans le tableau ci-contre.

107. Bien entendu, on peut trouver des spécialistes en santé publique plus «pasteuriens» que nombre d'épidémiologistes!

Tableau 8. *Exemples d'informations pertinentes pour un district de santé.*

Acteur concerné	Indicateur, type d'information souhaité
Pour le responsable du centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> – Taux de référence et de réussite de ma référence entre le centre de santé et l'hôpital. – Fréquence des cas correctement référés vers l'hôpital (ma référence était-elle justifiée?). – Qui ne vient pas, qui n'utilise pas mon centre de santé? – Etc.
Pour le responsable de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> – Taux de décès sur intervention (chirurgie, césarienne) : sont-ils dans la moyenne des autres hôpitaux semblables? – Quels sont les centres de santé qui ne réfèrent pas ou pas assez de patients? – Quels sont les délais avant une opération urgente? Avant de recevoir les résultats du laboratoire de la radiologie? – Etc.
Pour le responsable du district	<ul style="list-style-type: none"> – Quels sont les centres de santé qui fonctionnent le moins bien : qualité des échanges avec les comités de santé, comparaison des taux de continuité des pathologies chroniques, des taux d'utilisation, consultation curative, préventive... – Quels sont les décès évitables survenus à l'hôpital? – Quels sont les centres de santé qui connaissent des problèmes d'équipe? – Etc.
Pour le ministre de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> – Comment fonctionne l'intégration des programmes spécifiques? – Quels sont les régions et districts de santé qui ont amélioré leurs performances et la qualité de leurs activités? – Quels sont les résultats de la décentralisation et des autres réformes du secteur santé? – Etc.

L'importance et la fréquence d'une information non pertinente, de mauvaise qualité, ou encore appropriée par une seule catégorie des différents types d'acteurs d'un système complexe constituent un très bon indicateur d'un profond dysfonctionnement de ce système. En effet, c'est un système où les acteurs ne comprennent ni la spécificité de leurs fonctions, ni leur nécessaire complémentarité. Dans ce type de système, l'information est plus souvent utilisée comme un instrument de pouvoir et de distanciation que comme un instrument de prise de décision et de rapprochement. C'est donc un système sans leadership, sans vision, où le système d'informations sanitaires répond avant tout aux besoins d'un seul acteur, généralement le niveau central ou les partenaires du développement, et utilise les autres acteurs comme simples producteurs d'informations.

Pourquoi cette dérive ? Parce que personne ne s'est mis à la place de l'infirmier, du directeur de l'hôpital et du responsable de district pour comprendre leurs priorités et encore moins, prendre leurs avis. Oui, mais pourquoi ? Peut-être simplement parce que les responsables du système d'informations sont avant tout des spécialistes de chaque programme spécifique, des spécialistes du niveau central qui pensent en fonction de leurs seules priorités ou encore qui n'ont jamais travaillé dans un district de santé pour pouvoir en connaître les réels besoins d'informations. L'accumulation d'informations est sécurisante, avant tout pour ceux qui n'ont pas d'expérience de terrain, qui n'ont pas vécu les systèmes complexes de l'intérieur. C'est peut-être aussi pour cette raison que la fonction essentielle du système d'informations, c'est-à-dire la rétro-information des données sous une forme directement utilisable par les générateurs de ces mêmes données, est souvent inexistante.

Je voudrais terminer cette étude de cas sur les systèmes d'informations qui, trop souvent, nous empêchent de comprendre, d'accéder à la connaissance comme source de compréhension, de nourrir notre compétence comme source d'action,

par une maxime que je présente à mes étudiants, un peu pour les déstabiliser et surtout pour les faire réfléchir :

« Ne m'ennuyez pas avec des faits, avec votre « objectivité » ; mais dites-moi quels sont vos choix d'humanité, choix philosophiques, éthiques et politiques. Alors, peut-être pourrai-je comprendre l'importance relative de ces « faits » que vous mettez tant d'ostentation, tant d'obstination à me montrer... et ensuite seulement, nous pourrions savoir quels chemins nous pouvons parcourir ensemble ! »

6. Les primes et les per diem

La prime à la performance est une autre intervention fréquemment proposée ces dernières années par la réforme du secteur santé et les projets de coopération, et mise en place par les politiques nationales. Dans cette approche, des compléments salariaux sont proposés aux professionnels de la santé des centres de santé et des hôpitaux. En fonction de l'évaluation des activités réalisées, ces compléments vont compenser l'insuffisance chronique des salaires. Une dérive fréquente de cette prime à la performance est que par facilité budgétaire et administrative, on ne comptabilise que les aspects quantitatifs. Il est dès lors très tentant de multiplier les consultations curatives, les consultations prénatales, parfois même de fausser les données administratives pour obtenir la prime convoitée. D'autres effets négatifs possibles sont la perte de qualité de l'activité et la diminution du temps d'écoute, deux aspects qui, souvent, ne sont pas inclus dans la notion de performance.

Ce type de prime est aussi un outil instaurant une relation de pouvoir et de contrôle entre, d'un côté, le partenaire du développement et le ministère de la Santé et, de l'autre, les acteurs bénéficiaires de cette prime. Autre effet pervers : cette initiative va dans le sens du désengagement des responsabilités du ministère de la Santé et de l'État qui acceptera de mieux en mieux le sous-financement chronique de ses fonctionnaires.

Mal pensée par des décideurs éloignés du terrain, imposée par un processus normatif de haut en bas, trop vite appliquée, cette prime à la performance est un exemple de la vision simpliste et de la naïveté de certaines interventions des bailleurs de fonds dont les effets sont plus pervers que bénéfiques. C'est aussi une intervention qui répond à la logique du paradigme pasteurien.

En fait, une intervention à plus long terme serait nécessaire, avec participation et négociation entre les différents acteurs concernés sur base d'une réflexion structurée pesant le pour et le contre de cette approche (Martiny, 1999). Cette stratégie se fait dans certains projets où les partenaires du développement ont pris le temps de négocier avec les acteurs du terrain quel niveau de revenu est nécessaire pour pouvoir vivre décemment en tant que professionnel de la santé. Le contrat se pose dès lors en termes de confiance, de transparence, de réciprocité où les décideurs offrent un niveau de salaire minimum décent garanti en « échange » de prestations de qualité des acteurs du terrain. C'est donc une tout autre approche, consensuelle et non normative, que l'approche « prime à la performance ».

7. La décentralisation

On pourrait espérer que de telles expériences (primes et *per diem*) soient capitalisées et qu'au moins, du passé et de l'histoire de notre coopération, nous ayons appris à ne pas refaire les mêmes erreurs. Hélas! l'attrait irrésistible pour la solution miracle est toujours présent. Les thèmes changent mais l'effet mode persiste: la décentralisation, un des points centraux des nouvelles politiques de santé mises en place par la Banque mondiale à partir des années 90, illustre bien cette triste réalité. Nous reprenons ci-dessous l'analyse caricaturale de la décentralisation faite par Brunet-Jailly (1997) et citée par Gruénais (2001): « Le schéma d'intervention est donc bien le suivant: grandes lignes élaborées par les experts des organismes qui apportent le financement, transmission hiérarchique aux échelons régionaux et

locaux du ministère de la Santé, élaboration par ces techniciens – aidés par une assistance technique financée par les bailleurs – de cartes, de statuts, de comptes prévisionnels, de tarifs prévisionnels, etc., correspondant aux critères exigés, puis contacts avec le personnel administratif des autres secteurs, avec le personnel politique et les notables (tous sont des intermédiaires obligés, et comme qualifiés *de facto* pour expliquer et dire que tout cela est parfait); enfin contacts avec la population, qui va être réunie sous les arbres à palabre, écouter force discours et remerciements, et préparer les danses qui marqueront la prochaine inauguration.» De nouveau, tous les ingrédients de l'échec sont réunis: stratégie exogène, approche de haut en bas, normative, très rapide, où les acteurs sont de simples exécutants d'un projet formalisé en dehors de leurs attentes et priorités. Une des raisons premières des échecs de la décentralisation est l'« oubli » des spécificités culturelles locales, que ce soit dans les aspects politiques ou organisationnels (Atkinson, 2002). On pourrait faire les mêmes réflexions pour des projets de prépaiement des soins de santé au Rwanda, pour des projets sida au Congo (Gruénais, 2001), pour des projets d'éducation à la santé... L'étude de Naudet (1999) regorge de ce type d'exemples mais nous ne parvenons toujours pas à tirer les leçons du passé!

La décentralisation est bien plus que la mise en place de nouvelles normes gestionnaires: « La décentralisation n'est pas une simple affaire technique ou administrative, elle implique un véritable débat de société. Nos vies, qu'elles soient rurales ou urbaines, sont dominées par de multiples centralités, le marché, le patron, l'État, le parti, l'école... Décentraliser signifie se libérer de ces centralités qui ne sont que le visage d'un centre dominateur qui loge en chacun et au cœur de toutes les institutions. Décentraliser veut dire alors libérer en soi le potentiel de créativité et de coopération inventive: chacune, chacun redevient un centre créateur de sens et d'utilités pour soi et pour les autres » (De Leener, 1998).

8. *Les paradigmes des institutions internationales*

Certaines caractéristiques du paradigme pasteurien se retrouvent dans les politiques des institutions internationales : attente d'une solution miracle centrée sur les aspects techniques, choix d'une vision asystémique basée sur une logique mécanique (cause-effet-solution), approche normative, de haut en bas. Nous reprenons ci-dessous trois exemples de ce constat.

Le rapport 2000 de l'Organisation mondiale de la santé

Le rapport de l'OMS¹⁰⁸ sur la santé mondiale, publié en juin 2000, présente une nouvelle manière d'évaluer la performance des systèmes de santé. Elle s'appuie sur une analyse des résultats obtenus par 191 pays au cours des dernières années de réforme du secteur santé (WHO, 2000). L'objectif est de proposer un indicateur synthétique de comparaison qui, quantifié, permettra à chaque pays de se situer par rapport aux autres (Murray, 2001).

Selon ce rapport, la performance des systèmes de santé doit se vérifier à leur capacité à réaliser les trois objectifs suivants : 1) améliorer la santé, 2) Répondre aux attentes de la population (c'est-à-dire la réactivité du système de santé), 3) répartir équitablement la contribution financière.

L'indice général de réussite pondère les résultats de ces 3 objectifs, évalués par cinq indicateurs :

- santé (50 %) : 1) espérance de vie corrigée pour l'incapacité : 25 %, 2) inégalité : 25 % ;
- réactivité du système (25 %) : 3) respect des personnes : 12,5 %, 4) attention accordée au client : 12,5 % ;
- équité de la contribution financière (25 %) : 5) distribution du financement : 25 %).

108. Le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2000 (en français) est disponible sur le site : www.who.int/whr/2000/fr/report.htm.

L'indicateur qui relie l'indice général de réussite avec le coût des systèmes de santé montre son efficacité globale. L'échelle varie entre 0 et 1 (les extrêmes sont: n° 1 France: 0,994 et n° 191 Sierra Leone: 0,079).

Ce rapport présente différents aspects positifs: la relance du débat concernant les systèmes de santé, le repositionnement de l'OMS par rapport à la BM et la possibilité de reprendre le leadership dans le domaine de la définition des politiques de santé, l'élargissement de l'analyse de la performance des systèmes de santé au concept de réactivité des systèmes de santé, l'importance donnée à l'accès des plus pauvres aux services de santé et à la défense de leurs intérêts et de leurs droits.

Cependant, différents auteurs ont réagi à la proposition de l'OMS (Van der Stuyft, 2000; Navarro, 2000), notamment Navarro qui a publié un « Viewpoint » dans le *Lancet*, arguant d'une série de doutes et de questionnements sur la pertinence de l'approche proposée et la fiabilité des méthodes utilisées. Nous ne discuterons pas les aspects méthodologiques critiqués ailleurs (Almeida, 2001). En revanche, dans le cadre de notre analyse, certains choix et valeurs exprimés par les auteurs du rapport 2000 de l'OMS nous semblent intéressants à relever.

La pertinence de l'approche quantitative retenue. Assimiler le concept de santé tel que défini par l'OMS¹⁰⁹ aux seuls critères de morbidité et de mortalité représente une approche fort réductrice. Qu'en est-il des aspects sociaux et culturels, de ce sentiment de bien-être (l'auto-estime) de plus en plus souvent retenu comme facteur décisif de bonne santé? Sans doute de nombreuses personnes, au Nord comme au Sud, préféreraient vivre moins longtemps mais mieux! De plus en plus, les attentes des

109. L'OMS définit la santé : « [...] un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Voir le site : www.who.int/about/definition/fr.

individus et des communautés ne sont pas centrées sur la quantité – vivre le maximum d'années sans incapacité mais sur la qualité – réaliser son potentiel de vie et avoir le sentiment d'avoir vécu !

Un conflit de paradigmes. De façon répétée, les auteurs justifient leur approche sur la base des évolutions socio-économiques récentes : privatisation, perte du rôle de l'État, suppression des services et activités considérées comme non efficaces. Les changements de priorité sont présentés comme des faits inéluctables alors qu'ils ne dépendent que de choix politiques récents imposés à de nombreux pays par la Banque mondiale lors des ajustements structurels. Le libéralisme en vogue aujourd'hui n'est pas éternel et on peut se demander pourquoi les auteurs adoptent un carcan que personne ne leur impose en tant que scientifiques !

Une vision simpliste d'une réalité complexe. Dans l'introduction, les auteurs surestiment l'importance historique des systèmes de santé comme principal facteur déterminant la santé des individus et des populations. En revanche, l'importance du développement socio-économique est, elle, sous-estimée. Plusieurs passages et notamment ceux concernant les populations les plus pauvres laissent sous-entendre que les problèmes de santé qu'elles rencontrent seraient la cause première de leur pauvreté, en dissimulant ainsi toutes les autres inégalités économiques, sociales et politiques entre le Nord et Le Sud.

Des oublis importants. Certains déterminants des systèmes de santé ne sont pas du tout ou très peu évoqués. Par exemple, l'organisation¹¹⁰ et la gestion des services de santé, leur accessibilité et la qualité des soins, la motivation des professionnels de la santé ne sont pas reprises dans l'évaluation des performances des systèmes de santé alors que leur importance est prioritaire.

110. De façon assez étonnante, ce rapport ne mentionne pas le concept de districts de santé, un choix pourtant bien défini et défendu par l'OMS.

La qualité des données utilisées. De nombreuses données n'étaient pas disponibles ou de trop mauvaise qualité et les auteurs ont dû avoir recours à des estimations indirectes, sans doute biaisées et peu fiables (Navaro, 2000).

Les critiques reprises ci-dessous peuvent être aisément associées aux caractéristiques du paradigme pasteurien: prépondérance du quantitatif, de l'impact, vision réductrice, très peu de considération pour les aspects liés à la gestion. Cette réalité explique sans doute cette sensation de malaise que l'on peut avoir en lisant attentivement le rapport 2000 de l'OMS et en découvrant la distance importante entre les valeurs proposées au début et le biais médical et technocratique des propositions faites pour la mesure des indicateurs retenus.

Le livre publié par la Banque mondiale : Pour une meilleure santé en Afrique

En 1994, dans sa série « Le développement à l'œuvre », la Banque mondiale publiait le livre *Pour une meilleure santé en Afrique. Les leçons de l'expérience* (Banque mondiale, 1994). Ce livre réalisé en partenariat avec de nombreux consultants de l'OMS et de l'Unicef est basé sur l'expérience accumulée en Afrique subsaharienne. C'est un exemple réussi¹¹¹ de capitalisation des enseignements issus des nombreuses interventions et projets de santé réalisés dans cette région.

Pour notre discussion, l'avant-propos du livre est intéressant à citer: « Les taux élevés de morbidité et de mortalité prématurée que connaît l'Afrique subsaharienne font payer un lourd tribut au continent. Le mauvais état de santé de la population est source de peines et de souffrances; il sape l'énergie et l'aptitude de millions d'Africains à s'acquitter de leurs tâches, et les

111. Ce livre est une très bonne synthèse des enjeux que doivent relever les systèmes de santé africains.

empêche de profiter de la vie. Ses conséquences économiques sont considérables. Un mauvais état de santé entrave le capital humain, amenuise le rendement de l'instruction, contrecarre les entreprises et fait obstacle à la croissance du PNB. »

Si la première partie de cette introduction nous semble tout à fait correcte et pertinente, la dernière partie « *Un mauvais état de santé entrave...* » est plus sujette à caution. La santé est un droit humain et investir dans la santé ne devrait pas se faire sur base d'une justification économique (Dujardin, 1994). De plus, la relation entre santé humaine, d'un côté, et santé des entreprises et croissance du produit national brut, de l'autre, est très discutable. Supposons un instant que toutes les maladies soient effacées du continent africain. Ce n'est pas cela qui va assurer sa croissance économique. Cette croissance économique dépend avant tout d'un commerce équitable, de la suppression de la dette, d'un juste prix pour les matières premières exportées, du développement d'un réseau industriel, d'une gestion efficiente des échanges commerciaux, d'un arrêt des subsides et des aides à l'exportation des pays du Nord, etc.

Mettre en avant l'association « santé-développement » permet aussi « d'oublier » que de nombreux déterminants du sous-développement économique du Sud proviennent du Nord.

Comme dans le cas du rapport 2000 de l'OMS, cette vision économiste de la Banque mondiale, où les auteurs se forcent à trouver une relation de causalité, même très improbable, entre deux éléments d'un système complexe, peut être aussi comprise comme le résultat de l'influence du paradigme pasteurien et de son emprise sur la culture occidentale.

Le VI^e programme de recherche de l'UE

En 1983, l'Union européenne lança un vaste programme (INCO-DEV) d'appui à la recherche pour le renforcement des systèmes de santé des pays du Sud. Un aspect particulier de ce programme étant la mise en place de réseaux et de partenariats

institutionnels entre les pays du Nord et du Sud. Pendant 20 ans, les programmes INCO-DEV se sont succédé et leur évaluation a été très positive. De manière assez inattendue et sans beaucoup de débats, le VI^e programme de recherche de l'UE (2003-2007) n'inclut plus la partie INCO-DEV. Même si elle n'a pas tout à fait disparu, la place de la recherche sur les systèmes de santé est noyée dans de nouveaux programmes (comme le « European Clinical Trial Platform ») orientés sur la recherche fondamentale, la mise au point et la production de nouveaux outils diagnostiques, de traitements, de nouveaux vaccins (Kroeger, 2002).

Visiblement, le VI^e programme 2003-2007 de la direction de la recherche de l'UE est essentiellement conçu dans le but de financer et d'aider les centres de recherche européens à se positionner sur les marchés scientifiques émergents: recherches sur le génome, invention et mise au point de nouveaux vaccins (sida, tuberculose...), de nouveaux tests diagnostiques et de nouveaux traitements. L'objectif implicite est de protéger et de renforcer le marché européen face au marché américain.

Comme c'est souvent le cas, il y a deux grands perdants dans cette stratégie: les systèmes de santé et les pays du Sud. Cette réalité est un exemple qui illustre bien que dans de nombreuses situations et surtout auprès des décideurs et du monde politique, le paradigme pasteurien, associé à de puissants intérêts commerciaux, est toujours dominant.

9. L'approche par projet comme instrument de développement

L'approche par projet s'appuie sur une planification précise mise au point par des spécialistes. La gestion du cycle du projet de l'UE (Commission européenne, 1993), les méthodes PIPO (planification des interventions par objectifs) de la Coopération belge, et le ZOPP¹¹² (« Ziel Orientierte Project Planung ») de la Coopération allemande définissent des approches de

112. Disponible sur le site de la GTZ: www.gtz.de/pcm/deutsch/zopp.htm.

planification pour la formulation de projets, approches où le rôle d'un technicien est prépondérant. Ainsi la GTZ (Coopération technique allemande) fait venir spécialement d'Allemagne des spécialistes en ZOPP pour coordonner, gérer et animer les séminaires de planification de ses projets de santé. Cette stratégie laisse *de facto* à ces spécialistes un pouvoir excessif dans l'identification et la définition des priorités. Censée faciliter la participation des uns et des autres, la présence d'un technicien spécialisé est souvent perturbatrice des dynamiques d'échanges entre les différents acteurs. On pourrait aussi souligner l'inadéquation culturelle de ce type d'approche, centrée avant tout sur une logique cartésienne de passage d'une étape à l'autre dans la définition des objectifs, des indicateurs, des moyens et des activités à prévoir, le tout devant être bouclé en deux ou trois jours, alors que les participants ne se connaissent pas bien et ne sont donc pas en confiance pour réaliser un réel échange. De même, des relations de pouvoir peuvent freiner la qualité des échanges. Cette approche technicienne décontextualisée, peut conduire – sans le vouloir – à certaines formes de manipulation. En effet, les partenaires nationaux qui participent à ces séminaires décisionnels connaissent les règles du jeu mais, par manque d'expertise, sont moins compétents et en tout cas moins experts que les assistants techniques de la GTZ et que le spécialiste du ZOPP. Dans ce type de situation, la volonté réelle d'assurer et de planifier la participation des acteurs conduit à une situation inverse car un poids trop important est donné à l'instrument. Il est toujours hasardeux de vouloir réaliser des enjeux complexes – comme la participation des acteurs – en se reposant sur des moyens, des instruments simples, mécaniques. Les désillusions ne manquent pas.

Pour finir, le plus grand reproche que l'on pourrait faire à l'approche projet comme instrument de développement, c'est qu'elle nie la richesse de la vie, son caractère imprévu, son impétuosité, et les défis multiples qu'elle nous pose à tout

moment. Par définition, l'approche du développement centrée sur le projet comme principal instrument ne peut fonctionner correctement que lorsque l'environnement dans lequel le projet s'intègre est stable, d'un point de vue socio-économique et politique. Ce n'est pas le cas, la vie n'est jamais stable et c'est heureux !

De nouveau, le problème n'est pas l'« instrument projet » en tant que tel. En effet, l'instrument projet peut se révéler très intéressant et très pertinent, quand il s'agit par exemple d'une situation de recherche (comment les acteurs du développement vont-ils réagir devant telle intervention, telle proposition ?), de démonstration (objectiver par un projet les avantages et inconvénients d'une intervention par rapport à une autre), ou encore d'apprentissage (mettre les acteurs en situation réelle pour leur permettre d'acquérir les compétences nécessaires). Le problème n'est pas l'« instrument projet » mais l'usage abusif, généralisé que l'on en fait comme « instrument miracle » du développement qui, par sa planification standardisée, objectifs – indicateurs – activités – évaluations, rassure les partenaires du développement. Les limites de l'approche projet sont connues depuis longtemps (Murelius, 1981 ; Lecomte, 1986 ; Naudet, 1999) et pourtant, quasi toutes les coopérations continuent à l'utiliser sans prendre le recul nécessaire¹¹³. L'étude de Naudet (p. 142-157) montre particulièrement bien comment l'instrument projet a été envahi par une approche quantitative, maximaliste, asystémique (c'est-à-dire des caractéristiques du paradigme pasteurien) provoquant ainsi « une glissade vers le “monde virtuel” des programmations des interventions extérieures » (p. 144). C'est donc un changement de paradigme qu'il faut réaliser. Nous devons accepter l'incertitude, apprendre à nous y sentir à l'aise et rejeter la « normitude » comme facteur de paresse et de

113. Il est symptomatique de voir que c'est l'OCDE qui a financé la publication de ces trois ouvrages qui s'étendent sur près de 20 ans. Il y a loin de la connaissance à la pratique !

sclérose intellectuelle. Certaines stratégies novatrices sont pourtant proposées comme l'approche « Processus¹¹⁴ » de la Coopération néerlandaise, où les objectifs spécifiques, le montant de l'aide et la date de fin du projet ne sont pas fixés à l'avance. Les décisions sont prises tout au long des activités, en étroites interactions entre les différents acteurs. Nous en reparlerons au chapitre 6 : « Que faire ? »

10. Le rapport au temps et l'activisme

Une discussion toujours très intéressante qu'il faut avoir avec les acteurs du Sud concerne l'analyse du rapport au temps qui caractérise les acteurs du Nord. C'est une discussion toujours extraordinaire qui montre bien les différences de perception culturelle et combien le rapport au temps est une notion souvent incompatible entre le Nord et le Sud.

Mais enfin, soyons objectifs pour une fois ! Quand on se rend compte de l'activisme, de l'« urgentisme », de la précipitation avec laquelle les projets doivent être rédigés, planifiés, budgétisés, exécutés, évalués, il serait temps d'inventer une nouvelle profession médicale : les psychiatres de la coopération. Nous pourrions enfin nous allonger dans leurs divans, nous, consultants, décideurs, bailleurs de fonds, pour discuter des causes profondes de ce comportement obsessionnel qui, hélas, nous caractérise si bien par rapport aux autres cultures.

À quelle souffrance profonde est rattaché ce comportement maladif : accumuler le plus d'actes possible dans le temps le plus court ? Pourquoi voulons-nous ainsi nous déraciner de notre passé ? En avons-nous honte ? Pourquoi avons-nous si peu de confiance dans l'avenir à sans cesse nous réfugier dans le présent immédiat, rendu envahissant par notre activisme ?

Le médecin occidental, comme dans l'exemple paradigmatique du médecin humanitaire, a tendance à se perdre dans

114. Voir le lexique pour plus de détails concernant cette approche.

l'action, dans l'activité ponctuelle. Attiré par cette action, par sa visibilité et par son efficacité (tant qu'il est là, présent!), il ne se projette pas dans l'avenir (c'est-à-dire après la fin de son projet). Il a tendance à assimiler le projet et sa réussite avec son existence professionnelle et personnelle¹¹⁵.

« Ne plus jamais rien écrire qui ne désespère l'espèce des hommes "pressés" » (Nietzsche, 1886). Le rapport au temps est une problématique que les Européens connaissent depuis longtemps et dont la gestion leur pose de nombreuses difficultés. Ainsi, il est souvent demandé à des consultants de formuler le document d'un projet d'une dizaine de millions d'euros en l'espace de 3 à 4 semaines, alors que les négociations politiques et administratives entre la demande initiale et l'ouverture des activités du projet prennent souvent entre 3 et 5 ans! Bien entendu, de telles contraintes de temps ont pour conséquence de rendre impossible toute réelle participation des nationaux et des spécialistes du Sud¹¹⁶ à la formulation du contenu des projets et de leur planification, et vont, le plus souvent, les réduire à de simples collecteurs de données et d'informations pour pouvoir répondre en temps utile aux termes de référence des consultants. De telles contraintes de temps ne vont pas permettre aux consultants occidentaux de comprendre les réels déterminants et le contexte systémique des problèmes de santé du Sud. Comme un document de projet doit être écrit dans les limites de temps imparties, les consultants vont donc naturellement se réfugier dans une approche de type causale, pasteurienne, simplificatrice mais surtout réductrice d'une réalité complexe.

Un autre effet négatif de cette précipitation est de forcer l'adhésion des partenaires et des acteurs du Sud au contenu du

115. Au sujet de l'engouement pour la médecine humanitaire, voir les deux beaux livres de Hours (1998) et de Ruffin (1994).

116. En fait, ils participent: un ou plusieurs consultants nationaux sont recrutés par le bailleur pour accompagner les consultants internationaux. Mais quel niveau d'échange, de compréhension, de « complicité » peut-on développer en quelques jours, sous une pression psychologique si forte ?

projet sans leur avoir laissé le temps réel (eux qui ont une toute autre relation au temps!) de mettre leur personnalité, leurs désirs – je dirais même leur « intimité » – dans ce projet. Conséquence attendue: par manque d'appropriation, par manque de temps, ce projet ne sera pas perçu par les acteurs du Sud comme leur création. Ils vont donc l'exécuter sans s'y investir, avec toutes les conséquences prévisibles en termes de démotivation, de déviation, de non-respect des objectifs premiers, de détournements financiers, etc.

L'« hyperactivisme » des décideurs et bailleurs de fonds, des consultants¹¹⁷, hyperactivisme que nous avons transmis aux professionnels de la santé du Sud, à la consultation curative, à la consultation prénatale, peut être perçu comme une stratégie qui permet de ne pas prêter attention aux attentes et réels besoins des individus et des communautés.

Stratégie de dupes. Nous prenons le temps des patients (files d'attente excessives, délais, etc.), mais nous n'avons même pas l'élégance de leur donner de notre temps pour qu'ils puissent exprimer leurs problèmes et leurs attentes.

- Et pourtant, la demande des patients c'est d'avoir du temps :
- du temps pour exprimer leurs problèmes ;
 - du temps pour en discuter avec le professionnel ;
 - du temps pour digérer l'information reçue ;
 - du temps pour décider que faire ;
 - du temps pour vérifier si la décision que l'on pense prendre est la bonne ;
 - du temps pour demander des informations complémentaires ;
 - du temps pour en discuter en famille, avec les proches et les voisins ;
 - du temps pour faire la synthèse ;

117. Il serait intéressant et aussi amusant d'écrire un roman sur le fonctionnement type du consultant en mission, la folie de son activisme quotidien, les situations abracadabrantes qu'il doit gérer, la nécessité impérieuse de faire rentrer la réalité dans ses grilles d'analyse et dans ses termes de référence...

– du temps, et du temps !

Or, cette demande de temps, ce besoin de temps, qui permet aux patients, aux individus et aux communautés de conquérir une autonomie et un plus grand pouvoir sur leurs destinées n'est pas reconnu. Pourquoi ? Car elle va à l'encontre du paradigme dominant des professionnels de la santé, des décideurs pour lesquels le « j'existe, si et seulement si j'agis » est prépondérant. Dans beaucoup de cultures du Sud, d'autres valeurs dominent : notamment le temps comme lieu de rencontre et de respect de l'autre.

11. La culture, la langue et le jargon

Le paradigme pasteurien comme la formation médicale tiennent peu compte des spécificités culturelles et du contexte de l'objet de leur intervention : programme de santé, patients et communautés. Et pourtant, ils sont souvent eux-mêmes les vecteurs culturels¹¹⁸ du monde occidental.

Dans son très beau livre, *Besoins d'Afrique*¹¹⁹, Fottorino (1992) fait référence à une étude réalisée en 1991 à la demande de la Banque mondiale avec pour objectif de mieux comprendre « les ressorts psychologiques des décisions économiques en Afrique¹²⁰ ». Parmi les constats faits, certains illustrent bien notre propos. Nous reprenons ci-dessous des extraits (en italiennes) de ce livre (p. 181-185). Au moment de cette étude (début des années 1990), les projets de développement reposaient sur trois postulats.

– *Une conception mécaniste et linéaire de l'histoire*. Autrement dit, chaque société, quel que soit son contexte socio-

118. Pour une étude approfondie de la relation entre culture et développement, lire l'analyse de Verhelst (1987).

119. Ce très beau livre (« Inventaire et coffre à trésors », « Promenade dans les lumières et les ombres de l'Afrique d'aujourd'hui ») fourmille d'informations et de réflexions diverses : culture, économie, politique, témoignages, art... À lire !

120. Les résultats de cette recherche réalisée par Mamadou Dia ont été publiés dans la revue *Finances et Développement*, Banque mondiale, décembre 1991.

économique et culturel, devrait passer par les mêmes stades de développement que les sociétés occidentales.

– *Une approche technologique de la gestion et du développement institutionnel.* Selon ce concept, la principale contrainte qui empêche les sociétés du Sud de se développer est l'absence d'instruments adéquats. Il est donc nécessaire que les sociétés du Sud aient recours aux méthodes et techniques occidentales qui ont fait leurs preuves. Et selon ce concept, le transfert de technologie devient une priorité.

– *Une approche ethnocentrique de la culture, fondée sur l'idée que toute société tend à épouser les mêmes valeurs que les pays dits développés (esprit d'entreprise, recherche du profit, sécurité matérielle, intérêt personnel).*

En conclusion, ces trois postulats, conceptuellement très pasteurien, impliquent un transfert du Nord vers le Sud de financements importants, de méthodes et de technologies, le tout imprégné de la culture des sociétés du Nord. Comme nous l'avons vu dans l'étude de Naudet (1999), le résultat de vingt ans d'interventions de ce type est fort décevant. Ce constat peut sembler évident si l'on pense aux « ressorts psychologiques des décisions économiques en Afrique » tels qu'identifiés par une étude citée par Fottorino.

«– La psychologie africaine se caractérise par une relation forte entre les objets, les hommes et le surnaturel. La recherche d'un équilibre avec autrui et avec le surnaturel est le principe directeur dominant. La frontière entre priorité collective et priorité individuelle est floue...

– On attache plus d'importance aux relations interpersonnelles et à l'accomplissement ponctuel de certains actes sociaux, religieux ou mystiques, qu'à la réussite individuelle.

– La valeur d'un acte économique se mesure au renforcement des liens qu'il entraîne au sein du groupe.

– En Afrique subsaharienne, les seules richesses sont celles qui sont partagées avec la communauté et qui sont socialement visibles...

– La famille élargie est toujours présente. Lorsqu'il est modeste, le surplus va d'abord aux proches, puis aux voisins...

– La réussite économique ne s'accompagne pas d'une mobilité sociale ascendante. En fait, toute réussite en dehors du groupe peut conduire à l'ostracisme...

– Le besoin de sécurité est la raison principale des comportements évoqués précédemment. L'hôte qui offre généreusement l'hospitalité et redistribue ses richesses peut espérer compter sur ses obligés dans les moments de gêne...

– La société africaine est en général très paternaliste et hiérarchisée. Peu portée à l'individualisme, elle est égalitaire dans les limites d'un groupe d'âge mais hiérarchisée dans les relations d'un groupe à l'autre.

– Une promesse n'est pas une chose anodine. Souvent, plusieurs témoins doivent être présents. Ils doivent garder en mémoire les faits. Pour les prêts gagés, la valeur symbolique du gage est plus importante que sa valeur vénale... Il faut comparer les taux de remboursement élevés dans le système financier traditionnel informel à l'importance des impayés dans le secteur bancaire formel en Afrique subsaharienne.

– Les étrangers se méprennent sur l'attitude des Africains vis-à-vis des loisirs, qu'ils assimilent à de la paresse. Les activités de loisir servent au renforcement des liens qui fondent la société. Ainsi, le rendement marginal du « travail improductif » (les loisirs) est élevé et non pas nul...

– Ajoutons encore la réticence des Africains aux actions de prévention : on aura beau faire on ne pourra jamais se prémunir contre l'imprévu.

– Quant à l'incapacité à déléguer, si souvent constatée et qui limite la taille des entreprises, elle vient du respect traditionnellement dû au chef. »

Une des conclusions du responsable de cette recherche, Mamadou Dia, était de dire : « Il ne peut y avoir développement sans conciliation des valeurs traditionnelles et des impératifs

d'efficacité et d'accumulation économique. Il faut concilier deux buts parfois contradictoires: l'accumulation (croissance) et la redistribution (équité) » (cité par Fottorino, 1992).

Cette étude est intéressante car elle identifie un des obstacles majeurs à l'appropriation des projets de développement par le Sud. Des connaissances pertinentes sont ainsi produites mais le plus souvent, elles ne seront pas utilisées. Elles dormiront dans un tiroir, dans un livre, sans modifier les stratégies de coopération ni le contenu des projets. Cette dichotomie entre connaissances et pratiques est fréquente. Dans le domaine de la santé, les publications de la Banque mondiale sont d'excellente qualité mais les concepts et approches défendus sont trop peu souvent intégrés dans ses propres programmes et projets. Le cas de la Banque mondiale n'est pas unique, loin de là. Lors de la préparation de la convention de Cotonou, l'Union européenne avait entamé un large processus de dialogue et de débat pour engager une profonde réforme concernant ses stratégies et ses modalités de coopération (Fondation Charles Léopold Mayer, 2000). Ce processus désiré par Michel Rocard, président de la commission coopération et développement du Parlement européen, impliquait des parlementaires européens, des fonctionnaires des différentes commissions intéressées (DG VIII et services techniques et financiers) et, par un débat public, interpellait l'ensemble des acteurs du développement du Nord comme du Sud. Pour la première fois, ce processus, conduit par la Fondation Charles Léopold Mayer¹²¹, permettait aux différents acteurs de se rencontrer, d'échanger et de faire valoir leurs avis et expériences dans une atmosphère d'ouverture et de liberté de parole. Ce processus comportait trois phases: recueil d'avis et d'expériences (sur base de plus de 200 « fiches de cas » d'acteurs de base et d'experts, et de discussions menées auprès de 25 personnes de

121. Les objectifs, activités et publications de cette fondation sont présentés sur le site: www.fph.ch.

l'Union européenne), séminaire de réflexion, forum public de discussion. Les résultats sont impressionnants: un site web¹²² toujours actif et fort utilisé et des documents fouillés publiés par la Fondation Charles Léopold Mayer: un document de synthèse comprenant 10 pages de propositions issues du consensus des différents acteurs et un volumineux recueil de plus de 600 pages présentant les études de cas et les propositions détaillées des différents participants (Fondation Charles Léopold Mayer, 2000). La question qui se pose est la suivante: que reste-t-il de tout ce travail de préparation de la convention de Cotonou? Les accords eux-mêmes, signés en juin 2000, comportent des aspects positifs mais aussi certains écueils: alignement sur l'OMC et libéralisation des échanges, aide conditionnelle en fonction des résultats obtenus (*Monde diplomatique*, 2002; Tshimbulu, 2002). En revanche, il serait important de savoir quels sont les changements que ce processus a réellement apportés au sein de l'Union européenne: une meilleure participation des différents acteurs? Une meilleure prise en compte des besoins et des demandes des acteurs du terrain? Une plus grande rapidité et efficacité des mesures administratives? Des mécanismes plus souples pour un partenariat plus équitable? Il est sans doute encore trop tôt pour le savoir mais ces questions ne peuvent être laissées sans réponses!

En effet, au sein des institutions de coopération au développement, la dichotomie entre connaissances et pratiques est si fréquente que des études sociologiques institutionnelles approfondies et systématisées seraient les bienvenues.

Le livre de Naudet (1999) met l'accent sur le manque de pertinence des outils de coopération, notamment l'instrument projet sur lequel repose la majorité des interventions dans ce domaine. Ce livre insiste aussi sur certains *a priori* politiques

122. Voir le site www.ue-acp.org/fr/index.html, qui présente et synthétise les nombreuses contributions des multiples participants au débat public.

comme les notions de sélectivité, de bonne gouvernance et une certaine obsession de la part des pays partenaires du développement à obtenir une efficacité rapide et significative de l'aide à la coopération, comme si la coopération pouvait engendrer le développement !

Dans la santé comme dans d'autres domaines, l'aide est porteuse de certaines valeurs culturelles du donateur qui sont présentées comme universelles : droits de l'homme et de la femme, démocratie et humanisme, participation, capitalisme libéral, importance de la décentralisation... Les outils proposés, comme les projets d'appui institutionnel, les méthodologies d'identification et de planification des interventions... sont eux aussi profondément ancrés dans la culture occidentale. De même, les institutions qui organisent cette coopération sont, elles aussi, dans leur propre fonctionnement, empreintes de valeurs culturelles spécifiques qui, d'une manière ou d'une autre, imprègnent leurs fonctionnaires (George, 1994)¹²³.

Une évolution récente dans la coopération au développement est la multiplication des contacts formels et informels, des réunions, des conférences entre les différents partenaires et organisations internationales, bilatérales, nationales... avec de plus grands échanges à ce niveau mais également sans doute une plus grande distanciation par rapport aux acteurs du terrain : population et prestataires de soins. Et cette conséquence omniprésente : on parle de plus en plus, on analyse de mieux en mieux mais les interventions se font proportionnellement plus rares, plus superficielles, et moins de temps est disponible pour le contact étroit avec les acteurs du terrain.

Dans les projets de santé, on pose souvent le problème de communication et d'éducation à la santé entre les prestataires de soins, les individus et communautés qu'ils desservent. On peut à ce sujet émettre l'hypothèse que la langue d'apprentissage pro-

123. Ce livre de S. George et F. Sabelli est une analyse très documentée des paradigmes qui caractérisent le fonctionnement de la Banque mondiale.

fessionnel (le français ou l'anglais) a souvent été la langue de désinvestissement culturel entre prestataires et patients. Cet aspect est particulièrement important au niveau du premier contact entre population et professionnels, là où justement se font les échanges, là où les problèmes ne sont que rarement purement médicaux mais toujours à connotation sociale et psychologique. Souvent il sera nécessaire de comprendre les entités nosologiques populaires pour être capable d'interpréter correctement le discours et les symptômes présentés par les patients (Jaffré, 1999)¹²⁴. L'apprentissage des connaissances médicales techniques nécessaires est parfois aussi associé à un déracinement culturel, la honte de sa propre langue maternelle et le refuge dans une phraséologie pseudo-scientifique comme moyen de « communication ». Bien entendu, les difficultés de communication ne sont pas l'apanage du corps médical. Les phrases suivantes tirées d'un document de projet rédigé par un sociologue illustrent notre propos : « La pérennisation des innovations sanitaires introduites est fonction de leur indexation représentation et pratique sanitaire locale qui en déterminent les conditions et trajectoires d'appropriation de rejet ou de détournement... Le problème central de la mobilisation du support social des innovations sanitaires en milieu rural résulte de la contradiction entre, d'une part, l'homologie faite entre participation communautaire et bénévolat par les opérateurs de développement et, d'autre part, les stratégies de recherche d'accès et de contrôle de ressources symboliques et matérielles rares par les acteurs locaux

124. À ce propos, Jaffré et Olivier de Sardan qui ont dirigé la rédaction de l'ouvrage *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'ouest*, 1999, Paris, PUF, « Les champs de la santé », font plusieurs fois référence au sociologue Émile Dujardin (mon grand-père !) qui, pendant les années 30, avait publié différents articles sur cette problématique qui caractérise aussi les régions déshéritées et les couches sociales françaises populaires. Lire : Dujardin E., 1933, « Mon sang n'a fait qu'un tour », ou « La Lettre n'a pas de pied », *Revue languedocienne d'analyses textuelles*, 1, 21-34 (Olivier de Sardan, p. 39). Ou encore Dujardin E., 1932, *Le Bottin comme déconstruction identitaire*, Saint-Tugdual, Presse analytique des PTT (Jaffré, p. 67).

impliqués ». De cette phraséologie, dont la complexité est sans doute voulue, se dégage néanmoins la perception d'enjeux importants. Mais ne pourrait-il pas être possible de s'exprimer de manière plus simple et surtout plus directement compréhensible par l'ensemble des acteurs concernés ?

« Le jargon est l'enfant naturel de la platitude qu'il dissimule sous des monceaux d'obscurité. Il signifie d'abord le mépris du lecteur et donc une volonté de puissance manifeste » (Bruckner, 2002). Le besoin de se réfugier derrière une phraséologie complexe et spécifique à chaque domaine, que ce soit en santé ou dans d'autres secteurs, est souvent le reflet d'un manque de compétence réelle, d'un manque de sécurité des professionnels et n'a pour finir comme seule utilité, que le renforcement d'un corporatisme professionnel entre les jargonneurs¹²⁵ !

Voici un autre exemple relevé par Naudet (1999) dans le domaine de la participation : « L'esprit des méthodes participatives qui, au départ, semblait aller vers moins de technocratie et une position plus transparente de l'intermédiation, semble bien avoir été étouffé sous un nouveau langage tout aussi complexe et élitiste que ses prédécesseurs ». Et Naudet de citer un auteur, Jules Pretty¹²⁶, qui a identifié pas moins de 33 méthodes participatives différentes, chacune utilisant une approche « spécifique » et surtout un jargon pour initiés !

L'incapacité de nombreux techniciens, médecins spécialistes, etc., à transmettre de façon compréhensible des connaissances permettant aux patients de prendre une décision mieux éclairée est certainement liée de façon consciente ou inconsciente à la distanciation recherchée vis-à-vis de leurs patients. Les prestataires deviennent ainsi des déracinés culturels, incapables de « fusionner avec leurs patients » pour mieux comprendre leur situation, leurs problèmes et leur proposer des alternatives. Il

125. Là, je suis d'accord, je m'emporte !

126. Jules Pretty, « Capacity Development and Capacity Challenges. Workshop », OECD DAC, 1996.

s'ensuit une relation de supériorité entre prestataires et individus, dissymétrie renforcée par la présence d'un problème de santé qui déstabilise et affaiblit les patients et leurs communautés.

On peut parler d'impérialisme du langage technique et scientifique (Seyni Ndione, 1994), qui sert souvent de prétexte à la domination des prestataires sur les individus et les communautés et parfois de refuge pour leur incompétence.

12. L'alphabétisation des femmes

Voilà un autre exemple de notre pensée souvent simpliste devant la complexité des problèmes à résoudre: l'alphabétisation des femmes. En 1982, l'Unicef, après avoir soutenu l'OMS dans sa réflexion préparatoire à la conférence d'Alma-Ata et à la stratégie des soins de santé primaires, changea de politique et proposa une approche sélective centrée sur la protection de la petite enfance, le fameux programme GOBI-FFF¹²⁷ dont l'objectif était de diminuer, en 10 ans, de 50 % la mortalité et la morbidité infantile dans les PVD.

Tableau 9. *Les composantes du programme GOBI-FFF de l'Unicef.*

Growth chart :	Chemin de croissance de l'enfant
Oral rehydration :	Réhydratation orale
Breast feeding :	Alimentation maternelle
Immunisation :	Vaccination
Food supplementary :	Supplément alimentaire
Family planning :	Planification familiale
Female education :	Alphabétisation des femmes

Plusieurs études épidémiologiques concernant les déterminants de la mortalité infantile venaient d'être publiées et

127. Pour de plus amples informations sur ce programme voir le site de l'Unicef: www.rehydrate.org/facts/gobi_fff.htm.

montraient toutes une association inverse entre le niveau d'éducation de la mère et la mortalité infantile: plus la mère est alphabétisée (niveau d'études supérieures), moins la mortalité infantile est élevée (Wallace, 1990). Les spécialistes qui avaient préparé cette nouvelle stratégie GOBI-FFF ont donc introduit l'éducation des mères comme une de ses principales composantes.

Vision simple et simpliste ! Pourquoi ? Un niveau d'éducation plus élevé est associé à de nombreux facteurs positifs pour la survie de l'enfant : des ressources familiales plus importantes, un conjoint plus attentif aux problèmes de santé de ses enfants, une alimentation plus variée et de meilleure qualité, un recours plus fréquent et plus rapide à des services de santé de meilleure qualité, une fratrie moins grande, un habitat de meilleure qualité, une meilleure confiance en soi et une plus grande aptitude à prendre conseil, à s'informer, etc. Si on pouvait d'un coup de baguette magique améliorer de cinq ans le niveau d'éducation des futures mères mais sans modifier tous ces autres facteurs, on aurait un impact très marginal sur la mortalité infantile ! Cela peut sembler évident et pourtant que d'énergie perdue à la recherche de la solution miraculeuse centrée sur l'alphabétisation des femmes comme principale intervention !

De plus un problème éthique se pose : ne faudrait-il éduquer les mères que pour protéger leurs enfants ? Avons-nous oublié que le droit à l'éducation est un droit fondamental qui dépasse de loin le cadre restreint des soins de santé ? À se demander si nous ne souffrons pas d'une paresse de la pensée humaniste, d'une négligence généralisée de l'intellect !

Autres exemples

– *L'éducation à la santé* est un autre exemple qu'il faut critiquer. En effet, trop souvent le contenu de cette éducation est soit non établi scientifiquement (manque d'évidence), soit non pertinent si on tient compte des contraintes locales (comme le fait de vouloir faire bouillir l'eau dans des régions où le bois est

une denrée rare nécessitant de la part des femmes des efforts importants). Trop souvent, l'éducation à la santé est une manière pour les éducateurs, et pour les professionnels de la santé de se distancier des démunis, de les culpabiliser en leur montrant leur « ignorance » et surtout en leur demandant d'adopter des comportements hors d'atteinte, impossibles pour eux si on tient compte des contraintes importantes qu'ils doivent vaincre pour assurer leur survie quotidienne. En ce sens, une éducation à la santé non contextualisée est souvent culpabilisante et donc éthiquement condamnable.

– En ce qui concerne le *financement des services de santé*, la mode depuis les années 85 est d'assurer le recouvrement des coûts en demandant la participation financière des individus et des communautés. Si l'objectif final semble justifié (améliorer le financement des services de santé et donc leur qualité et leur pérennité), cette stratégie de recouvrement des coûts a été mise en place de façon parfois trop rapide, sans tenir compte des caractéristiques culturelles qui concernent les problématiques du don et de la monétarisation, problématiques qui peuvent détruire ou enrichir les liens sociaux et augmenter ou diminuer les rivalités entre les acteurs. C'est le cas du Bénin où l'initiative de Bamako de recouvrement des coûts a pu dégager au niveau des centres de santé des bénéfices conséquents mais qui ne sont pas « réinjectés » par et pour la communauté. Cet « oubli » initial (que faire des bénéfices ?) provoque encore aujourd'hui, près de 15 ans après les premiers succès, de fortes tensions et rivalités entre comités de santé et ministère de la Santé : à qui appartiennent et que faire des dizaines de millions de francs CFA qui sont déposés en banque ? Au départ de l'initiative, une analyse « économique-culturelle » a hélas fait défaut.

– Dernier exemple, le recours intempestif à la *privatisation des services de santé*, recours souvent fait dans la précipitation et sans comprendre les motivations et les contraintes du privé confessionnel ou lucratif. « La mise en œuvre d'une véritable politique vis-à-vis du secteur privé suppose de la proximité,

beaucoup de proximité et encore de la proximité, parce que rien de durable ne peut être fait sans complicité, concertation et même consensus.» Cette citation de Thiam Mabouso, rapportée par Naudet (1999), illustre bien la dérive actuelle de la coopération dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines. Nous prenons de moins en moins de temps et d'énergie pour développer les contacts pourtant nécessaires à une collaboration de longue durée. Nous avons tendance à suppléer le manque d'efficacité apparente de notre coopération par le refuge dans l'activisme et dans la précipitation.

De même, le recours aux organisations non gouvernementales (ONG) comme acteurs de développement peut être très prometteur dans certaines situations mais comporte de nombreuses embûches et difficultés lorsque le recours aux ONG devient une panacée (Green, 1999).

Les enjeux actuels

Dans cette deuxième partie et sur la base des études de cas déjà présentées, nous reprenons certains aspects, certains dysfonctionnements actuels dont l'analyse et la recherche de solutions nous semblent prioritaires. Comme nous le verrons, ces dysfonctionnements, ces enjeux, qui sont avant tout systémiques, montrent les limites du paradigme pasteurien comme paradigme à partir duquel la santé et le développement ne peuvent plus se construire. La prise en compte de ces enjeux justifie une approche plus globale, implique le recours au paradigme systémique qui sera présenté au chapitre 5.

Un système de santé sans régulations

Les conséquences sociales des ajustements structurels, la perte de pouvoir de l'État, la décentralisation précipitée, les politiques néolibérales du tout au privé et la recherche d'une efficacité maximale comme seule vision politique ont mis à mal les

mécanismes d'autorégulation des systèmes de santé: croissance anarchique du privé lucratif, informel et illégal, disparition du pouvoir régulateur de l'État, perte de l'éthique et de la morale professionnelle, corruption, malversations... Nous connaissons ces situations qui, en différentes occasions, ont déjà été décrites et analysées.

Actuellement, chaque acteur développe un comportement essentiellement individualiste centré sur sa survie immédiate: l'autre est perçu comme un concurrent potentiel ou comme une proie qu'il faut se dépêcher de dépouiller... Même les patients n'échappent pas à cette dérive: revendications irréalistes, recherche de privilèges, de faveurs spéciales auprès des prestataires de soins. Ces comportements, qui traduisent le plus souvent une adaptation des patients et individus aux dysfonctionnements des systèmes de santé, ne font qu'accroître les distances et les incompréhensions entre les différents acteurs.

Un système sans contrôle, anarchique où les dynamiques négatives dominent. Et même si les communautés s'auto-organisent, elles sont, comme nous l'avons vu, souvent à la merci de prestataires de soins peu scrupuleux¹²⁸. Ces situations sont connues... une seule question demeure: que faire pour transformer ces dynamiques négatives en dynamiques positives?

Des expériences récentes montrent que malgré un environnement socio-économique difficile, il est possible de construire et de reconstruire les systèmes de santé. De nouvelles interventions peuvent être mises en place, interventions créatrices de dynamiques entre des acteurs qui avant s'ignoraient: les centres de santé communautaires¹²⁹ du Mali (Balique, 2001), l'observatoire

128. Au Nord, le contrôle social par les pairs, une justice encore présente et les contre-pouvoirs sociaux sont les garants et les causes premières d'une éthique professionnelle toujours vivante. Ce n'est plus le cas au Sud.

129. Ces centres de santé communautaires sont des centres de santé gérés par des associations privées sans but lucratif, composées d'usagers, et sont liés à l'État par une convention pour assurer un ensemble minimum de soins de santé (Balique, 2001).

en santé urbaine de Conakry, qui offre à l'ensemble des acteurs publics et privés de la santé un lieu neutre où les échanges d'expériences et d'informations peuvent se dérouler sans contraintes, ni territoires à défendre. Ce lieu a pour première fonction de permettre aux différents acteurs d'apprendre à se connaître pour pouvoir ensuite développer de nouvelles dynamiques plus positives (Waelkens, 2001). La question à poser est la suivante : pourquoi ces expériences qui *a priori* semblent évidentes, sont-elles orphelines ? Pourquoi sommes-nous incapables de les adapter et de les reproduire en d'autres endroits ? Un manque de volonté politique, une indifférence des acteurs ? Ou encore la proximité du pouvoir qui nous paralyse ?

Et pourtant, lorsque au-delà des mots et des discours, une réelle volonté politique est présente, lorsque les décideurs et les chercheurs se font acteurs, tout semble possible tellement les potentiels sont nombreux et variés dans le champ de la santé !

Le défi qui se pose à l'ensemble des acteurs des systèmes de santé est de comprendre notre impuissance. Pourquoi sommes-nous démunis ? Pourquoi nous est-il si difficile de participer de façon significative à la réalisation de nos objectifs ?

L'activisme comme culture d'intervention

Comme nous l'avons vu, nous avons la fâcheuse habitude de nous perdre dans la précipitation (des documents de projets à boucler en 15 jours, des budgets à réaliser pour demain, des rapports à terminer toujours pour hier et souvent avant-hier!), précipitation qui isole les planificateurs et les chercheurs des principaux acteurs concernés (prestataires de soins et populations). STOP ! Stop ! Faisons un arrêt sur image, le film des programmes de santé, projets et autres fonds de développement va trop vite, s'est emballé. Arrêtons cet activisme, cette fuite dans l'action pour l'action, qui, pendant un certain temps, peuvent nous donner l'illusion d'agir, d'exister, d'influencer la réalité.

Prenons le temps de capitaliser nos expériences, de ne pas refaire les mêmes erreurs...

Prenons le temps de faire le bilan de nos expériences en tant qu'acteurs – nous le sommes tous d'une manière ou d'une autre. Et surtout, prenons le temps d'identifier les dynamiques nouvelles et les interactions que nous voudrions créer et rendre pérennes sans essayer de les transposer de façon mécanique dans des contextes différents. Prenons le temps de nous hâter, certes, mais dans la durée ! Construisons des projets, des systèmes de santé qui ne soient pas emportés par la première difficulté venue. Pour cela, comme le proposait Nietzsche, une vision d'avenir est nécessaire : « C'est que l'individu restreint son horizon à sa brève existence et ne reçoit plus d'impulsions assez fortes pour œuvrer à des institutions durables, bâties pour des siècles ; il veut cueillir lui-même les fruits de l'arbre qu'il plante, et n'a donc plus envie de planter de ces arbres qui exigent une culture régulière durant des siècles et qui sont destinés à donner leur ombre à de longues suites de générations. »

Un excès d'informations et un déficit d'interventions

Nous avons une tendance sans doute très culturelle de nous perdre dans l'accumulation d'études, de données et de connaissances que nous traduisons de moins en moins souvent en actions, en interventions. Comme nous l'avons vu dans le cas spécifique du système d'informations sanitaires, il est important d'éviter l'information qui sclérose et appauvrit car non seulement elle n'a pas de sens pour celui qui la produit mais elle limite le temps de contact avec les patients et empêche la production d'informations qui donnent sens.

Nous devons nous poser cette question, même si elle est difficile à entendre : dans le domaine de la santé, ne sommes-nous pas en train de dissimuler notre incompétence grandissante derrière l'accumulation d'informations ? Nous sommes de moins en moins capables d'être simplement à l'écoute de nos malades, de nos patients. Souvenez-vous de l'exemple des consultations prénatales qui se résument à des rituels : prise du poids, mesure de la taille... et où aucune place n'est laissée à l'échange, à la

discussion, qui représentent en fait la première attente des patientes : « Et comment va votre grossesse ? Vous êtes heureuse ? Tout va bien ? Vous voudriez accoucher chez vous ? à l'hôpital ? Avec qui ? Etc.

Pourquoi éprouvons-nous des difficultés à rencontrer nos patients et nos communautés, à les comprendre et donc les reconnaître ? Pourquoi ? Par peur d'être interpellés par l'injustice qu'ils subissent quotidiennement ? Par crainte de nous rendre compte que les aspects sociaux, économiques et politiques sont plus importants que les aspects techniques et médicaux qui sont le centre de nos connaissances ?

Nous sommes de moins en moins capables d'intervenir, de changer et de transformer les systèmes de santé comme les autres systèmes sociaux : justice, éducation... Pour ne pas nous sentir impuissants, pour ne pas perdre la face, pour faire semblant de ne pas être dépassés par la complexité de la réalité changeante ; le recueil d'informations et l'accumulation de connaissances nous permettent de nous voiler la face. Mais pour combien de temps encore ?

La connaissance ne suffit pas pour être compétents, il nous faut aussi l'expérience et si celle-ci nous fait défaut, très vite nous essayons de combler son absence, de nous rassurer par

l'accumulation, parfois effrénée, de données, de connaissances.

Caminante no hay camino, caminando se hace el camino.
« Pèlerin, il n'y pas de chemin, c'est en marchant que se fait le chemin. » Ce texte du poète espagnol Antonio Machado exprime très clairement notre difficulté à appréhender les systèmes de santé. À force de vouloir tout savoir pour tout comprendre, pour tout prévoir et contrôler, nous arrivons devant un paradoxe : nous connaissons tous les chemins des systèmes de santé, nous les avons analysés, photographiés selon différentes perspectives mais nous ne savons toujours pas lequel prendre car nous avons peur d'apprendre en marchant ! Et justement, en

santé comme pour d'autres systèmes complexes, le seul moyen de connaître ces chemins, de les comprendre, c'est d'intervenir, de les parcourir, de les faire réagir pour mieux identifier leurs lignes de force et les interactions entre leurs acteurs...

Consciemment ou non, de nombreux acteurs du système de santé (principalement aux niveaux macro et méso) ont adopté, dans leurs comportements professionnels, un concept, une attitude habituels au monde intellectuel. Il s'agit d'une nécessaire distanciation par rapport à la réalité, qui est parfois présentée comme une obligation ou encore une leçon d'éthique (Eco, 1997). En effet, cet éloignement serait la seule possibilité de se faire une opinion et d'analyser la réalité avec un minimum d'objectivité. Cette assertion n'a pas de sens dans l'analyse des systèmes complexes et notamment des systèmes de santé. Pour pouvoir comprendre le fonctionnement d'un système complexe, ses rapports de force, ses dynamiques internes, il est nécessaire d'intervenir sur ce système et donc d'être un acteur concerné et participant. En tant qu'experts en systèmes complexes, cette problématique des intellectuels à se détacher de la réalité, à prendre distance ne peut pas être le principe moteur de notre réflexion. Nous sommes beaucoup plus enclins, comme le disait Antonio Machado, à prendre parti: *Tomar partido hasta mancharse*. Mais en même temps, nous devons être capables de distance, de mise en perspective de nous-mêmes et des autres acteurs. C'est sans doute cela le défi actuel des chercheurs en systèmes de santé: être à la fois acteur pour comprendre et penseur pour réfléchir et capitaliser les expériences. L'un sans l'autre, nous nous retrouvons orphelins, sclérosés, déconsidérés par les autres acteurs, prestataires et décideurs, et condamnés au « complexe de la tour d'ivoire ».

La connaissance que nous pouvons avoir des systèmes de santé en les morcelant en leurs différentes composantes, en les analysant une par une, privées de leurs interactions, est vide de sens et ne peut que nous donner une compréhension fautive

d'une réalité complexe. Nous sommes paralysés devant ce paradoxe et le pire c'est que nous sommes seuls responsables de nos propres entraves. Et pourtant, nous l'avons vu, des expériences existent qui, analysées et comprises, peuvent donner des connaissances pertinentes.

Des systèmes de santé de plus en plus virtuels

Pour qu'un système de santé soit performant, toute minute passée en dehors du contact direct avec le principal acteur (individu, familles et communautés) devrait être justifiée en termes de coût d'opportunité. Or, les études de cas l'ont montré, c'est l'inverse qui le plus souvent se passe: les priorités des autres acteurs passent toujours avant celles des patients. Les programmes, les documents de projets, les budgets sont de mieux en mieux planifiés, contrôlés, évalués... Les responsables des districts et les prestataires de soins passent de plus en plus de temps à la gestion administrative, aux écritures, au remplissage de formulaires de récolte de données pour nourrir le système d'informations sanitaires, alors que les soins, les actes de santé et leur qualité se raréfient: le système de santé devient de plus en plus virtuel.

Vous ne pouvez masquer, pallier un manque de qualité par le quantitatif, la norme, la supervision ou la méthode.

Une vision simpliste, mécaniste des systèmes de santé

Do not choose a coward's explanation, that hides behind the cause and the effect (Leonard Cohen). « Ne choisissez pas l'explication du peureux, celle qui se cache derrière la recherche de la cause et de l'effet. »

Nous en avons déjà parlé: dans l'analyse des systèmes de santé, trop de chercheurs, décideurs, planificateurs se perdent encore dans la recherche d'une relation simple, mécanique, de causalité entre leur intervention et le fonctionnement du système. Combien d'analyses multivariées sont dénuées de tout bon sens quand elles sont appliquées aux systèmes complexes?

Dans le cas de l’alphabétisation des femmes, érigée comme stratégie par l’Unicef, les analyses multivariées qui ont montré l’effet positif de cette éducation sur la mortalité infantile ne pouvaient prendre en compte l’ensemble des facteurs qui, associés au niveau d’éducation des mères, peuvent avoir un effet sur la mortalité infantile : la fréquence et la qualité du suivi prénatal, le déroulement de la grossesse, l’entente dans le couple, l’influence de la belle-mère sur les soins de santé donnés ou non à l’enfant, le niveau d’éducation et le comportement du mari, les revenus officiels et officieux du couple, la qualité relationnelle dans le couple et son ancrage social, comment le ménage gère son budget et ses priorités, etc. Bref un système bien trop complexe et qui, réduit aux seuls aspects quantitatifs des variables statistiques habituelles (âge, nombre d’années d’études, type de profession...), ne sera plus qu’une très pâle image déformée de la réalité. C’est un ensemble complexe de variables qui interagissent et qui influencent la mortalité infantile, certaines pouvant se modifier à tout moment (comme par exemple la décision de recourir à un type particulier de services de santé).

Un des défis qu’il nous reste à prendre en compte c’est le dépassement nécessaire de l’analyse et de l’évaluation descriptive – le simple constat de ce qui se passe – pour déboucher sur la transversalité, le lien entre les connaissances, entre les dynamiques créées par les individus et les communautés.

Il nous faut retrouver le courage d’agir sans tout savoir, sans tout comprendre, sans tout maîtriser. Le courage de se rendre à l’évidence qu’une recherche-action nous apprendra beaucoup plus qu’une régression logistique, que la discussion et l’interview bien menée d’un seul patient sur l’histoire de sa maladie et de son cheminement dans le système de santé, nous apprendront bien plus qu’une étude épidémiologique par questionnaire sur 1 000 patients choisis au hasard.

Le courage d’accepter qu’il faille, en système de santé, agir pour comprendre et s’informer et pas l’inverse ! C’est le seul moyen de retrouver cette compétence qui nous échappe.

Un manque d'approche intersectorielle

Peut-être plus encore qu'en zones rurales, la qualité de l'environnement et l'hygiène sont des déterminants majeurs de la santé des populations urbaines. C'est une réalité, analysée, démontrée depuis longtemps. Dans le domaine de la santé, connaissez-vous beaucoup de projets de développement basés sur une réelle approche intersectorielle? Il en existe très peu. Pourquoi toujours ce fossé grandissant entre les réels besoins des populations et notre capacité à y répondre?

De nouveau, des expériences existent mais dispersées, peu nombreuses et rarement documentées, analysées. Tout se passe comme si ces expériences souvent menées avec l'appui d'ONG et qui ne cadrent pas avec les modes existantes, les modèles dominants, étaient ignorées, méprisées par les experts.

Éviter les projections culturelles

L'intervention sur les systèmes sociaux complexes n'est jamais objective. Notre perception de la réalité et des interactions entre les acteurs est profondément empreinte de notre propre culture. L'enjeu n'est bien entendu pas de taire ou de sembler ignorer ces aspects culturels, notamment en se réfugiant dans les aspects méthodologiques (instruments, mesures quantitatives, etc.), mais bien plus d'accepter ces différences culturelles, de les identifier, de les expliciter et de pouvoir ainsi échanger réellement nos différences et apprendre des uns et des autres. Cette réalité qui semble évidente est source de nombreuses confusions et mésententes entre acteurs du Nord et acteurs du Sud. Derrière des enjeux qui peuvent paraître aussi objectifs et objectivables que la définition de priorités comme la mortalité infantile ou la mortalité maternelle, se cachent des perceptions culturelles extrêmement différentes. La lutte contre la mortalité infantile est sans doute un des meilleurs exemples du centralisme culturel qui prévaut dans le domaine de la coopération au développement. Pour les populations du Sud qui connaissent des taux

encore élevés de mortalité infantile, le décès d'un enfant en bas âge est un événement fréquent. En revanche le décès d'une mère est un événement terrifiant qui laisse des traces dans la famille et la communauté (dans certaines régions le mari doit fuir le village). Or, les grands programmes de lutte contre la mortalité infantile ont débuté fin des années 70 et il a fallu attendre 1987 pour qu'enfin l'OMS lance un cri d'alerte par rapport à la mortalité maternelle. Pendant plus de dix ans, le monde scientifique international a ignoré le problème de la mortalité maternelle des pays du Sud, pourtant connu de certains spécialistes (des chiffres étaient déjà disponibles dans les années 50-60). Pourquoi ? Peut-être simplement parce que la mortalité maternelle ayant quasi disparu dans le Nord mais pas la mortalité infantile, c'est « tout naturellement¹³⁰ » que les spécialistes du Nord, à la base des grands programmes internationaux, ont centré les priorités – leurs priorités – sur la réduction au Sud de la mortalité infantile¹³¹.

De même, la hiérarchisation des besoins est souvent le reflet d'une vision culturellement biaisée. Pour l'Occident, l'essentiel est de satisfaire les besoins de base (nourriture, santé, éducation, etc.), tandis que dans de nombreux pays du Sud l'essentiel est l'existence sociale, la reconnaissance sociale par les pairs. En ce sens, on peut donc parler de dérive culturelle dans la définition des besoins, le seul besoin essentiel étant le sens et l'harmonie de notre vie en société, la reconnaissance de soi aux yeux des autres et inversement. L'être humain est un animal social.

Les exemples de différences culturelles¹³² sont nombreux. Les Européens s'étonnent des sommes importantes que l'on dépense (jusqu'à s'endetter) pour les actes sociaux (mariage,

130. Ou mieux dit : « tout culturellement »...

131. À ce sujet, on peut faire l'hypothèse que l'accumulation de toutes les données quantitatives et « objectives » ont pour but premier la justification de nos priorités.

132. On pourrait faire une étude sur les chocs culturels entre le Nord et le Sud : place des animaux familiers, différence dans les comportements affectifs, place des anciens, etc. La liste est plus longue qu'on ne le pense !

enterrement) et les Africains s'étonnent de sommes importantes dépensées par les Européens pour leurs vacances. Ainsi cet exemple, ce témoignage rapporté par Enda Graf Sahel (Seyni Ndione, 1994)¹³³ de paysans mossis du Burkina Faso qui vidaient leur grenier pendant la période de soudure pour fêter des funérailles. Devant le questionnement des consultants, ils expliquaient leur geste en disant: «Le ventre plein ne remplit pas le cœur ni l'âme; en revanche, l'âme et le cœur en paix peuvent attendre le grain dans la sérénité.» Le beau est plus utile que l'essentiel.

Éviter les dérives de la spécialisation

La spécialisation à outrance entraîne une division du travail, favorise de multiples formes de domination et d'exploitation et légitime les rapports fondés sur le pouvoir de celui qui possède et sait (Seyni Ndione, 1994). Le café du coin où l'on reconstruit le monde dans des discussions passionnées et la soirée sous le baobab en pays Bambara où le conteur raconte les histoires fondatrices, ces deux situations sont en fait très semblables et sources de cohésion sociale, denrée devenue de plus en plus rare de nos jours...

Des chercheurs qui se cherchent...

Les chercheurs, isolés dans leur tour d'ivoire, sont éloignés de la réalité et du quotidien des systèmes qu'ils essayent d'analyser. Trop souvent encore, le quantitatif leur semble prioritaire et les chercheurs ont peu de confiance et de compétence dans les aspects qualitatifs et dans la gestion des organisations. À ce sujet, l'exemple du rapport 2000 de l'OMS, «Évaluer les systèmes de santé» qui prend l'espérance de vie corrigée pour l'incapacité (EVCI), comme seul indicateur pour mesurer l'impact

133. Ce livre de Enda Graf Sahel, *Réinventer le présent: quelques jalons pour l'action*, sous la direction de Emmanuel Seyni Ndione, est remarquable. Il synthétise et capitalise une expérience de terrain très riche et vous donne matière à réflexion pour plus d'une soirée. Bonne lecture!

d'un système de santé, est très révélateur de ce biais quantitatif. Au lieu de prendre comme indicateur d'efficacité le nombre d'années de vie saine gagnées, on aurait pu choisir un autre indicateur plus proche des attentes de la population, par exemple le nombre de journées de souffrance (toutes causes confondues) épargnées grâce à l'intervention des systèmes de santé.

Des salaires de mendiants

Un système de santé n'a de valeur et ne peut atteindre sa finalité qu'en mesure de la qualité de ses prestataires de soins et de leurs interactions avec les patients, les communautés. La qualité de ces interactions repose avant tout sur une rétribution équitable. Ne nous voilons pas la face, des prestataires trop mal payés n'offriront jamais des soins et des services de qualité.

Tableau 10. *Niveau du revenu mensuel (euros) des professionnels de la santé : réalités, besoins et satisfaction.*

Pays	Revenus réels	Revenus nécessaires estimés	Besoins satisfaits (en %)	Effet sur la motivation
Cameroun*	Médecins: 1 000 (1993)	800	125 %	Évolution très négative
	250 (1995)	900	28 %	
	250 (2000)	1 200	20 %	
Mauritanie (2002*)	Sages-femmes: 70	200	35 %	Très négatif
	Médecins: 150	500	30 %	
	Spécialistes: 180	500	36 %	
Belgique (1998*)	Médecins: 1 700	2 500	70 %	Marginal ?
	Spécialistes: 7 000	2 500	280 %	
France (1999**)	Médecins: 4 500	3 500	130 %	Marginal ?
	Spécialistes: 7 350	3 500	210 %	

* Chiffres estimés. ** Chiffres officiels : revenu mensuel moyen.

Le tableau ci-dessous indique la gravité de la situation, qui n'épargne d'ailleurs pas les médecins généralistes belges.

Cette évidence, certains essayent encore et toujours de l'éviter: que de temps perdu en *per diem*, primes et autres financements indirects qui ont *in fine*, comme seul résultat tangible de vider les structures de soins de leurs prestataires, rendant le système encore un peu plus virtuel. Certains prestataires du Sud font d'ailleurs le constat que cette situation, qui confère parfois à la mendicité planifiée et acceptée, les rend encore plus dépendants des planificateurs et décideurs du Nord et surtout leur fait perdre leur auto-estime.

Entre 1993 et 1995, au milieu de la crise économique, les médecins camerounais ont vu leurs salaires divisés par 4! Pour pouvoir continuer à être des pères honnêtes et donc élever décemment leurs enfants, ces médecins ont été dans leur majorité obligés d'adopter des comportements malhonnêtes dans leur profession (Badaka, 2000)¹³⁴. Quand pourrons-nous espérer une conférence et un mouvement international pour la juste rétribution financière des professionnels, des prestataires qui ont encore le courage d'investir dans les systèmes sociaux: santé, éducation, justice...? Combien de projets sont-ils centrés sur cette évidence et acceptent de négocier un juste contrat?

Se voiler la face signifie renforcer la corruption, favoriser la fuite des cerveaux et le désengagement des prestataires: plus personne ne veut encore tenir le bistouri, tous les médecins veulent se réorienter vers l'épidémiologie et la santé publique, domaines qui permettent une carrière plus agréable et des revenus complémentaires (consultations, congrès, etc.)! Au Burkina Faso, au Bénin, cette situation est devenue un réel problème de santé publique.

134. Sur ce sujet, il s'agit d'un très beau – car honnête et sans trop de complaisances – témoignage de Marie Badaka, recueilli par Gruénais, sur la « débrouillardise » d'un médecin camerounais pour joindre les deux bouts.

Des acteurs sans pouvoir... Faire confiance aux acteurs !

Des acteurs sans pouvoir

Dans la définition des priorités, des politiques et des programmes de santé, les acteurs de terrain (prestataires de soins, patients et communautés) ont de moins en moins droit à la parole. Pour obtenir les financements nécessaires à leur survie, les acteurs ont tendance à renforcer cette situation en alignant leurs sujets de recherches (et parfois leur pensée !) sur les priorités définies par les partenaires du développement. Il en résulte une planification de haut en bas, composée de stratégies qui ne répondent que rarement aux attentes et besoins des acteurs du terrain et ceux-ci, non reconnus et donc passifs et inertes, vont courber le dos en attendant que la mode passe... et que la suivante arrive ! Or, la qualité d'un système de santé dépend avant tout de la motivation de ses prestataires de soins. Il est donc urgent que nous adoptions une autre logique, un autre paradigme. Nous devons identifier les différents changements souhaités par les différents acteurs – et avant tout les prestataires directs de soins et de services –, partir de leur vécu, de leurs compétences et non pas de nos projets, de nos objectifs. Les chercheurs doivent centrer leur analyse sur les dynamiques et les interventions créées par les acteurs de terrain (prestataires et communautés) et pas l'inverse.

Il faut renforcer les dynamiques existantes et pas celles qui nous conviennent ! Par exemple, dans le processus du développement des centres de santé communautaires au Mali, il faut comprendre ce qui est reproductible, souhaitable pour d'autres pays et situations mais ne pas essayer de dupliquer d'une façon mécanique simpliste, forcée, cette expérience. Nous ne pouvons plus perdre du temps et des ressources à décrire des situations, il est urgent de nous centrer sur l'analyse des dynamiques et l'évaluation des interventions sur les systèmes en assurant la participation des acteurs directement concernés afin de leur rendre le pouvoir nécessaire et leur motivation.

De même, on ne fait pas confiance aux patients, puisqu'on ne les interviewe pas pour mieux comprendre le fonctionnement des systèmes de santé, alors qu'ils sont les mieux placés puisqu'ils le vivent au jour le jour.

Nous devons apprendre à faire confiance aux acteurs et aux organisations citoyennes, à développer de réelles recherches action : attendre que la demande vienne des acteurs, la susciter mais ne pas la forcer ni l'induire.

Faire confiance aux acteurs !

La majorité des partenaires du développement attendent comme visibilité d'un projet, d'une intervention, des réalisations montrables, mesurables, objectivables par des indicateurs quantifiés. Pourquoi ? Sans doute parce que la distance maintenue avec les réels acteurs du projet empêche les partenaires du développement de percevoir les vrais changements utiles, ceux qui ne se mesurent pas facilement mais qui sont les réels indicateurs d'un développement durable : changement de comportement, meilleure autonomisation, transformation des rapports de pouvoir dans les communautés bénéficiaires, renforcement et élargissement des dynamiques de solidarité...

Le peu de place laissé à la recherche action est également un indicateur du manque de confiance des gestionnaires, des décideurs et bailleurs de fonds dans la capacité des prestataires et des acteurs des systèmes de santé à trouver par eux-mêmes les solutions pertinentes aux problèmes rencontrés.

Dans le domaine de la coopération entre le Nord et le Sud, tout se passe comme si le Nord ne voulait pas (inconsciemment ou non) de l'autonomie du Sud et que le Sud se satisfaisait de sa position d'assisté et même parfois la revendiquait ! Avec comme conséquence le renforcement de la médiocrité, une distanciation de plus en plus grande entre le Nord et le Sud, fracture qui peut mener, tôt ou tard, à l'incompréhension mais aussi à la méfiance, l'éloignement et l'affrontement.

***Et surtout, une fois pour toutes,
renoncer au mirage des « solutions miracles »***

Le besoin des professionnels de la santé, des bailleurs de fonds, des décideurs de trouver des solutions miraculeuses à des problèmes complexes est sans doute étroitement lié au paradigme pasteurien qui domine l'inconscient collectif de nombreux spécialistes et professionnels de la santé.

Comment comprendre autrement le besoin de mettre en place de nouvelles modes qui, tous les cinq ans ou tous les dix ans, vont mobiliser les intérêts, les ressources et le temps des professionnels, et qui, une fois leurs limites atteintes, seront rejetées aux oubliettes et remplacées par une autre mode, une autre solution miracle, qui à son tour...

Comment mettre en place un instrument de capitalisation qui permette de tirer profit de nos erreurs et de nous méfier de succès trop rapides ou trop faciles ?

Quand serons-nous capables d'acquérir un peu de sagesse à partir de toutes ces expériences, si souvent conduites avec tant d'enthousiasme ?

Santé et mondialisation

Nous avons vu qu'au niveau macro, le niveau international (politiques, partenaires du développement, institutions internationales et politiques internationales de santé) influence non seulement les politiques et priorités nationales de santé, le fonctionnement des systèmes de santé (voir figure 1, page 34 et les 12 études de cas dans le présent chapitre), mais aussi, et de façon directe, la santé des individus¹³⁵.

135. Voir à ce sujet le cas du Niger, analysé dans l'article de Ziegler (2001): « Une lutte sans moyens contre la faim ».

Les enjeux de pouvoir au sein des institutions internationales ont des répercussions importantes sur le fonctionnement des systèmes de santé. Au début du siècle, l'héritage pasteurien a fait des chercheurs et du corps médical les acteurs centraux des systèmes de santé et de la promotion de la santé dans le monde. Actuellement, les enjeux économiques et la course au profit immédiat sont tels que le corps médical ne peut maintenir son rôle d'acteur privilégié que dans les domaines où des profits immédiats et importants sont attendus par le monde financier et industriel. Par exemple, la recherche de nouvelles molécules thérapeutiques sera favorisée si (et seulement si) elle concerne une population cible suffisamment rentable. D'où, par exemple, le problème des maladies orphelines¹³⁶ : au Nord des maladies rares et donc peu rentables ou encore des pathologies qui ne touchent que les populations du Sud et pour lesquelles les recherches de nouveaux traitements sont freinées et parfois même la production de médicaments arrêtée¹³⁷.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui a pour finalité la défense et la promotion de la santé de tous les individus de la planète, n'échappe pas aux critiques (Motchane, 2002). Notamment à cause de ses prises de position en faveur du privé et de ses relations de dépendance avec la Banque mondiale et l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Une interview de David Nabarro, directeur du cabinet de M^{me} Brundtland, directrice générale de l'OMS, est révélatrice de cet « esprit de soumission » qui règne actuellement dans certaines des institutions désargentées de l'ONU : « Nous avons absolument besoin du financement privé. Depuis dix ans en effet, les

136. Voir le site www.fondation-aventis.org pour le problème des maladies orphelines.

137. Dans cette logique, il est heureux pour le Sud que le sida touche également les pays du Nord ! Pour une discussion plus complète sur les médicaments essentiels et l'accès des pays du Sud aux traitements antirétroviraux, voir le site www.essentialdrugs.org/emed/hma/emed.200110/msg00032.php.

gouvernements ne nous donnent plus beaucoup d'argent ; les gros sous se trouvent dans le secteur privé et les marchés financiers. Et comme l'économie américaine est la plus riche du monde, nous devons faire de l'OMS un système séduisant pour les États-Unis et les marchés financiers » (cité par Motchane, 2002).

La santé, enjeu emblématique du développement pour de nombreuses organisations et associations du Sud, est un domaine privilégié pour l'analyse des tensions entre le Nord et le Sud. Le pillage des richesses et du patrimoine (plantes médicinales, traitements traditionnels) des communautés et pays du Sud est ressenti comme la pire des injustices, comme la spoliation d'un de leurs biens les plus précieux, l'héritage culturel. Les exemples recueillis par Philippe Demenet (2001) lors de la première Assemblée mondiale de santé populaire tenue au Bangladesh en décembre 2000 illustrent cette colère. « Le *phylanthus niruri* est breveté et transformé en tablettes que les indigènes ne pourront jamais acheter... La moutarde indienne (*brassica campestris*) cumule à elle seule 16 brevets – déposés par Calgene Inc. (États-Unis) mais aussi par Rhône-Poulenc (France)... Quant au Neem (*Azadirachta indica*), un arbre à tout faire surnommé « don de Dieu » par les paysans qui l'utilisent pour se soigner et confectionner un insecticide naturel, il collectionne 62 brevets. »

La loi américaine et l'Organisation mondiale du commerce (OMC) ne reconnaissent pas la validité de la science non occidentale... Depuis des millénaires, les Indiens appliquent du safran en poudre ou en pâte sur les blessures et les coupures. Le 28 mars 1995, l'Office américain des brevets accorde la propriété exclusive de la « méthode pour promouvoir la guérison d'une blessure » (en administrant du safran) à deux chercheurs de l'université du Mississippi (Jackson). Exaspéré, le Conseil indien pour la recherche scientifique et technique attaque le brevet devant les tribunaux américains, preuves à l'appui : des textes sanscrits et un article médical publié en 1953 attestent

l'antériorité des connaissances traditionnelles indiennes. Il faudra deux ans pour que le monopole détenu par les chercheurs soit annulé! Mais « cette victoire est demeurée unique. Par manque d'argent et de moyens, les activistes indiens, philippins, guatémaltèques ou amazoniens sont impuissants face à ces milliers de brevets pirates » (Demenet, 2001).

Dans ce contexte de deux poids deux mesures, le cas du fonctionnement de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) récemment créée et les conséquences sur la santé des populations est intéressant à analyser¹³⁸.

Le cas de l'OMC

On a tendance à croire que les institutions internationales sont des lieux de démocratie où chacun des pays peut s'exprimer et donc faire valoir ses priorités et défendre ses intérêts. Si l'Organisation des Nations unies a été mise en place après la Seconde Guerre mondiale dans un élan de recherche de justice, d'équité et de paix, le fonctionnement des institutions internationales a évolué. La dernière en place, l'Organisation mondiale du commerce¹³⁹ (OMC), permet de mieux comprendre les dérives actuelles de certaines de ces institutions où se discute le devenir de l'économie, du commerce, de la santé ou de la justice internationale.

L'OMC, qui a succédé aux accords du Gatt, a élaboré plusieurs règlements qui intéressent de près ou de loin les systèmes de santé du Sud (OMS/OMC, 2002 ; Pollock, 2000). La récente conférence de Doha a notamment négocié les accords concernant la production de médicaments et la protection des copyrights. L'OMC compte actuellement 144 membres et a des

138. Il serait tout aussi intéressant d'étudier l'Union européenne et ses activités de coopération, ou la Banque mondiale, ou encore des coopérations bilatérales.

139. À proprement parler, l'OMC n'est pas une des institutions de la famille des Nations unies mais ceci ne change rien à notre propos.

cycles de discussion réguliers à Genève où les décisions importantes sont prises.

Chaque pays bien entendu est libre de participer à ces réunions et de faire part de ses priorités. Cependant, le système de fonctionnement prévoit que les pays qui ne sont pas présents dans ces discussions sont supposés être d'accord avec les décisions prises. Que se passe-t-il en réalité? Comment fonctionnent ces négociations? 84 des 144 pays membres ne disposent que d'ambassades réduites à Genève. Le Burundi, par exemple, n'a qu'un seul représentant, l'ambassadeur, pour l'ensemble des activités de représentation à Genève, où sont concentrées de nombreuses institutions internationales autres que l'OMC. En revanche, les États-Unis disposent dans leur ambassade de 124 experts qui s'occupent uniquement des réunions de l'OMC: préparation, planification, discussion des stratégies, etc. Il est bien évident que, face à ce pouvoir de concentration de ressources et de compétences humaines, l'avis des 84 pays ne disposant à Genève que d'ambassades réduites ne pèse pas lourd dans la balance. Or, l'OMC s'est dotée d'un mécanisme de fonctionnement tel que son Organe de règlement des différends (l'ORD) peut imposer un changement des textes et des lois d'un pays et cumule donc des pouvoirs législatifs, exécutifs et judiciaires, ce qui va contre toute notion de séparation des pouvoirs, première garantie d'une réelle démocratie. Il ne faut pas oublier que l'OMC négocie actuellement un Accord général sur le commerce des services (AGCS) qui prévoit de libéraliser des services essentiels comme l'éducation, la culture, l'assainissement de l'environnement, la santé, toujours selon le même paradigme que la mise en concurrence dans un marché libéral assure d'office une meilleure efficacité.

Dans cette lutte, le dessous des cartes n'est pas très reluisant. Des petites phrases dites par les délégués des grandes puissances sont plus illustratives qu'un long discours: « Nous ferons toutes les pressions nécessaires et les influences utiles pour empêcher

les règlements qui nous sont préjudiciables et favoriser ceux qui nous sont favorables. Et si ce n'est pas suffisant, nous ne signerons pas ou nous ne respecterons pas les engagements internationaux¹⁴⁰ ». Les délégués du Nigéria, un des chefs de file des pays du Sud revendiquant le libre accès aux médicaments essentiels et aux antirétroviraux, ont été invités à se rendre aux États-Unis avant de se rendre à la conférence de Doha. À leur arrivée à Doha, leur position s'était assouplie... Dernier exemple, l'Union européenne a demandé à ses représentants auprès de l'OMC de marginaliser parmi les ambassadeurs du Sud ceux qui, trop efficaces, défendent avec vigueur les intérêts de leur pays !

La défense des intérêts des secteurs privés, comme les firmes pharmaceutiques, et la puissance de ces lobbies auprès des États industrialisés (États-Unis, Union européenne, Suisse et Japon), font que des accords obtenus lors de conférences internationales sont remis en cause lorsque les modalités d'application sont négociées. Ainsi, l'accord obtenu à Doha en novembre 2001, permettant aux pays pauvres de se procurer des médicaments génériques pour lutter contre les grandes épidémies comme le sida et la tuberculose, a été bloqué en dernière minute par les États-Unis¹⁴¹, sous la pression du lobby pharmaceutique américain. Début janvier 2003, l'Union européenne propose une initiative pour sortir de l'impasse : « Prévoir l'arbitrage de l'OMS en cas d'éventuels litiges sur les maladies couvertes par un accord ouvrant l'accès aux médicaments. Un accord couvrirait la liste la plus large possible de maladies infectieuses mais il ne s'agirait pas pour autant d'une liste limitée, afin de faire face à l'apparition de nouvelles maladies¹⁴²... »

140. Lors d'une discussion pendant les négociations de la conférence de Doha.

141. Voir l'article du quotidien français *Le Monde* du 17 janvier 2003 : « Une initiative européenne pour l'accès aux médicaments ».

142. Extrait du même article : « Une initiative européenne pour l'accès aux médicaments ».

Il est intéressant de constater que toute cette discussion ne concerne que les maladies infectieuses (même si la malaria, pathologie parasitaire, est aussi incluse). Autrement dit, une femme qui souffre d'éclampsie, un homme qui souffre d'une appendicite et qui a besoin de produits d'anesthésie pour l'opération, les hypertendus et les diabétiques... tous les malades dont la vie et la santé sont menacées par une pathologie *non* infectieuse ne sont pas repris comme prioritaires! De nouveau, cette situation illustre que les conséquences du paradigme pasteurien sont toujours bien actuelles. En effet, dans l'esprit de l'ensemble des délégués du Nord et du Sud, les discussions et les enjeux au sein de l'OMC concernent les *maladies* et pas les malades! La réflexion du journaliste africain, à l'origine de ce livre, semble hélas toujours vraie!

Deux poids deux mesures...

Ce n'est pas la coopération qui fait le développement. La coopération n'est qu'un pis-aller. C'est avant tout la démocratie mondiale, le commerce équitable, une plus grande justice des échanges Nord-Sud, une mondialisation responsable mais aussi et surtout l'auto-estime individuelle et une meilleure cohésion sociale des communautés qui sont les facteurs-clés du développement durable. Les racines du terrorisme sont dans la pauvreté et surtout dans le sentiment d'impuissance devant l'arrogance de certaines grandes puissances. Ce sentiment d'impuissance est un leitmotiv qui revient de manière étonnamment fréquente dans le discours des acteurs du Sud.

L'auto-estime de soi dépend aussi (et avant tout!) du regard de l'autre. À ce point de vue, la place du Sud, et de l'Afrique subsaharienne en particulier, est de plus en plus marginale. Si les intellectuels du Sud se sentent laissés pour compte aux yeux des Occidentaux, il y a peut-être pire: la sensation d'être forcés de participer à un jeu de dupes, où les règles sont édictées par d'autres, qui ne les respectent même pas. La situation est encore plus préoccupante lorsque le Nord utilise le Sud et plus

particulièrement l'Afrique comme une vaste poubelle¹⁴³ : rachat au Sud de droits de pollution pour le Nord, transport des ordures du Nord dans des pays africains, projet d'évacuation du lisier belge vers le Sud (l'idée étant d'utiliser des tankers pétroliers déclassés, de les remplir de lisier et contre paiement, de le déverser dans les terres côtières ou dans des lagunes), dépôts de déchets nucléaires, de matériel informatique déclassé (envoyé en Chine contre paiement), ou encore de vieux frigos, compresseurs et autres matériels qu'on va déposer en Afrique (en évitant ainsi de devoir les vider de leurs gaz toxiques ici en Europe, opération coûteuse et interdite en dehors des circuits de destruction officiels), etc. Les exemples, hélas ! ne manquent pas !

D'un point de vue symbolique et affectif, les intellectuels du Sud ont très mal vécu les périodes d'ajustements structurels imposés au début des années 80 par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale. À juste titre, il les ont vécues comme une perte de souveraineté nationale et dans certains pays, les conséquences sociales de ces ajustements ont été dramatiques : émeutes, instabilité et violences sociales, augmentation de la famine, de la malnutrition et de la mortalité infantile, diminution des couvertures sanitaires, explosion de la prostitution et du sida, impact sur l'environnement, etc. (Kalipeni, 2000 ; Kanji, 1991 ; Reed, 1999 ; Ziegler, 2002).

Le Sud accepte difficilement cette situation de « deux poids deux mesures » où les grandes puissances industrialisées ne respectent pas leurs propres règles. Une revendication qui revient comme un leitmotiv est l'exigence d'un commerce plus équitable, la suppression des subsides que l'Europe et les États-Unis accordent à leur agriculture, un prix plus juste des produits d'exportation des pays du Sud et, enfin, un processus de mondialisation qui ne provoque pas encore plus de pauvreté

143. Certains de ces exemples m'ont aimablement été communiqués par Hugues Dupriez de l'ONG Terres et Vie.

dans les pays du Sud¹⁴⁴. Quand on se penche sur cette question du « deux poids deux mesures » et les revendications du Sud quant à la signature par tous et au respect des engagements internationaux, on se rend compte que la liste des récriminations est longue, impressionnante et souvent justifiée. Au lendemain des attentats du 11 septembre, Robert Élias professeur de sociologie à l'université de San Francisco, Californie, présenta une conférence intitulée: « Terrorism and American Foreign Policy ». Dans cette conférence¹⁴⁵, Élias fait une analyse fouillée de la politique étrangère des États-Unis et de son histoire pour essayer de comprendre les causes de l'attaque terroriste sur le World Trade Center. Certaines informations sont étonnantes: en un peu plus de 200 ans d'existence, les États-Unis ont réalisé près de 200 interventions militaires dans d'autres nations. « De 1945 à 2000, par exemple, les États-Unis ont essayé de renverser plus de 40 gouvernements étrangers, souvent avec succès, et ont écrasé plus de 30 mouvements populaires combattant des dictatures, tuant ainsi plusieurs millions de personnes et condamnant plusieurs autres millions à une vie de misère » (Élias, 2001)¹⁴⁶.

Tout aussi inquiétante est l'opposition systématique des États-Unis aux résolutions et traités des Nations unies. Depuis 1945, les États-Unis ont été le seul pays à voter contre des centaines de résolutions et traités de l'ONU. Une étude plus détaillée pour la période 1978-1987, présentée par Élias, indique que les

144. Les échecs patents de la mondialisation sont analysés par Stiglitz (2002) dans son livre *La grande désillusion* paru chez Fayard. Stiglitz, prix Nobel d'économie et ancien conseiller du président Clinton, ancien économiste en chef et vice-président de la Banque mondiale a démissionné de ses fonctions en novembre 1999. «... Preuves à l'appui, il démontre que les règles du jeu économique mondial ne sont souvent fixées qu'en fonction des intérêts des pays industrialisés avancés – et de certains intérêts privés en leur sein... »

145. Cette conférence, dont le texte est disponible sur Internet (Élias, 2001), est très intéressante et extrêmement bien documentée. Il faut au passage souligner le courage du conférencier d'avoir osé critiquer la politique étrangère des États-Unis, deux semaines seulement après les attentats.

146. Traduction de l'auteur.

États-Unis ont été les seuls à voter non dans 39 cas et dans 59 autres cas en association avec un ou deux autres pays. À côté des situations connues (appui à l'apartheid, à Israël), d'autres sujets concernent directement la santé et le développement des pays du Sud. Ainsi, les États-Unis se sont opposés aux votes des Nations unies concernant :

- la protection contre les produits dangereux pour la santé et l'environnement ;
- la coopération internationale pour la dette du tiers-monde ;
- l'aide aux pays du Sud ;
- la promotion des pays en développement ;
- le développement comme un droit de l'homme ;
- la protection des pays en développement dans les accords commerciaux ;
- la mise en place d'un nouvel ordre économique international pour les pays en développement ;
- le droit des nations à choisir leur propre système économique ;
- la définition de normes économiques minimales comme droit de l'homme ;
- le droit à l'alimentation ;
- une meilleure réponse des Nations unies contre les abus portés aux droits de l'homme ;
- l'interdépendance entre les droits économiques et politiques ;
- la protection des droits des travailleurs migrants, etc.

Les États-Unis n'ont toujours pas signé certains traités comme : le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) ou la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination envers les femmes (1979), ou encore la Conférence mondiale des droits de l'homme à Vienne en 1993. Le tableau ci-dessous, sans doute incomplet, reprend certaines des situations plus récentes (1995-2002) où des traités et engagements internationaux soit ne sont pas signés, soit ne sont pas respectés par les États-Unis.

Tableau 11. *Traités, conférences internationales et institutions des Nations unies frappés du veto des États-Unis*¹⁴⁷.

Traités, conférences internationales et institutions de l'ONU concernés	Motif pour le non-engagement, le non-respect des accords internationaux signés
Traité d'interdiction totale des essais nucléaires (TITEN) 1996-2001	Traité bloqué en 1996 par les États-Unis qui ont boycotté la réunion de l'ONU de novembre 2001.
Traité ABM (Anti Ballistic Missile)	Traité dénoncé par le président Bush en décembre 2001 pour pouvoir développer son projet de « bouclier antimissile ».
Conférence sur les droits de l'enfant	Exceptés deux protocoles optionnels, les EU n'ont pas signé cette convention, n'acceptant pas que des citoyens américains puissent répondre d'une justice étrangère, même dans le cas d'actes de pédophilie.
Conférence de Durban contre le racisme (septembre 2001)	Refus des États-Unis de participer au débat final et de signer la déclaration, sans doute pour éviter les compensations financières demandées par les pays d'Afrique noire en réparation de la période d'esclavagisme.
Protocole de Kyoto sur le réchauffement mondial (2001)	Les États-Unis, producteurs de 40 à 50 % des gaz à effet de serre, refusent de signer ce protocole, leur niveau de vie étant associé à une consommation énergétique élevée.

147. Les données présentées dans ce tableau proviennent de différentes sources: Demenet (2001), Donnay (2002), Élias (2001), Jarreau (2002), Jacobson (2002) et du site de l'association « Policy In Focus » www.present-danger.org/chronicle/index.html. Nous remercions M^{me} Brigitte Ernst pour nous avoir facilité les contacts avec l'ambassade des États-Unis à Bruxelles.

Conférences de La Haye (2000) et de Bonn (2002)	Les États-Unis ne participent pas à la conférence de Bonn. Le Canada, le Japon et l'Australie imposent le retrait des sanctions prévues.
Traité international d'Ottawa visant l'interdiction totale des mines antipersonnel (1997)	Les États-Unis estiment que ces armes sont indispensables pour assurer leur sécurité.
Convention sur la biodiversité	Entrée en vigueur en 1993, pour protéger le patrimoine des pays (plantes médicinales, etc.), cette convention a été ratifiée par 169 pays sauf les États-Unis.
Convention sur les armes biologiques de 1972 et Conférence de révision de Genève (2001)	Rejet du protocole par les États-Unis sur base du concept des « responsabilités supérieures ».
Organisation mondiale du commerce Résolutions du sommet de Doha (novembre 2001)	Non-respect des mesures antiprotectionnistes par les États-Unis : – subventions aux agriculteurs américains (180 milliards de USD en 10 ans, soit 70 % d'augmentation des subsides ¹⁴⁸) ; – taxes à l'importation de l'acier européen : 8 à 30 % (mars 2002) ; – médicament contre le charbon : exigence des États-Unis d'avoir des réductions de prix lors des menaces de guerre bactériologique de 2001-2002.

148. La hausse de ces subventions à la production des denrées agricoles américaines (maïs, blé, coton, arachides) déprime les cours mondiaux et menace directement les exportations des pays du Sud : coton au Mali, arachide au Sénégal, etc. (Donnay, 2002).

Conférence des Nations unies sur la prolifération des armes légères (juillet 2001)	Opposition des États-Unis à toute clause limitant la vente d'armes légères à des acteurs autres que les États.
Sommet sur le financement du développement à Monterrey (mars 2002)	Sous pression de l'administration américaine, le calendrier précis pour arriver aux 0,7 % promis est abandonné (Donnay, 2002).
Cour pénale internationale de La Haye (juillet 2002). Menace de se retirer de la mission de l'ONU en Bosnie Herzégovine	Signé par le président Clinton mais dénoncé en mars 2001 par le président Bush. Refus de participer à une opération de maintien de la paix sans garantie d'immunité totale pour les soldats américains.
Convention de l'ONU contre la torture : adoption d'un nouveau protocole optionnel (novembre 2002)	Les États-Unis comme 7 autres pays (Cuba, Chine, Japon, Australie, Iran...) refusent ce protocole qui prévoit un droit de visite d'inspection dans toutes les prisons du monde.
Unesco	Les États-Unis ont quitté deux fois l'Unesco pour ses initiatives concernant les droits de l'homme. En septembre 2002, le président Bush déclare que les États-Unis vont rejoindre l'Unesco qu'ils avaient quittée en 1984.
OIT	Les États-Unis ont quitté deux fois l'OIT pour ses initiatives concernant les droits des travailleurs.
FNUAP	Les États-unis ne versent plus leur quota pour le financement du FNUAP (34 millions de US \$ en 2002) car cette institution n'a pas interdit la pratique d'interruption volontaire de grossesse.

Nous avons demandé des informations complémentaires auprès de l'ambassade des États-Unis à Bruxelles qui nous a communiqué la liste des contrats bilatéraux et multilatéraux signés

par les États-Unis. L'ambassade nous a également informé qu'en date du 23 décembre 2002, les États-Unis venaient de ratifier deux protocoles optionnels de la Convention des droits de l'enfant¹⁴⁹. Néanmoins, les autres conventions et traités indiqués dans le tableau 11 ne sont toujours pas reconnus ou non signés par les États-Unis. Des exemples comme les pressions¹⁵⁰ exercées sur la firme Bayer pour la diminution du prix du Cipro sont bien connus dans le Sud et renforcent ce sentiment d'inégalité, ce sentiment d'injustice qui indigné à juste titre les pays du Sud. Assez logiquement, l'image des États-Unis s'est fortement dégradée dans le monde (Chambraud, 2002).

... *Qui incitent aux comportements malhonnêtes!*...

Deux poids deux mesures. Cette réalité, bien évidente aux yeux des intellectuels et décideurs du Sud, leur donne la sensation d'être dupés, roulés dans la farine. Pourquoi alors, respecter nos engagements? Pourquoi ne pas détourner l'argent des projets? Pourquoi ne pas émettre des fausses factures pour un montant de plusieurs millions d'euros comme dans le cas de la Côte-d'Ivoire¹⁵¹? Pourquoi serions-nous honnêtes dans notre coopération avec le Nord, si celui-ci se moque de nous en ne respectant pas ses engagements internationaux?

149. Le premier concerne l'interdiction du recrutement forcé dans des forces armées des jeunes de moins de 18 ans. Le deuxième concerne la définition légale des termes de « commerce des enfants, pornographie et prostitution infantile » et demande aux États signataires de renforcer les sanctions pour ces crimes et d'améliorer la coopération internationale à ce sujet.

150. Les États-Unis ont menacé la firme allemande Bayer, productrice du médicament « Cipro » pour le traitement de la maladie du charbon, de produire eux-mêmes des copies (donc illicites) du médicament si une diminution substantielle du prix ne leur était pas accordée (Motchane, 2002).

151. Fin 1998, l'Union européenne suspendit son aide à la Côte-d'Ivoire pour raison de « mauvaise gouvernance » : fraude massive et malversations diverses. L'appui de l'UE a recommencé en février 2002. Voir le site www.cyberpresse.ca.

... *Ou encore aux actes désespérés ?*

Le 12 septembre 2001, en réaction aux actes terroristes du 11, j'écrivais sur le vif une « opinion » dont de larges extraits ont été publiés dans le quotidien *La Libre Belgique* du 15 septembre (Dujardin, 2001).

« Ceux qui ont vécu dans les pays en développement, ceux qui y travaillent, ceux qui ont fait de la coopération au développement leur profession et parfois leur raison d'être, auront sans doute eu une réaction semblable à la mienne: un sentiment d'effroi devant l'ampleur de la catastrophe qui vient de frapper les États-Unis et aussi un sentiment de compréhension: « C'est logique, cela devait arriver »... Pourquoi cette réaction ?

– Un premier élément de réponse: cette apocalypse que nous avons vécue mardi, des centaines de millions de personnes la vivent chaque jour dans leur chair. Une apocalypse au quotidien: ceux qui meurent de faim ou de maladie faute d'un minimum d'attention médicale, ceux dont aucun des droits fondamentaux n'est respecté et dont la situation économique et sociale réduit à néant toute perspective d'avenir. Pire encore, ceux qui, pour survivre, sont condamnés à maltraiter, à profiter et abuser des autres: corruption, rackets, etc.

Dans une telle situation de déstructuration sociale, toutes les abominations sont possibles et sont vécues au quotidien par des millions de personnes: les mères impuissantes qui voient leur enfant mourir, les pères qui vendent ou prostituent leurs filles, l'assassinat d'enfants du Sud pour récolter leurs organes et satisfaire ainsi la demande croissante de transplants au Nord...

Pour fuir cette situation de désespoir, des centaines de milliers de personnes fuient éperdument le Sud. Parmi eux, des milliers vivent l'apocalypse au quotidien et des centaines en meurent: émigrés noyés dans le détroit de Gibraltar, clandestins étouffés dans des camions, *boat people*. La liste est longue et ne fait que s'accroître.

– Un deuxième élément de réponse: loin de s'améliorer, la situation ne fait qu'empirer. Les mesures de la Banque mondiale n'ont produit aucune amélioration et n'ont fait qu'aggraver la situation. La dualisation du monde s'accroît et devient de plus en plus insupportable.

– Un troisième élément: dans les faits et malgré quelques grands projets à « effets de manche », les pays du Sud se sentent de plus en plus isolés, marginalisés, abandonnés. Un constat s'impose, ils sont toujours perdants dans les enjeux vitaux: annulation de la dette, taxe Tobin, commerce équitable...

Il n'est donc pas étonnant que devant une telle situation, la jeunesse du Sud soit acculée au désespoir et prête à tous les fanatismes pour retrouver une solidarité, une certaine fraternité et un sens à leur vie, à leur avenir. Comme beaucoup le pensent et le disent: il vaut mieux mourir en héros que vivre comme un rebut, inutile et ignoré de tous.

Honnêtement, je voudrais vous dire le fond de ma pensée. Si je devais renaître dans un pays du Sud et revivre mes vingt ans comme les vivent aujourd'hui, avec tant de désespérance, les jeunes de Palestine, du Pakistan et de tant d'autres pays du Sud et des banlieues déshéritées du Nord, je ne crois pas que je pourrais résister au fanatisme, à l'endoctrinement. Assoiffé de donner un sens à ma vie, je ne pourrais peut-être pas résister à la solidarité et à la fraternité des réseaux terroristes.

L'intégrisme, le fanatisme religieux ne sont pas l'origine mais seulement la forme d'expression, le moyen de solidariser des jeunes et d'en faire un réseau de complices. Nous devons chercher à comprendre la cause profonde sur laquelle se greffe le fanatisme religieux. Nous devons comprendre pour trouver des solutions réelles, structurelles, et non des interventions limitées à la charité qui déprécient encore plus les communautés du Sud.

Si nous-mêmes et nos hommes politiques sommes incapables de le faire, et vite, il est à craindre que cet acte ne soit pas isolé. Les conditions sont là pour qu'un tel drame se répète, et notre responsabilité est engagée. »

Cette impression, cette sensation et parfois cette certitude qui nous fait mal à l'âme : nous avons sans doute, dans notre manière de penser la coopération, remplacé d'immenses zones où des communautés vivaient, certes pauvrement mais remplies de richesses culturelles et fières de leur spécificité, en un immense désert homogénéisé culturellement, où les gens encore plus pauvres sont devenus tout à fait dépendants, ont perdu toute fierté et, désespérés, préfèrent mourir noyés dans le détroit de Gibraltar plutôt que de continuer à vivre aussi misérablement.

Nous avons notre responsabilité dans la naissance et le développement de ce terrorisme international qui nous fait si peur.

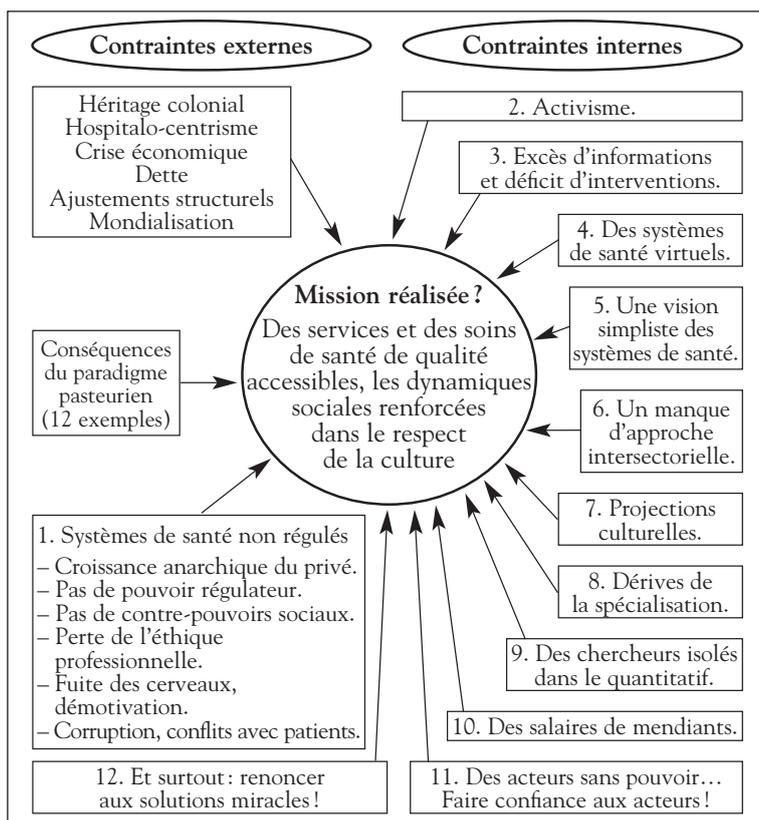
Le meilleur indicateur sanitaire de développement n'est pas l'espérance de vie, ce n'est pas la réduction de la mortalité infantile, c'est l'absence des violences sociales. Toutes les informations vont dans le sens contraire : depuis 15 ans, la violence sociale (suicides, agressions, viols) n'a jamais été aussi forte dans les pays du tiers-monde (OMS, 2002), la superficie des « terres inconnues » où plus personne n'ose s'aventurer, ne fait que s'accroître davantage d'années en années (Rufin, 2002). « Ce qui ne me tue pas me grandit. » Cet aphorisme de Nietzsche peut aussi être compris dans l'autre sens : ce qui ne me grandit pas me tue. Attention, nous sommes sans doute en train de « tuer » le Sud en ne lui laissant que deux alternatives : une existence d'éternel assisté ou l'assimilation pure et simple à nos valeurs occidentales. Ceux qui, désespérés, résistent et se révoltent, seront de plus en plus attirés par le terrorisme le plus sauvage.

Synthèse des enjeux

La figure ci-après synthétise les contraintes externes et internes décrites dans les paragraphes précédents, véritables enjeux que les systèmes de santé du Sud doivent résoudre pour pouvoir réaliser leur mission.

Le constat est assez évident, la mission des systèmes de santé est pour le moins compromise et vu la complexité de la situation, une stratégie centrée sur le paradigme pasteurien est vouée à l'échec. La faiblesse de cette synthèse est de présenter les contraintes internes et externes à la fois comme statiques et relativement indépendantes les unes des autres. Pour conclure ce chapitre central, nous proposons donc une vision plus dynamique des dysfonctionnements des systèmes de santé du Sud.

Figure 5. Les contraintes externes et internes aux acteurs des systèmes de santé qui entravent la réalisation de leur mission.



Premier cercle vicieux : la perte d'auto-estime

Ce premier cercle vicieux (indiqué en traits gras) est centré sur le problème de la perte d'auto-estime des prestataires et comporte les principales étapes suivantes.

– Des soins de mauvaise qualité provoquent des conflits directs entre patients et prestataires, conflits dont les prestataires sont le plus souvent responsables et leur auto-estime est atteinte. Les prestataires qui sont des professionnels, ne peuvent être satisfaits de la mauvaise qualité de leurs soins, leur auto-estime diminue encore.

– Les prestataires, qui n'ont plus assez d'auto-estime, vont petit à petit perdre leur contrôle social, abuser de leurs compétences dans le champ de leur profession et adopter des comportements non éthiques.

– Cette perte d'éthique va renforcer leur démotivation qui elle-même va engendrer des soins de mauvaise qualité.

Deuxième cercle vicieux : le manque de ressources

Ce deuxième cercle vicieux (en tirets sur la figure) est centré sur la diminution de l'utilisation des services publics. Il comporte deux étapes.

– La mauvaise qualité des soins engendre une désertion du secteur public et l'augmentation concomitante du recours aux autres services : privé lucratif, confessionnel, sectes religieuses, médecine traditionnelle, ONG. Les procédures de recouvrement des coûts auprès des patients et communautés est moindre et vu les piètres résultats en termes de qualité des soins, les partenaires du développement se détournent du secteur public.

– Le financement diminue ce qui va encore plus affecter les ressources en matériel, équipements, médicaments, déjà insuffisantes pour assurer la qualité des soins et la qualité technique du travail des professionnels et donc leur motivation.

Troisième cercle vicieux : l'absence de régulations internes

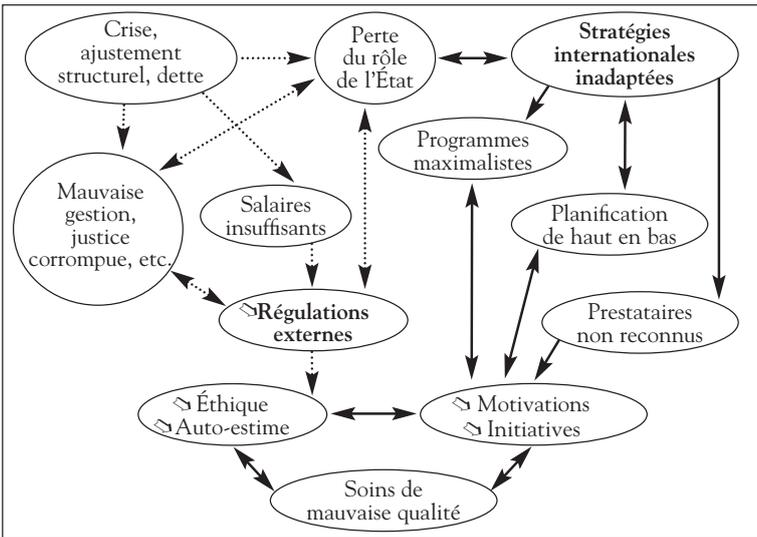
Ce troisième cercle vicieux (en pointillé) est centré sur le manque de régulations internes des systèmes de santé : pas de

sanctions en cas de faute professionnelle ou d'absence lors des gardes, arrangements multiples (intéressement des médecins sur les examens de laboratoire, etc.), participation de la hiérarchie dont le rôle se limite à assurer une redistribution du bénéfice de la corruption entre les différents acteurs de la structure de santé.

Les conséquences seront directes en termes de perte d'éthique professionnelle mais aussi en termes d'auto-estime et le cercle est bouclé.

D'autres cercles vicieux, plus externes au fonctionnement direct des systèmes de santé, doivent être mentionnés car leurs effets dérégulateurs sont très importants. Ils sont renseignés dans la figure 7. L'existence de ces dynamiques négatives associées au niveau macro et méso du fonctionnement des systèmes de santé montre la nécessité d'une approche globale. Pour comprendre la situation, il faudra donc analyser le fonctionnement des systèmes de santé dans leur contexte mais aussi tenir compte des déterminants externes.

Figure 7. Les cercles vicieux des dysfonctionnements des systèmes de santé : dynamiques externes au système de santé.



*Quatrième cercle vicieux :
l'absence de régulations externes aux systèmes de santé*

Ce quatrième cercle (en pointillé sur la figure 7) est centré sur le déficit de démocratie (dans le premier sens du terme) au sein des sociétés du Sud : impunité sociale, absence de contre-pouvoirs, perte d'autorité, corruption des partis politiques et malversations diverses.

En ce sens, ce qui se passe au sein des systèmes de santé n'est souvent que le reflet d'une gangrène qui touche l'ensemble des sociétés du Sud : croissance des injustices, violences sociales, etc.

Différents facteurs renforcent cette dynamique négative : les conséquences des ajustements structurels, la crise économique, le remboursement de la dette, la dégradation continue des termes de l'échange. Mais dans ce domaine, les gouvernements, les sociétés du Sud ont des choix possibles, notamment le retour à plus de justice et d'équité sociale.

*Cinquième cercle vicieux :
des stratégies internationales mal adaptées*

Dans ce cinquième cercle, on retrouve des caractéristiques du paradigme pasteurien : des programmes conçus et dirigés par des spécialistes qui ont tendance à maximiser leur intervention sur une seule pathologie, sans tenir compte des attentes et des compétences des prestataires du terrain.

En fait, le problème fondamental est le suivant : pourquoi avons-nous tant de réticences à faire confiance aux acteurs et à leur donner les conditions pour travailler correctement (aspect technique) et honnêtement (aspect éthique) ? Le plus important est l'aspect éthique. C'est bien entendu le plus complexe à réaliser et par conséquent nous investissons majoritairement dans l'aspect technique.

L'aspect éthique : le moins visible, le plus lent, le moins auto-satisfaisant pour le bailleur, le plus complexe à évaluer, le moins

rassurant, le plus exigeant en termes de compétence et de connaissance du terrain, le plus difficile à imposer de l'extérieur, le moins facile à « normer », à contrôler, à superviser, et qui oblige également à partager le pouvoir. L'aspect éthique est l'aspect le plus complexe mais le seul qui perdure et qui permette un réel développement à long terme et surtout un apprentissage continu des deux parties dans un mutuel respect.

L'aspect technique: le plus facile, le plus évident, simple, quantifiable, mesurable, facile à budgétiser, à court terme, visible, et qui donc sert de refuge à... notre incompetence !

Cependant, le facteur technique sans le facteur éthique, sans l'honnêteté, conduit à des systèmes de santé virtuels où, finalement, tout le monde (acteurs du terrain, décideur, bailleur) est insatisfait.

Nous devons aussi nous souvenir que le fonctionnement des systèmes de santé et leur capacité à remplir leur mission dépend d'enjeux spécifiques internes aux systèmes mais aussi d'enjeux externes: les volontés et politiques nationales mais aussi la mondialisation, l'environnement international, dont les effets sociaux peuvent être prépondérants et masquer les réussites des systèmes de santé.

Si les cercles vicieux que nous venons de décrire ne peuvent pas être combattus efficacement et des dynamiques nouvelles et positives créées, alors, l'aide et la coopération continueront comme aujourd'hui à ressembler au tonneau des Danaïdes.

Au Nord comme au Sud, il faut développer une approche systémique, intervenir aux différents niveaux et développer les différents secteurs de la société. Quel serait le sens de produire en même temps et au même endroit, de la santé médicale et de la maladie sociale ?

5. Pour une confrontation des paradigmes

Du paradigme pasteurien au paradigme systémique...

Les caractéristiques des deux paradigmes dominants

Dans l'histoire du développement des systèmes de santé (histoire récente de quelques décennies seulement), il y a donc eu le paradigme pasteurien, « une cause – un effet – un traitement », qui donnera naissance aux grands programmes de lutte contre les principales endémies infectieuses et parasitaires : programmes d'éradication de la tuberculose, de la malaria, de la variole, du choléra, de la peste, du pian, de la maladie du sommeil, qui ont eu leurs heures de gloire pendant les années 30-60 et dont certains sont encore très présents actuellement : programmes d'éradication de l'onchocercose, de la poliomyélite, etc.

Ces programmes et les recherches qui les sous-tendent ont été conçus et mis en place par les plus proches disciples de Pasteur : Yersin pour la peste, Jamot pour la maladie du sommeil.

Ce dernier mit en place une stratégie spécifique, les unités mobiles, c'est-à-dire des colonnes sanitaires chargées de recenser les populations, de dépister les malades et de les traiter (Dozon, 1991). L'objectif visé par ces différents programmes était d'éradiquer les grandes endémies les unes après les autres.

L'échec relatif de ces programmes verticaux – pour finir, seule la variole a pu être éradiquée – a redonné vie à un autre paradigme, le paradigme holistique ou systémique¹⁵³, basé sur une approche globale des problèmes de santé (l'ensemble des problèmes de santé comme causes de la souffrance humaine) et non une approche spécifique (la lutte contre une pathologie déterminée). L'exemple le plus connu de formulation du paradigme holistique ou systémique est la conférence d'Alma-Ata, en 1978, où l'OMS et l'Unicef ensemble (OMS, 1978) ont proposé une stratégie appelée « soins de santé primaires », stratégie centrée sur la prise en compte de l'ensemble des aspects culturels, sociaux, économiques et médicaux des problèmes de santé et pas seulement la lutte contre certaines pathologies.

Dans le tableau 12, nous proposons, selon différents critères, une comparaison entre ces deux paradigmes, systémique et sélectif. Pour chacun des critères retenus, nous contrastons les différences et les conséquences du choix d'un paradigme par rapport à l'autre dans l'organisation des systèmes de santé. Certains aspects seront détaillés par la suite.

153. Ces deux paradigmes ont leurs synonymes. Le paradigme pasteurien peut aussi être qualifié de sélectif, quantitatif, directif... et le paradigme systémique de global, holistique, qualitatif, participatif...

Tableau 12. *Les différences entre paradigmes systémique et pasteurien.*

Critère	Paradigme systémique (holistique)	Paradigme pasteurien (sélectif)
Objet	Diminuer la souffrance.	Lutter contre des maladies.
Visibilité politique. Critères pour le choix des priorités	Nécessite du temps. Coût d'opportunité. Acceptabilité, appropriation.	Visible. Peut être efficace à court terme. Importance du problème. Efficacité.
Bénéficiaire	Répond aux attentes et aux besoins des patients.	Répond aux besoins identifiés par les professionnels.
Socioculturel	Bien accepté au Sud.	Bien accepté au Nord (logique cartésienne).
Acteurs	Nécessité de promouvoir les interactions entre tous les acteurs.	Prépondérance des techniciens, des décideurs.
Perspective d'action	Optimisation.	Maximisation.
Production de connaissances	Multiplés et interdisciplinaires.	Techniques et spécifiques.
Type d'évaluation requise	Surtout qualitative, plus complexe. Centrée sur le processus et l'efficacité systémique*.	Surtout quantitative, plus facile. Centrée sur l'impact et l'efficacité économiste*.
Relation de pouvoir	Pouvoir partagé.	Pouvoir imposé.
Intérêts financiers	Diversifiés et sur plusieurs années.	Investissements rapides et importants : vaccins, traitements.

* Ces notions sont expliquées dans le texte.

Critère	Paradigme systémique (holistique)	Paradigme pasteurien (sélectif)
Type de planification	De bas en haut. Négociée.	De haut en bas. Imposée (Nord ⇔ Sud).
Instruments utilisés	Projets de démonstration. Programmes. Approche sectorielle.	Projets et programmes spécifiques.
Gestion des interventions. Type de recherches utilisées	Complexe : négociations. Recherche action. Recherche sur les processus.	Plus facile : plan. Décaissements rapides. Recherches fondamentales, épidémiologiques.
Sciences sœurs	Santé publique. Sociologie, anthropologie.	Épidémiologie. Recherche clinique, biologique.
Dynamique de développement	Nombreuses possibilités. Auto-estime des acteurs, altérité.	Limitations et freins.
Effets pervers	Manipulation. Démagogie. Immobilisme.	Maximalisation. Déstructuration des systèmes. Médicalisation.

De façon caricaturale, on pourrait dire que le paradigme systémique débouche sur une approche globale de la souffrance humaine causée par des problèmes de santé, une attention particulière étant portée aux aspects qualitatifs et relationnels, et à la gestion de services. En revanche, le paradigme pasteurien débouche sur une approche spécifique centrée sur des pathologies avec prépondérance des aspects quantitatifs et techniques.

En revanche, l'intérêt spécifique d'une intervention, d'une approche basée sur le paradigme systémique est qu'elle implique directement l'éthique et la morale du comportement des acteurs. En effet, la négociation entre les différents acteurs, la nécessité

de tenir compte des besoins et des attentes de chacun, les notions de « pouvoir partagé », de « négociation », d'« altérité », d'« auto-estime », nécessitent de travailler sur l'éthique et la morale et permettent de réinvestir dans la recherche d'une meilleure cohésion sociale.

Efficiency économiste – efficiency systémique

Le concept d'efficacité est intéressant. Il permet de mieux comprendre les enjeux entre les deux paradigmes. Nous ne sommes pas opposés à l'efficacité, loin de là ! Ce que nous contestons, c'est le contenu mis dans le vocable efficacité et le paradigme sous-jacent. En effet, pour la Banque mondiale et d'autres institutions comme l'Union européenne et l'OMS, l'efficacité (c'est-à-dire produire à court terme et à un coût minimum, un changement mesurable) est vue comme une priorité maximale. Nous qualifierons cette vue comme efficacité économiste. Nous proposons un autre contenu au concept d'efficacité : l'efficacité systémique. Essayons de mieux comprendre le contenu paradigmatique de ces deux types d'efficacité.

L'efficacité dite économiste est mesurable, quantifiable, obtenue à court terme par une intervention externe centrée sur les aspects techniques et l'injection rapide de ressources importantes. Elle peut être obtenue sans grande participation des acteurs dont l'attitude attendue est l'acceptation (mais non la négociation) de l'intervention proposée. À court terme, elle est à la fois le reflet de la recherche d'une intervention « miraculeuse » qui permettrait aussi le désengagement rapide du partenaire du développement. Cette efficacité économiste (mais on aurait pu également parler d'efficacité épidémiologique) est en fait centrée sur un seul élément d'un système complexe et a pour finalité de faire changer le système par cette intervention spécifique.

Au contraire, l'efficacité systémique (que nous revendiquons) a un contenu paradigmatique différent : elle n'a de sens

qu'ancrée dans le long terme pour assurer la pérennité de l'intervention. Elle nécessite une réelle appropriation du projet par les acteurs du système et implique un changement qualitatif dans les relations entre les acteurs : relations personnelles mais aussi institutionnelles. Elle est mesurable mais avant tout par les changements de comportements et attitudes des acteurs les uns par rapport aux autres. Elle ne produit que rarement des modifications quantifiables en un court laps de temps (plus ou moins cinq ans). En revanche, si « la mayonnaise a pris », les changements peuvent devenir très visibles et, surtout, pérennes. À moyen terme, c'est-à-dire au-delà de la durée moyenne d'un projet habituel, l'efficience systémique sera le plus souvent supérieure à l'efficience économiste.

À ce sujet, il est intéressant de se poser la question suivante : pourquoi les projets d'intervention ne planifient quasi jamais des évaluations postprojets ? Ce type d'évaluation très certainement montrerait les manques de l'approche « efficience économiste » qui ne peut obtenir des résultats que pendant la durée du projet et avec l'injection de ressources externes importantes¹⁵⁴. Souvent, moins d'un an après la fin du projet, le « soufflé » est retombé et nous sommes de retour à la case départ.

Un autre avantage de l'efficience systémique est d'introduire comme bénéfices directs l'appropriation d'un projet par les acteurs, le renforcement de leur autonomie, l'absence d'effets induits pervers¹⁵⁵ (notamment en termes de déstructuration

154. Pour certains décideurs du Nord (UE, BM, certaines coopérations bilatérales), un des principaux critères d'évaluation de leur efficacité est justement leur capacité à réaliser des budgets importants en un court laps de temps.

155. Les coûts induits représentent un des effets pervers de l'approche pasteurienne. Par exemple, les campagnes nationales de vaccination ont un coût induit énorme (qui n'est jamais calculé !) car pendant 2 à 4 semaines, c'est l'ensemble du système de santé, l'ensemble des acteurs qui sont mobilisés par cette seule activité.

sociale) et d'offrir un potentiel de « bénéfices diffus¹⁵⁶ » important.

Le processus ou l'impact ?

Pour démontrer l'impact de leurs projets, les bailleurs de fonds n'hésitent pas à financer de coûteuses enquêtes épidémiologiques pour objectiver la diminution de la mortalité infantile, la réduction de la malnutrition ou encore la réduction de la pauvreté. Souvent, les résultats après 4 à 5 ans de ressources injectées sont décevants : les différences avant et après projet sont minimales, voire inexistantes. L'évaluation a-t-elle démontré l'échec du projet ? Non ! Simplement, l'évaluation entérine ce que les « systémiciens » prévoient : une action isolée (comme un projet de santé) ne peut avoir une grande influence sur un système complexe (comme les déterminants de la mortalité infantile). Soyons réalistes ! Comment espérer une réduction importante et *pérenne* de la mortalité infantile¹⁵⁷ et de la mortalité maternelle du Sud quand il a fallu aux pays européens plusieurs décennies de développement soutenu pour voir le taux de mortalité infantile descendre chaque année, peu à peu mais régulièrement !

Une évidence complexe à démontrer mais qui nous semble essentielle : le processus d'une intervention a plus d'importance que le résultat ou son impact direct¹⁵⁸. En effet, c'est au cours du processus que les relations et les dynamiques entre acteurs peuvent se modifier et produire des effets, à long terme, sans doute bien plus importants que l'impact direct attendu par le partenaire du développement. À ce titre, on peut citer l'exemple de l'amélioration de la qualité de la prescription, intervention qui

156. Voir le lexique pour de plus amples explications sur ces termes.

157. Suite à la détérioration socio-économique et aux conséquences sociales des ajustements structurels, plusieurs pays du Sud ont connu pendant ces deux dernières décennies des inégalités de santé croissantes et/ou une augmentation de la mortalité infantile (Cornia, 1987; Kanji, 1991; Kalipeni, 2000).

158. Voir à ce sujet l'entrée « approche processus » dans le lexique.

peut être poursuivie selon deux approches différentes. Soit de manière normative et dirigiste par des algorithmes : c'est un processus qui peut produire des résultats à court terme mais qui est généralement rejeté par les acteurs comme trop coercitif. Il ne donne que peu de résultats à long terme. En revanche, si on prend le temps de changer de processus pour comprendre les raisons sociales et culturelles qui sont associées à l'excès de prescriptions et au recours aux molécules les plus coûteuses, alors, peut-être, peut-on petit à petit changer le comportement des prestataires en leur montrant les effets négatifs de ce type d'approche pour assurer leur reconnaissance professionnelle. Cependant il faudra leur proposer d'autres alternatives pour que cette reconnaissance professionnelle soit mise en valeur, alternatives à discuter avec eux bien entendu ! Cette seconde approche peut provoquer des changements à long terme et donc finalement un impact bien plus important que la première approche souvent trop normative. Cet exemple et d'autres encore montrent que, en ce qui concerne nos interventions sur les systèmes complexes (enseignement, justice, santé, etc.), le processus a plus d'importance que la recherche d'impact à court terme. Ce qui importe, cependant, dans l'analyse de processus, c'est la compréhension des dynamiques sous-jacentes qui créent la qualité de ce processus, et pour cela une approche qualitative est nécessaire.

Exemples d'interventions paradigmatiques

Pour mieux faire comprendre les enjeux et les conséquences très pratiques du choix d'un paradigme par rapport à l'autre, nous présentons dans le tableau 13 certaines situations, certains modes d'organisation des services de santé qui peuvent être rattachés au paradigme dont ils sont issus.

Tableau 13. Exemples d'organisation des services de santé selon leur paradigme.

Service considéré	Paradigme systémique (holistique)	Paradigme pasteurien (sélectif)
Organisation de la consultation curative	Prise en charge de l'épisode de risque. Ce qui implique une stratégie efficace de relance des perdus de vue.	Prise en charge du malade limitée au contact, à la consultation.
Organisation de la couverture vaccinale	Les vaccinations sont intégrées au niveau des centres de santé. Selon les besoins et pour les populations isolées ou vivant trop loin du centre, des vaccinations avancées sont régulièrement organisées.	Des journées nationales de vaccination sont organisées sur base annuelle sans tenir compte des résultats des structures permanentes.
Organisation de la consultation prénatale	La priorité est mise sur l'écoute des patientes et l'établissement d'une relation de qualité entre les patientes et les professionnels de la santé.	Selon l'approche fondée sur la notion de risque, la priorité est mise sur la détection des facteurs de risque.
Programme de santé reproductive	Le programme de santé reproductive s'attache à répondre à l'ensemble des attentes des femmes.	Dans les faits, l'accent est mis sur une seule activité : la planification familiale.
Programme tuberculeuse – Diagnostic	Si le patient vit loin, un premier examen est réalisé en urgence (qui permet de détecter 80 % des cas de tuberculose).	Quelle que soit la situation, trois examens d'expectoration sont exigés avant de faire le diagnostic.

Service considéré	Paradigme systémique (holistique)	Paradigme pasteurien (sélectif)
– Traitement	Le mode de traitement et de suivi est discuté et négocié avec le patient.	Tous les patients doivent prendre leurs médicaments soit au centre de santé soit sous surveillance.
Organisation des services de première ligne	Pour prendre en charge la grande majorité (80-90 %) des problèmes de santé (curatif, préventif, promotionnel), équipes polyvalentes: médecine de groupe, centre de santé ou médecin généraliste.	Pour lutter contre des problèmes spécifiques: dispensaire antituberculeux, centre de protection materno-infantile, agent de santé communautaire...
Organisation des structures de santé	Les structures de santé de premier contact et l'hôpital de référence fonctionnent de façon spécifique et complémentaire. Ces structures sont en interaction constante (supervision, référence...): concept de district de santé.	Les structures de santé fonctionnent de façon indépendante, chacune selon sa logique et sa dynamique propres. Elles sont interconnectées par le patient.
Prise en charge du mourant	Organisation de soins palliatifs à domicile où l'ensemble des aspects socio-économiques, psychologiques et culturels sont pris en charge et non seulement la pathologie, le traitement et la souffrance physique.	Le plus souvent en milieu hospitalier où la pathologie, le traitement et la souffrance physique sont pris en charge. Généralement, le malade décède seul.

Comme autres exemples du paradigme pasteurien, nous pouvons bien sûr rappeler les cas des programmes sélectifs (ou verticaux) déjà décrits. D'autres exemples peuvent aussi être identifiés dans la définition des politiques de santé. Ainsi, l'approche basée sur la notion de risque dans le cadre de la santé maternelle (voir le chapitre 4). Le fonds global¹⁵⁹ contre la tuberculose, le sida et la malaria, qui est en train de se développer sous l'impulsion de l'ONU, de son secrétaire général et de l'Union européenne, illustre bien la persistance du paradigme pasteurien dans les plus hautes sphères de décision de la planète, notamment l'attention insuffisante donnée aux déterminants des niveaux macro (Nordstrom, 2002) et méso (Brugha, 2002). D'autres oubliés sont tout aussi révélateurs comme, par exemple, l'absence de référence à la stratégie des districts de santé dans le rapport 2000 de l'OMS.

Comme nous l'avons vu, d'autres exemples plus récents peuvent aussi être rattachés au paradigme pasteurien, même s'ils sortent complètement de la sphère médicale et infectieuse: la décentralisation, la privatisation, le recouvrement des coûts, la mise en place de mutuelles... Dans ces derniers domaines, c'est avant tout le type de processus et la manière dont ces stratégies sont appliquées sur le terrain qui sont caractéristiques de l'approche sélective. Cette réalité montre bien que le paradigme pasteurien est avant tout un cadre de référence, une manière de penser et d'être, une façon de voir la réalité et que, proche de la logique cartésienne, il caractérise de nombreux intellectuels et décideurs des pays industrialisés.

... et retour !

Et retour au paradigme pasteurien ! Car, bien entendu, on ne peut pas se passer de ce paradigme, il est essentiel dans la

159. Pour plus de détails sur les objectifs et le fonctionnement de ce fonds, voir le site : www.globalfundatm.org.

recherche d'une plus grande efficacité. La santé des individus et des populations exige de trouver de nouveaux traitements plus efficaces, présentant moins d'effets secondaires, moins coûteux et surtout des vaccins et traitements attendus pour les grandes pathologies (sida, malaria, tuberculose) sans compter les maladies « orphelines » qui ne passionnent pas toujours les départements de recherche des firmes pharmaceutiques: maladie de Chagas, maladie du sommeil...

Mais, après ces pathologies transmissibles, il restera encore et toujours les pathologies dégénératives (hypertension artérielle, diabète...), les cancers, toutes les pathologies produites par les excès de notre civilisation trop industrialisée (accidents de la route, obésité, intoxications alimentaires, pollution) et toutes celles – oh ! combien nombreuses ! – liées au mal-être social et personnel (alcoolisme, drogues dures et assuétudes diverses, violences, suicides, meurtres).

Comment expliquer la force du paradigme pasteurien ?

Incontestablement, Louis Pasteur fut un grand homme, un grand savant, point de départ d'un grand mouvement scientifique, d'un nouveau paradigme qui détermine encore de nos jours la pensée et la culture scientifique de la grande majorité du corps médical. Le problème se situe sans doute davantage dans la transmission de l'héritage de Pasteur. À l'origine, cette approche a permis des gains phénoménaux en termes de réduction de la mortalité et de la morbidité. Aujourd'hui, le paradigme pasteurien pose le problème d'un rendement marginal décroissant... et de son envahissement dans l'inconscient collectif des scientifiques, des décideurs et des partenaires du développement !

Comment expliquer la force du paradigme pasteurien et sa permanence, sa rémanence dans notre inconscient collectif ? Parce qu'il « s'auto-entretient ». Il crée des comportements qui, en un second temps, le renforcent.

En fait, les spécialistes, comme d'ailleurs le public, les décideurs et les partenaires du développement, sont à la recherche, sont en attente d'un certain type de stratégies. Les principales caractéristiques en sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 14. *Les principales caractéristiques des stratégies attendues par certains acteurs : spécialistes, décideurs et partenaires du développement.*

Les stratégies qui répondent aux attentes des acteurs :

- sont centrées sur une logique simple et reproductible, faciles à transmettre et à comprendre, et correspondent aux attentes culturelles des différents acteurs ;
- sont basées sur des réussites historiques et toujours valables (au moins dans un domaine spécifique comme les maladies infectieuses) ;
- permettent une grande visibilité (ces stratégies intéressent les médias, la presse ce qui entraîne l'appui du public et des hommes politiques) ;
- favorisent la consommation de ressources importantes et de préférence dans le Nord : vaccins, traitements, procédures techniques (ce qui entraîne l'appui du monde financier, commercial et des hommes politiques) ;
- facilitent la justification humanitaire des intérêts politiques, économiques, scientifiques et personnels des différents acteurs (principalement du Nord) ;
- assurent une meilleure visibilité des relations de pouvoir entre les acteurs (ce qui permet à un acteur, le partenaire du développement, le décideur, de dominer les autres et donc de se reconnaître comme puissant) ;
- facilitent le contrôle administratif et financier des activités ;
- permettent une certaine compétition entre partenaires du développement et donc un certain activisme (qui nous donne l'illusion d'améliorer nos compétences).

Il faut remarquer que le paradigme pasteurien est extrêmement renforcé par les médias, la presse, la gestion de l'information qui donnent trop souvent la priorité à l'aspect sensationnel d'une découverte technique.

Dans le monde scientifique, deux facteurs supplémentaires renforcent la permanence du paradigme pasteurien : les rituels de la transmission transgénérationnelle (voir le chapitre 2) et la transmission par la formation professionnelle (voir le chapitre 3). À ce sujet, la fonction symbolique de la relation père-fils est extrêmement présente dans le monde scientifique médical : besoin et reconnaissance d'un « père scientifique » pour montrer le chemin, besoin d'une « filiation scientifique » (et parfois spirituelle) pour que l'œuvre et le père scientifique soient reconnus. Les comportements individuels influencent (déterminent ?) nos comportements en tant que professionnels. Il serait intéressant d'analyser les liens entre les paradigmes professionnels et la psychologie masculine (et féminine ?), mais aussi de mieux comprendre leurs relations plus qu'étroites avec la recherche et l'exercice du pouvoir¹⁶⁰. La psychologie masculine et ses archétypes (Corneau, 1989) nourrissent le paradigme pasteurien et réciproquement. Si l'Histoire avait connu une Louise Pasteur et non pas un Louis Pasteur, le malade aurait sans doute reçu plus d'attention et aurait été mieux reconnu comme acteur¹⁶¹ !

160. Le livre de Friedman (2002) qui analyse les motivations et la dynamique du pouvoir chez les hommes politiques montre que de nombreux rapprochements peuvent être faits avec les professionnels de la santé, notamment le côté narcissique, le besoin de reconnaissance et la difficulté d'accepter les contradictions et les contraintes.

161. Une enquête menée en France et présentée par la revue *Psychologie* d'octobre-novembre 2002 semble confirmer cet avis : plus de 94 % des individus interrogés estiment positive la féminisation récente de la profession médicale. Faut-il croire que les prestataires de santé de sexe féminin sont mieux à même d'offrir une meilleure écoute, une meilleure qualité relationnelle aux patients que leurs *alter ego* masculins ?

Au Nord, l'évolution récente de la formation professionnelle des généralistes va dans le sens du renforcement du paradigme systémique mais ce n'est pas le cas pour les spécialistes. Cette évolution récente est hélas encore trop souvent absente dans les facultés de médecine du Sud.

Lors des stages en milieu hospitalier, la formation médicale non seulement renforce le paradigme pasteurien (voir le chapitre 3), mais surtout ne permet pas au paradigme systémique d'être intégré dans la formation professionnelle. Dès lors, ses valeurs ne pourront pas s'implanter dans l'inconscient (et *a fortiori* encore moins dans le conscient) des professionnels de la santé. Les bénéfices personnels d'une dynamique de travail d'équipe, la richesse de l'expérience de l'accompagnement des mourants... sont des opportunités, des occasions perdues à un moment où la culture médicale, expérience par expérience, est en train de s'implanter, de se former dans l'esprit des futurs professionnels de la santé. Le paradigme systémique n'est pas assez nourri et donc le paradigme pasteurien peut envahir la place laissée libre dans le champ professionnel mais aussi culturel ! Il faut en effet se rappeler que les paradigmes ont par essence une dynamique propre : celle de diffuser et d'occuper l'espace laissé libre. L'occasion d'une saine confrontation entre paradigmes est perdue et une réelle complémentarité sera difficile à développer. Dans ce sens, l'acquisition de nouvelles expériences et donc de nouvelles compétences permet justement à l'acteur (quel qu'il soit) de se mettre en perspective par rapport à son propre paradigme dominant, d'en restreindre le champ de diffusion et donc de laisser de la place aux valeurs portées par un nouveau paradigme.

Pourquoi les confrontations entre les tenants des deux paradigmes sont-elles parfois tellement fortes ? Parce que la notion de paradigme est étroitement liée aux valeurs de référence et donc à la personnalité des individus. Toute mise en question de

nos paradigmes va déstabiliser, ébranler notre personnalité et produire en retour une réaction affective, émotionnelle. Une autre raison est plus spécifique au corps médical. Dans un corps professionnel basé sur une cohésion interne forte, cohésion d'autant plus nécessaire que la vision charismatique du corps médical est fortement remise en question (voir chapitre 3), l'apparition d'un nouveau paradigme sera conflictuelle car perçue comme une dissidence affaiblissant l'aura du corps médical. Finalement, une dernière raison (mais peut-être la plus importante) est liée au pouvoir. Dans l'approche systémique, les professionnels ne se situent pas dans un ordre hiérarchique aussi rigide et établi que dans le paradigme pasteurien et certains membres du corps médical peuvent se sentir menacés car en rupture de pouvoir.

Un exemple d'une confrontation entre scientifiques vécue récemment dans le domaine de la biologie fera mieux comprendre la réalité et l'omniprésence de ce débat. Nous reprenons ci-dessous de larges extraits des notes de Jean-Paul Baquiast (2002)¹⁶² sur le livre de Jean-Paul Escande (1999), *La vie, mystère et raison. Comprendre l'infection, comprendre le cancer*.

« Diplômé d'immunologie (institut Pasteur), Jean-Paul Escande est aujourd'hui professeur de dermato-vénérologie à l'hôpital Cochin-Tarnier... Dans une première version du livre, publiée en 1997 sous le titre *Biologies*, Jean-Paul Escande exposait déjà son insatisfaction devant le piétinement des recherches sur le cancer. Une nouvelle édition (*La vie, mystère et raison...*) précise les raisons concrètes pour lesquelles ce livre fut écrit : dénoncer la suffisance des scientifiques établis dans un paradigme donné, et qui refusent toute crédibilité à ceux cherchant de nouvelles voies de recherche, même s'il apparaît que ce paradigme ne permet plus à la science d'avancer.

162. Ces notes de Baquiast ont été publiées dans le journal *Les automates intelligents. Robotique, vie artificielle, réalité virtuelle*, n° 25. Disponible sur le site : www.admiroutes.asso.fr/larevue/2002/25/escande.htm.

Rappelons en quelques mots de quoi il s'agit. Jean-Paul Escande avait eu, il y a déjà plus de quinze ans, l'intuition, vérifiée par les travaux de son laboratoire de bactériologie sur certaines tumeurs animales, que le paradigme dominant, celui de la biologie moléculaire (pour qui l'ADN est le seul moteur du développement cellulaire), ne permettait pas de voir que le cancer était aussi un tissu survenant au sein d'un organe lui-même constitué de tissus. Pour comprendre le développement du tissu cancéreux, notamment sa vascularisation dramatique (la néoangiogenèse), il fallait développer une biologie tissulaire qui manque encore – biologie tissulaire qui pourrait également mieux faire comprendre le vieillissement artériel et d'autres phénomènes affectant l'organisme vu d'une façon plus holistique. Dans cette approche, la biologie tissulaire ne devait pas se substituer à la biologie moléculaire mais représenter le deuxième moteur, interagissant avec celle-ci pour expliquer les développements normaux et pathologiques. La cellule cancéreuse, issue de l'hôte, transformée pour diverses et nombreuses raisons, n'est pas encore le cancer, nous explique-t-il. Elle n'est encore, selon l'expression de l'auteur, qu'un « clone cancéro-compétent ». Elle ne devient dangereuse qu'au moment où elle entre en symbiose avec les cellules du tissu sain (cellules endothéliales), acquiert ce faisant de nouvelles propriétés et donne un nouveau tissu qui, lui, est le cancer... Dans son laboratoire, Jean-Paul Escande avait identifié un produit fabriqué par la tumeur EHS de la souris, le « matrigel » comme matériel intercellulaire de la cellule qu'il fallait « fausser » pour freiner sinon arrêter le processus cancéreux. D'une bouillie de bactéries provenant de son laboratoire de bactériologie, l'équipe put isoler un champignon paraissant générer des « activités de type anticancéreux ». Il fallait isoler les molécules correspondantes pour en obtenir la formule chimique précise et commencer des essais animaux. Or, c'est là que Jean-Paul Escande nourrit une colère que l'on peut facilement partager. Les quelques crédits nécessaires pour recruter un chimiste et un informaticien lui furent refusés par la

communauté des spécialistes du cancer, qui eurent vite fait de décourager d'éventuels sponsors en expliquant, sans chercher à la comprendre, que la voie proposée était sans issue – sans doute parce qu'elle les aurait obligés à remettre en cause leurs certitudes. Les molécules susceptibles d'avoir un effet de frein sur le développement des tissus cancéreux ne furent donc pas analysées, et les essais ne purent donc pas commencer. Nous n'avons aucune compétence médicale pour juger de la pertinence de l'hypothèse de Jean-Paul Escande...

... Quoi qu'il en soit, on ne peut que s'indigner de voir que, dans une situation où, comme il dit, les malades continuent à mourir, toutes les voies possibles n'aient pas été explorées. On comprend bien que la communauté médicale refuse des solutions miracles proposées par tel charlatan mais ce n'est pas le cas ici. Jean-Paul Escande fait partie de l'élite médicale. Son seul tort, semble-t-il, est de se mêler de cancérologie, sans s'abriter sous le parapluie de la biologie moléculaire, alors qu'il vient de l'immunologie et de la dermatologie. Voici un effet parmi d'autres du cloisonnement, non seulement des disciplines mais surtout des esprits, que l'on retrouve en médecine comme ailleurs.

Aujourd'hui, l'auteur nous a confié que les recherches sur les molécules précédemment isolées par lui allaient pouvoir repartir. Souhaitons-le, mais ce seront quand même quatre années de perdues, avec peut-être l'opportunité pour la recherche médicale étrangère de prendre l'initiative dans un domaine particulièrement décisif. »

Cette expérience vécue et dénoncée par Escande est intéressante car elle montre comment le paradigme pasteurien, devenu trop fusionnel, peut engendrer un rétrécissement du champ de la pensée et devenir ainsi contre-productif. Cet exemple de combat entre paradigmes est aussi particulièrement intéressant pour sa virulence mais aussi parce que, survenant au sein d'une même science fondamentale, la biologie moléculaire, il montre

que le débat et la confrontation de paradigmes dépassent de loin l'habituel antagonisme entre sciences fondamentales et sciences sociales.

Au-delà de la confrontation, la recherche d'une nécessaire complémentarité

Le problème, et donc l'urgence, n'est pas tant l'existence de deux paradigmes et leur confrontation, car cette confrontation peut être et doit être source d'enrichissement et de progrès mais leur manque de complémentarité et de spécificité que nous observons trop souvent.

Un manque de spécificité car, comme nous l'avons vu, le paradigme pasteurien envahit par ses instruments et ses méthodes le champ d'intervention du paradigme systémique, et empêche ce dernier de se développer, de fonctionner et donc de nourrir et d'être complémentaire au paradigme pasteurien. Cette réalité, cette dualité mal gérée, est vraie dans d'autres domaines que la santé notamment dans l'éducation et dans la science économique (Morin, 1999).

Un manque de complémentarité car les tenants, les spécialistes des deux paradigmes ont tendance soit à se dénigrer soit, plus grave, à s'ignorer. Il est pourtant évident que le progrès humain et l'avancée de la science nécessitent la recherche active d'une complémentarité entre ces deux paradigmes. Quel est l'intérêt de produire des antirétroviraux contre le sida (paradigme pasteurien), si des systèmes de santé capables d'assurer un suivi de qualité et la prise régulière des médicaments par les malades (paradigme systémique) n'existent pas? Et inversement!

Dans le paradigme pasteurien, la priorité sera de guérir les malades par la mise au point de traitements: médicaments, vaccins, etc. Mais, ces « interventions externes » permettent

implicitement au médecin de ne pas écouter son patient et confortent sa situation de pouvoir. Il oubliera ainsi d'écouter son patient, écoute qui, pourtant, peut aider l'autoguérison, peut aider à l'autonomisation des patients. À ce point de vue, les médicaments, les interventions externes sont donc des procédures qui peuvent avoir tendance à déposséder les individus et à les déresponsabiliser. Pour cette raison aussi, il faut recourir au paradigme systémique mais il faut lui donner le temps et les ressources nécessaires.

Le concept de paradigme a pour caractéristique première d'être fusionnel, c'est-à-dire d'être étroitement imbriqué dans nos valeurs culturelles, dans notre personnalité. Le problème qui se pose dès lors est de pouvoir trouver des situations, des projets, des activités qui, au-delà d'une opposition stérile, permettent aux deux paradigmes de se nourrir de leur complémentarité et de construire de nouvelles dynamiques grâce à leurs différences. Il faut trouver des occasions pour mettre les scientifiques, les futurs médecins en perspective par rapport à leur propre paradigme pasteurien et leur donner l'envie de découvrir les valeurs du paradigme systémique. Ils auront ainsi l'occasion de découvrir un autre sens dans leur profession, ce qui au début, pourra les déstabiliser. Mais dans un second temps, cette ouverture de nouveaux horizons et l'enrichissement associé vont permettre à chacun, soit de changer de paradigme soit de renforcer le paradigme préexistant. Mais cette fois-ci, non pas par mécanisme transgénérationnel ou par imitation mais par appropriation consciente des valeurs associées à chacun des paradigmes.

Pour réaliser cette mise en perspective, nous proposons des interventions à mettre en relation avec les propositions plus détaillées du chapitre 6. La première étape sera de donner l'occasion aux scientifiques, aux futurs médecins de se confronter aux valeurs du paradigme systémique. Différentes alternatives sont possibles et doivent être choisies en fonction du contexte, des spécificités professionnelles et des attentes de

chacun. Le tableau 15 présente une liste, bien sûr non exhaustive, d'interventions possibles.

Tableau 15. *Liste (non exhaustive) d'interventions visant à renforcer le paradigme systémique.*

- Réaliser des conférences sur la confrontation des paradigmes.
- Introduire dans la formation médicale, un cours sur les paradigmes pasteurien et systémique.
- Permettre aux étudiants de vivre des situations où les valeurs du paradigme systémique peuvent être intégrées positivement : interviews au domicile des patients, participation à des recherches systémiques (comme l'étude des déterminants non médicaux des maladies, les études de genre, etc.).
- Faire lire et discuter des articles, des études, des livres qui vont permettre aux professionnels de se mettre en perspective – par exemple la lecture du livre *L'hôpital en question(s)* de Gonnet (1992), des témoignages de patients (Poultier, 1982), de soins palliatifs (Kübler-Ross, 1996; Van Eersel, 1999).
- Discuter des textes centrés sur le paradigme systémique. Dans le domaine de la santé, les documents de la conférence d'Alma-Ata (OMS, 1978), dans le domaine des organisations citoyennes du Sud, le document d'Enda Graf Sahel, *Réinventer le présent, quelques jalons pour l'action* (Seyni Ndione, 1994), dans le domaine du développement durable, le manifeste de l'Alliance¹⁶³ pour un monde responsable, pluriel et solidaire (Alliance, 1994), etc.
- Permettre aux étudiants et stagiaires de vivre des expériences fondamentales qui vont structurer leur personnalité

163. Voir aussi les sites de l'Alliance, www.alliance21.org/fr et du Forum social mondial, www.forumsocialmundial.org.br/home.asp.

dans le sens des valeurs du paradigme systémique : accompagnement des mourants, stage dans des structures sociales...

- Prévoir un encadrement psychologique pour permettre aux médecins stagiaires d'exprimer leurs émotions au lieu d'épaissir leur carapace affective.
- Par des recherches spécifiques, augmenter nos connaissances dans les domaines du paradigme systémique : recherche sur les systèmes de santé, recherche sur les situations de résilience individuelle et communautaire, recherche action formation (voir chapitre 6), etc.
- Organiser pour les jeunes (18-25 ans) des voyages-rencontres dans les sociétés du Sud et pour les futurs médecins des stages obligatoires dans les hôpitaux du Sud et dans des milieux culturels et socio-économiques différents.
- Inviter des experts du Sud pour des missions de consultations dans le Nord et y faire participer la presse.
- Etc.

Par cette approche, les différents acteurs pourront, petit à petit, expliciter leur paradigme, leur cadre de référence et vérifier si les interventions proposées, les projets identifiés sont oui ou non compatibles avec leurs valeurs.

6. Que faire ? Quelles solutions proposer ?

Nous avons le pouvoir de changer la situation !

Au niveau « macro », nous avons vu que l'environnement socio-économique et politique (crise économique, dette, ajustements structurels) est un des déterminants majeurs des dysfonctionnements des systèmes de santé. Il peut sembler difficile de s'opposer à la mondialisation et à ses effets pervers sur les systèmes sociaux. Et pourtant, le plus grand piège à éviter est celui de notre impuissance, comme de nombreux acteurs voudraient nous le faire croire. Nous avons la capacité et le pouvoir de transformer cet environnement. Nous avons de nombreux instruments multiples et variés pour faire valoir nos opinions, nos désirs, nos besoins : mises en réseaux, alliances, mouvements citoyens, manifestations, revendications, exigences de transparence...

Même si parfois ils sont temporaires et éphémères, ces réseaux, ces alliances laissent en nous, en nos esprits, des traces

indéniables: un mieux-être, une plus grande autonomie... Un pas, si petit soit-il, vers une humanité plurielle plus belle ! Nous sommes puissants parce que les acteurs en face de nous, centrés sur la seule motivation d'un profit maximum à court terme, sont fragiles. Depuis plus de vingt ans, différents procès (procès Nestlé, ITT) ont montré la fragilité de ces grandes compagnies internationales, colosses aux pieds d'argile. Le récent procès intenté par différentes firmes pharmaceutiques contre l'Afrique du Sud pour l'empêcher de produire des médicaments antirétroviraux le confirme à nouveau. Des mouvements citoyens mis en réseaux ont pu obliger les plus grandes firmes pharmaceutiques internationales à abandonner le procès intenté trois ans plus tôt (Rivière, 2001). Ces mouvements citoyens¹⁶⁴ ont pu ainsi assurer que le droit à l'accès aux médicaments antirétroviraux soit maintenu dans les accords de Doha portant sur l'organisation mondiale du commerce. « Il faut poursuivre le combat avec des éclats de rire. Parce que le rire, c'est le terrorisme pour une société basée uniquement sur le pouvoir » (Dario Fo)¹⁶⁵.

L'émergence, ces dernières années, de ces mouvements citoyens « altermondialistes », peut être considérée comme la mise en place d'un nouveau mouvement politique, d'un nouveau parti international et intersectoriel fonctionnant en réseau, du local au global et du global au local. Cette nouvelle approche d'un « parti politique international multipolaire » est sans doute une réponse pertinente et adéquate à la supranationalisation des mécanismes d'échange, d'économie et de pouvoir financier. Nous pouvons donc mettre en place d'autres formes de « contre-terrorisme » par rapport aux détenteurs d'un pouvoir absolu : l'augmentation de la mise en réseaux des acteurs du Sud

164. Voir le site : www.mondialisation.be.

165. Propos recueillis par Christian Losson, « Ruée à la kermesse aux idées. Récit de trois jours d'affluence et de débats à Florence », quotidien *Libération*, 11 novembre 2002.

et du Nord, une contre-publicité, une plus grande justice et la mise en procès des injustices les plus flagrantes. Nous pouvons améliorer notre capacité à construire sans leurs interventions, sans leurs financements... puisque eux aussi sont très sensibles à cette symbolique du regard et de la reconnaissance... et à leur image de marque !

Nous devons apprendre à lutter contre les lobbies européens (plus de 10 000 consultants actifs basés à Bruxelles et dont la profession est d'influencer les lois et les directives de la commission européenne) et en tout cas exiger une plus grande transparence de leurs activités¹⁶⁶.

Au Nord comme au Sud, les systèmes sociaux comme la santé, l'éducation, la justice sont par essence très fragiles. Sans investissements suffisants, ces systèmes craquent de tous côtés. Il faut non seulement faire le constat du manque de ressources mais également des problèmes liés à l'autorégulation des systèmes sociaux : perte de la morale et de l'éthique professionnelle, croissance d'un individualisme forcené...

La question qui se pose dès lors est la suivante : qu'est-ce qui peut être fait devant la dislocation des systèmes sociaux ? Comment réinvestir dans les systèmes de santé ? Comment les « renourrir » par une éthique et une morale professionnelle et sociale de qualité ?

Posons le problème

Dans le domaine de la santé, la réponse aux niveaux « macro » et « méso » est simple : assurons la coexistence des deux paradigmes pour développer en même temps leur complémentarité

166. Notamment grâce à l'intervention d'organisations comme le Corporate European Observatory (CEO), institut de veille sur les lobbies, créé à Amsterdam par des juristes et des économistes.

et leur spécificité! Dans la situation actuelle cela signifie: un renforcement généralisé du paradigme systémique et une redéfinition plus étroite du champ d'intervention du paradigme pasteurien. Bien sûr, comme, par essence, les paradigmes font partie de l'inconscient collectif et de la culture dominante, cela prendra du temps. Oui, mais comment initier ou accélérer ce processus de changement? Par définition, le paradigme systémique n'a pas de solutions toutes faites, standardisées, universelles! Alors impasse? Oui et non!

À la fin du chapitre 5, nous avons proposé quelques pistes concrètes pour les professionnels de la santé. Mais que faire pour les autres acteurs des systèmes sociaux? Il n'y a pas de recettes mais certains aspects, que l'on retrouve de façon constante dans diverses situations et expériences, peuvent nous servir de principes, d'éléments de réflexion. Des principes pour nous guider, nous aider à réfléchir, à mieux appréhender les systèmes complexes que nous essayons de modifier, d'améliorer. Des principes pour assurer une meilleure coexistence entre les deux paradigmes.

Que faire?

En paraphrasant Nietzsche¹⁶⁷, nous pourrions proposer deux priorités:

- ne plus jamais proposer d'interventions qui n'ont pas leur place pour construire le puzzle, « l'image qui illuminera » les acteurs du développement;

- ne plus jamais écrire de projets qui ne renforcent l'auto-estime et l'autonomie des acteurs.

Que faire? La question est vaste et complexe. Il n'est pas simple de se détacher du mode de pensée pasteurien dont les bases, à la fois simples et logiques, permettent une grande visibilité des pouvoirs sociaux, politiques et économiques

167. Et son aphorisme: « Ne plus jamais rien écrire qui ne désespère l'espèce des hommes « pressés » (Nietzsche, 1886).

préexistants. Il ne faut pas non plus oublier l'aspect transgénérationnel de ce paradigme, son ancrage culturel évident et son renforcement grâce aux caractéristiques actuelles de la formation professionnelle. Il s'agira donc de développer une stratégie diverse et agissant à de multiples niveaux.

Une bonne question peut être la suivante : comment expliquer que certaines interventions, qui ont défié le paradigme existant, n'ont pas pu réussir à prendre le relais (l'échec relatif de la conférence d'Alma-Ata et de la stratégie des soins de santé primaires, par exemple). L'autre interrogation, symétrique à la première, est d'identifier les mécanismes qui pourraient favoriser l'émergence d'un autre mode de pensée, l'approche systémique, et qui lui permettraient de prendre auprès de l'ancien, la place qui lui revient.

Les axes d'une stratégie idéologique

Parmi ces raisons, on peut au minimum identifier les facteurs suivants.

– Le combat idéologique entamé dans les sphères intellectuelles (scientifiques et académiques dans ce cas-ci) doit déborder de ce monde clos et déboucher dans le monde quotidien, comme en son temps, Pasteur avait si bien réussi à le faire.

– Le paradigme ancien doit être défié intelligemment : il faut mettre en exergue ses défauts évidents et expliquer leurs origines, identifier dans ses succès les effets pervers à moyen et à long terme. Mais aussi reconnaître ses succès et ses responsabilités¹⁶⁸ et le renforcer dans ses potentialités positives.

– Il faut pouvoir convaincre le monde scientifique, le monde politique et le public en général de l'intérêt, de la nécessité de faire coexister les deux paradigmes, même si une période de transition, déstabilisante, est à prévoir.

168. La « responsabilité » du paradigme pasteurien est de nous inventer aussi vite que possible un vaccin antisida efficace à 100 %, un traitement de la tuberculose qui ne dure qu'une semaine et pas six mois, etc.

– Pour éviter la force du mécanisme transgénérationnel, il est urgent de penser dès maintenant aux acteurs de demain et notamment d'intervenir dans la formation médicale et assurer, au Nord comme au Sud, une plus grande ouverture des jeunes à l'approche systémique.

– Il est important de montrer en quoi et dans quelles situations le paradigme systémique a une plus grande justification et une meilleure pertinence que le paradigme pasteurien. Montrer que l'approche systémique est également incontournable dans d'autres domaines que celui de la santé : éducation, environnement, agronomie, etc.

– Les mots-clés qui résument le paradigme systémique doivent être mis en avant et explicités par des actions précises. Le paradigme systémique est égal à : ouverture d'esprit, formation professionnelle globalisante, intégrant les aspects techniques (c'est-à-dire les réussites évidentes du paradigme pasteurien) et les aspects systémiques, mises en réseaux pour améliorer l'efficacité des interventions et du développement en général.

– Au niveau politique et dans le cadre de la planification des systèmes de santé, il s'agira d'organiser et de structurer l'approche de bas en haut et sa rencontre avec l'approche de haut en bas. Ces deux approches, ces deux paradigmes, sont nécessaires mais doivent être complémentaires.

– Au point de vue administratif, une administration aidante, soutenance et pas seulement contrôlante sera nécessaire. Ce qui demande une modification des structures administratives et de leur propre cadre de référence. Il faudra prévoir des modalités plus souples : notamment libérer des lignes budgétaires et les réserver pour les initiatives des acteurs, prévoir des fonds souples débloqués sur un contrat de confiance et contrôlés en milieu et à la fin du projet. Il faudra aussi accepter que le plan budgétaire s'adapte à la réalité et pas l'inverse : ne plus trouver des « problèmes aux solutions » mais des solutions aux problèmes ! Partir de l'expérience vécue des acteurs, quelle qu'elle soit et de là les amener à une meilleure compréhension de leur implication dans

le système et à une plus grande autonomie. Prévoir et budgétiser des évaluations postprojets (par exemple 2 et 5 ans après la fin des activités). Ce qui aura résisté au temps et donc ce qui aura été approprié par les acteurs sera intéressant et précieux en termes de connaissances et de compétences pour de nouveaux projets.

Une stratégie multiple et à différents niveaux

Essayons de structurer cette réflexion et d'organiser nos propositions selon quelques axes principaux. Nous en avons identifié huit qui ensemble, forment un cadre de référence. Ces principes sont résumés dans le tableau ci-dessous. Dans les paragraphes suivants nous présenterons les principes qui doivent améliorer la réussite d'une intervention. Nous les décrirons en quelques lignes (et donc forcément de manière un peu caricaturale) et nous ferons quelques propositions pour améliorer la situation. N'oublions pas que ces principes s'appliquent aux systèmes (santé, éducation, justice, environnement...) où les enjeux sociaux – et donc les relations entre les acteurs – sont prépondérants.

Tableau 16. *Principes de réussite d'une intervention dans les systèmes complexes (santé, éducation, environnement).*

Pour augmenter ses chances de réussite, il faut qu'un projet, ou tout autre type d'intervention sur les systèmes complexes, réponde aux caractéristiques suivantes.

1. *Il est approprié par les acteurs directs, parce qu'il :*

- renforce l'auto-estime et l'autonomie des acteurs ;
- est centré sur un problème déjà perçu par les différents acteurs ;
- est adapté aux compétences des acteurs et, si nécessaire, les modifie ;

- apporte un bénéfice direct aux principaux acteurs (patients et prestataires);
- pourrait apporter une solution pérenne.
- 2. *Il est adapté au contexte culturel, socio-économique et politique.*
- 3. *Il reçoit l'appui des autres acteurs parce que les intérêts des décideurs, des spécialistes, des partenaires du développement, des politiciens sont pris en compte.*
- 4. *Il bénéficie d'instruments simples, efficaces et adaptés au contenu de l'intervention :*
 - l'administration est au service du projet (et pas l'inverse !);
 - par sa souplesse, le projet s'adapte à la réalité changeante (et pas l'inverse !).
- 5. *Il permet aux acteurs d'apprendre de façon constructive :*
 - en créant un climat positif, de confiance (humour, convivialité), en favorisant l'émergence de nouvelles dynamiques entre les acteurs (résilience).
- 6. *Il sert d'exemple, c'est-à-dire que le projet doit être :*
 - visible (on en parle: changement de comportement des acteurs);
 - facile à reproduire (le mieux: la « diffusion spontanée » par l'exemple);
 - on peut en tirer des leçons (un échec est parfois plus important qu'une réussite, si on comprend les raisons de cet échec).
- 7. *À moyen et long termes, il maximalise les bénéfices indirects et minimalise les effets pervers (approche centrée sur le processus).*
- 8. *Il est porteur d'éthique et de morale sociale et individuelle (ex.: l'argent chaud).*

Explicitons brièvement ces différentes caractéristiques.

1. Le projet est approprié par les acteurs directs

Un projet aura une meilleure probabilité de réussir ce challenge lorsqu'il remplit les conditions suivantes:

- il renforce l'auto-estime et l'autonomie des acteurs ;
- il est centré sur un problème déjà perçu par ceux-ci;

- il est adapté aux compétences des acteurs et, si nécessaire, les modifie ;
- il apporte un bénéfice direct aux principaux acteurs (patients et prestataires) ;
- il pourrait apporter une solution réelle et pérenne.

« Ne plus jamais écrire de projets qui ne renforcent l'auto-estime et l'autonomie des acteurs ». Et si le sceau du développement résidait dans la mise en confiance des acteurs ? Comment leur rendre cette fierté ?

« Qui nommes-tu mauvais ? – Celui qui veut toujours faire honte. »

« Quel est le sceau de la liberté acquise ? – Ne plus avoir honte de soi-même. »

« Qu'y a-t-il pour toi de plus humain ? – Épargner la honte à quelqu'un » (Nietzsche).

Dans le domaine de la coopération, nous faisons exactement le contraire. Les gouvernements du Sud sont honteux d'être des assistés permanents et de tendre la main. Les professionnels de la santé sont honteux d'être forcés à la malhonnêteté professionnelle et les patients, notamment les femmes (et plus particulièrement les femmes enceintes), sont honteux d'être traités sans considération, sans respect, parfois comme du bétail !

Dans le développement, la pire agression est de dépouiller les acteurs de leur responsabilité, de leur autonomie, de leurs connaissances et de leurs compétences. Or, trop souvent, nous donnons l'impression que c'est le Nord qui possède les connaissances, le savoir, les compétences et que le Sud doit juste être le réceptacle de cette connaissance et n'a rien à nous apporter. Les stratégies de « bonne gouvernance » récemment mises en place avec le concept de sélectivité¹⁶⁹ sont sans doute l'exemple de cette approche menée à ses ultimes conséquences. Les pays, les

169. C'est-à-dire choisir les pays les mieux à même de recevoir l'aide, sur la base de leur capacité à répondre aux critères établis par le partenaire.

gouvernements qui montreraient une quelconque résistance seraient dorénavant écartés du bénéfice de la coopération au développement. La bonne gouvernance permettant donc aux partenaires du développement d'avoir une plus grande marge de manœuvre, un plus grand espace d'intervention, pour imposer leur culture, leurs modalités, leurs outils de développement et, finalement, leur vision économique et politique.

La confiance en soi, l'autonomie, l'estime de soi-même sont des valeurs centrales pour assurer le développement individuel mais aussi pour sauvegarder la cohésion communautaire (Seyni Ndione, 1994)¹⁷⁰. L'aphorisme de Nietzsche, « deviens qui tu es », est peut-être la meilleure définition que l'on puisse donner du développement, le « tu » pouvant être un individu ou une communauté. Mais l'estime de soi dépend aussi du regard de l'autre. Dans nos relations avec autrui, nous avons un *a priori* sans doute culturel de nous centrer avant tout sur les différences, les obstacles, les fossés qui nous séparent, sans mettre en relief les points qui nous rassemblent. Il faut donc rétablir une stratégie d'« éloge de la différence » où les divergences seront minimisées, les différences de vues traitées comme potentiel d'apprentissage et notre attention, nos stratégies centrées sur les points communs qui nous rassemblent.

Dans notre intérêt, et pour aider le Sud à retrouver confiance en lui, il serait urgent d'adopter une démarche proactive pour la création d'une coopération Sud-Nord¹⁷¹. De façon spécifique, un apport du Sud au Nord peut être une meilleure compréhension et un appui à la résolution des problèmes liés à

170. Voir aussi le site Georg Simmel Online : www.socio.ch/sim/bio.htm et le site de l'association Bridge : www.ibe.unesco.org/International/ICE/bridge/Francais/index.html.

171. Coopération Sud-Nord qui serait financée par le Nord, puisque c'est lui qui en profiterait directement.

l'immigration : quels sont les tuteurs de résilience¹⁷², basés sur les échanges de savoir et la culture, qui peuvent être mis en place et développés pour faciliter l'immigration et l'intégration dans le bon sens du terme ? Le « Réseau réciprocity des relations Nord-Sud » a publié en 1999, aux éditions Charles Léopold Mayer, un livre, *Savoirs du Sud. Connaissances scientifiques et pratiques sociales : ce que nous devons aux pays du Sud*, qui présente brièvement toute une série de situations de codéveloppement entre le Nord et le Sud : échange mutuel de connaissances, confrontation positive des façons de penser et d'organiser les sociétés. Près de trente expériences sont présentées dans des domaines aussi variés que la médecine, l'agronomie, le développement urbain, l'architecture, l'écologie, la sociologie, les méthodes pédagogiques, les financements et le système de crédits, les institutions politiques, etc. Dans toutes ces expériences, les mêmes bénéfices sont rapportés : l'enrichissement personnel au Nord comme au Sud, le renouveau des pratiques, l'avancée des connaissances, la dignité et l'auto-estime de chacun des partenaires, la diminution des préjugés et, finalement, le plus important : le formidable enrichissement que permet la diversité des cultures (Réseau réciprocity des relations Nord-Sud, 1999).

De même, les expériences de résilience en Amérique latine (Rodriguez Peña, 2001), en Afrique et en Asie (Fozzard, 2001) sont riches d'enseignements pour les communautés du Nord, soumises aux mêmes problèmes de violence, de marginalisation, de déstructuration sociale et culturelle. Il serait intéressant d'intégrer dans les nouveaux projets la notion de résilience comme sujet de recherche. L'intérêt est de mieux comprendre pourquoi et comment certaines familles, certaines communautés confrontées à des situations complexes et parfois extrêmes –

172. La résilience est définie comme la capacité d'une personne ou d'un groupe à bien se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères (Manciaux, 2001).

comme le cas des victimes de la guerre du Mozambique qui, torturés, ont trouvé refuge dans des camps en Zambie (Fozzard, 2001) – peuvent survivre et continuer à se développer et d'autres pas. L'intérêt d'une telle approche est double : partir des expériences positives des populations et ne pas réinventer la roue. La probabilité d'appropriation est par essence élevée, car ce type d'approche favorise l'estime de soi des communautés et les responsabilise.

Un autre exemple d'apprentissage que le Sud peut nous faire redécouvrir, c'est la notion de réciprocité, d'altérité : « Je reçois donc j'existe, je donne donc je suis respecté » (Seyni Ndione, 1994). On peut identifier les transgressions de ce principe de base dans les relations humaines et notamment dans le monde médical et les systèmes de santé où, trop souvent, aucune réciprocité n'existe. Tout est centré en termes de relations humaines sur le mode : « Je donne¹⁷³ et vous me devez le respect ». Comme nous l'avons vu, cette attitude répétitive pendant la formation médicale peut conduire à l'inflation de l'ego des futurs médecins, ego qui, sur le terrain, se traduira par une surprescription, par le recours par les prestataires à la dernière molécule la plus coûteuse, par le retranchement derrière un jargon médical pour dissimuler son impuissance, ou encore par l'incapacité de transmettre une information pertinente assurant une plus grande autonomisation des individus et des communautés.

Trop souvent la coopération a tendance à proposer des outils simples ou sophistiqués mais qui ignorent les soucis quotidiens des acteurs et des prestataires de soins. L'exemple des organigrammes qui stérilisent le contact entre patients et prestataires est illustratif de cette situation. Il faut donc beaucoup plus

173. Le « je donne » incluant la transmission d'un savoir mais aussi et surtout l'initiation aux procédures et rites professionnels et académiques, « vous dépendez de moi pour votre carrière future ».

souvent partir du vécu des agents de santé, des populations, de leur façon de percevoir la qualité des soins et des services et répondre à leurs priorités : regarde-moi, accueille-moi avec respect, informe-moi correctement, permets-moi d'accoucher en présence d'un membre de ma famille... Nos propositions, nos projets se limitent à la fourniture de techniques, de produits dans une approche verticale. Leurs attentes et nos offres ne se rejoignent pas.

En revanche, des projets de démonstration peuvent faciliter l'appropriation par les différents acteurs et leur redonner confiance dans leurs propres capacités. Dans cette approche, l'instrument projet n'est pas utilisé comme vecteur de développement mais permet de tester des hypothèses, d'essayer des interventions, de mieux comprendre le comportement des acteurs, les résistances et les facteurs facilitants. L'approche « projet de démonstration » permet de montrer ce qui est possible et de proposer aux acteurs de décider en connaissance de cause. Si l'hypothèse est de démontrer qu'une autre approche des structures de santé en milieu urbain est possible (par exemple des centres de santé polyvalents avec maternité et laboratoire et centre d'animation et de rencontre), à côté des hôpitaux existants, alors il sera pertinent de commencer par un projet de démonstration sur deux ou trois quartiers pour tester cette hypothèse, laisser le temps aux populations de réagir et de s'approprier ou non la démarche. L'erreur serait de vouloir en une fois couvrir l'ensemble des quartiers urbains de ce type de nouvelles structures, ce qui implique une approche exogène et une planification¹⁷⁴ de haut en bas où l'appropriation par les acteurs est quasi impossible. Erreur connue mais toujours fréquente, car cette approche maximaliste permet de réaliser d'importants budgets et assure une visibilité certaine aux hommes politiques et aux partenaires du développement.

174. Pour une discussion concernant les approches exogène et endogène dans les projets, voir Seyni Ndione (1994).

Lors de la mise en place de projets, dans le déroulement des activités, nous avons tendance à ignorer, à rejeter ce que nous ne comprenons pas alors que justement ces situations sont sources d'enrichissement et de compréhension, situations inconfortables mais qui peuvent nous permettre de comprendre les réels enjeux sous-jacents, et ainsi éviter l'échec annoncé.

Pour assurer l'appropriation du projet, il faut aussi résoudre les problèmes aigus que rencontrent beaucoup de professionnels de la santé non seulement du Sud mais aussi du Nord comme les problèmes de salaire, de financement insuffisant, de reconnaissance sociale, d'éthique professionnelle, de sanctions prises mais non appliquées (dans le cas des systèmes du Sud). Il faut mettre en place un financement continu du système de santé qui ne soit pas basé sur la seule approche « projets et programmes » où, *de facto*, ce sont les priorités et les modes d'intervention des partenaires du développement qui priment sur les priorités nationales. En cela, l'approche sectorielle, c'est-à-dire le financement du secteur de la santé dans son ensemble (Cassels, 1998) et non de projets, va dans le sens d'une possible appropriation par les acteurs du Sud.

Nous devons faire la distinction entre les pauvres, c'est-à-dire ceux dont les besoins essentiels en santé, nutrition, éducation ne sont pas satisfaits, et les pauvres à notre regard, hélas ! bien plus nombreux : tous ceux que, pour une raison ou une autre, nous estimons devoir aider au lieu de les laisser librement développer leur propre potentiel. Le vrai changement commence par le regard, le processus important plus que le résultat. La façon la plus efficace de déstabiliser les individus et d'accroître leur insécurité est de les isoler de leur espace social, de leurs racines culturelles, de leurs compétences personnelles.

2. L'intervention est adaptée au contexte culturel, socio-économique et politique

Dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines, la place de la culture et son importance comme facteur de

réussite des projets de coopération sont sous-estimées. Il faut donc renforcer la culture occidentale dans sa richesse et dans sa variété (à ce point de vue, l'exception culturelle exigée par les Français lors de la mise en place de l'Organisation mondiale du commerce a toute son importance et sa justification), pour éviter sa réduction de plus en plus grande aux seuls aspects économiques et commerciaux, situation que nous avons déjà trop tendance à exporter. La sauvegarde et le renforcement de la variété et de la richesse des cultures occidentales nous permettront de mieux respecter et de renforcer celles du Sud.

De nouveau, c'est quelque chose que le Sud peut réapprendre au Nord : comment renforcer son potentiel culturel et le diversifier. Il est donc urgent pour l'avenir du Nord de protéger les communautés du Sud¹⁷⁵ pour qu'elles ne perdent pas leurs qualités culturelles, la diversité et la multiplicité de leurs échanges sociaux. Il faut éviter que les ajustements structurels ne se transforment en « ajustements culturels » (Dujardin, 2003). Un exemple concret sera sans doute plus explicite : le concept d'argent froid – argent chaud. Dans certains pays du Sud, ce concept est très présent dans les relations individuelles et sociales. L'argent chaud est l'argent qui est réchauffé par les liens sociaux et aucune personne du Sud n'essayera d'en profiter, de se l'approprier car inéluctablement il sera mis au ban de sa société, de sa communauté.

C'est l'exemple bien connu des tontines, c'est-à-dire des groupes de personnes se réunissant pour mettre en commun une partie de leurs revenus. Chacun à tour de rôle, en fonction de ses priorités et des règles spécifiques à chaque groupe, pourra utiliser le pot commun pour des achats conséquents ou des investissements. Dans ce type de structuration sociale, de partage de

175. Ce qui ne veut pas dire que les communautés du Sud ne doivent pas s'adapter, évoluer. Le défi est de réaliser cette adaptation continue sans qu'elles perdent leurs richesses, leurs diversités culturelles.

financement, il n'y a jamais de détournement, de vol, car cela signifierait la mort sociale du fautif.

En revanche l'argent froid (c'est-à-dire celui qui passe dans des budgets, dans des projets qui n'ont pas été appropriés par les acteurs du Sud – et qui n'ont donc pas été réchauffés), cet argent-là n'appartient à personne et le plus malin, le moins scrupuleux pourra donc en profiter. Cette différence de sens moral entre argent froid et argent chaud est une valeur importante du Sud que les projets devraient pouvoir utiliser. La question se pose donc du moyen de parvenir à réchauffer les financements des projets de coopération pour éviter les échecs si souvent constatés : vols, détournements, changements d'affectation des budgets, etc.

L'importance à accorder à la protection et à l'enrichissement des différences culturelles et sociales entre individus et communautés du Nord comme du Sud, comme facteur principal de développement et d'autonomie est un enjeu qui nous semble capital pour pouvoir, à long terme, assurer un réel développement.

3. Le projet reçoit l'appui des autres acteurs

« Tous nos mobiles conscients sont des phénomènes de surface : derrière eux se déroule le combat de nos instincts et de nos états, le combat pour la puissance » (Nietzsche).

L'appui au projet (et donc son appropriation) ne peut être obtenu que lorsque les intérêts des décideurs, des spécialistes, des partenaires du développement, des politiciens sont pris en compte. Ne nous trompons pas, en termes d'efforts et de bonne volonté, ce défi sera sans doute le plus difficile à réaliser. Si les relations de pouvoir entre acteurs sont une évidence dans les sociétés jouissant d'un certain confort économique, ces relations sont encore plus exacerbées dans les situations conflictuelles et de pénurie croissante qui caractérisent les sociétés du Sud.

Il n'y a bien entendu pas de solutions miracles et tout dépendra de l'habileté, de la compétence et de la diplomatie des animateurs du projet. Une petite règle d'or pourtant : les relations de pouvoir sont aussi une demande de reconnaissance – « ne m'ignore pas, j'existe ! » Et l'expression de cette demande peut être très variable d'une culture à l'autre. Dans le Sud, l'absence d'un acteur à une réunion importante, à un comité, à une conférence, est souvent un message explicite, une marque de puissance : « Que ferez-vous pour que je vienne ? Pour que je sois intéressé à participer à votre débat ? » Une telle situation montre bien qu'il est temps de se poser des questions quant au processus retenu dans le projet !

Il sera nécessaire de rassurer le « je » de chacun des acteurs mais dans une perspective explicite : oui à l'égoïsme intelligent, non à l'individualisme ! Dans un monde en pleine mutation, le repli sur soi, qu'il soit identitaire ou culturel, n'a plus de sens et conduit à l'appauvrissement ou à la violence¹⁷⁶. La nécessité d'un égoïsme intelligent devient une évidence. Je ne suis rien sans l'autre et mon propre intérêt est que l'autre puisse se développer pour que je puisse me nourrir de sa richesse¹⁷⁷.

Il faut donc en un premier temps accepter l'égoïsme de chacun des acteurs pour que ceux-ci, reconnus et sécurisés, puissent s'ouvrir aux autres. Il faut tenir compte des spécificités et des intérêts des différents acteurs dès le départ, dès la conception du projet. Lorsque les activités auront commencé, il sera souvent trop tard pour récupérer une maladresse, un simple oubli. Lorsqu'ils ne se sentent pas reconnus, les acteurs peuvent dépenser une énergie extraordinaire à lutter contre les réalisations d'un projet ! Leur susceptibilité et leur énergie négative

176. L'isolement, la marginalisation sociale, la mise au pas politique et économique des pays du Sud (notamment par le poids de la dette et les ajustements structurels), la croissance continue des inégalités Nord-Sud sont les racines profondes du terrorisme international actuel.

177. Dans le cadre de la mondialisation, la priorité au Nord comme au Sud est de sauvegarder la diversité et la richesse socioculturelles des communautés.

seront d'autant plus grandes que leur pouvoir est important : décideurs et partenaires du développement. En revanche, les acteurs du terrain vont eux se réfugier dans la passivité, l'indifférence, c'est-à-dire la seule forme de pouvoir qu'ils détiennent.

Un des défis du projet sera de mettre le plus tôt possible les différents acteurs en interaction et de leur offrir des opportunités pour comprendre qu'ils ont intérêt à reconnaître leur interdépendance. Ainsi, chacun pourra apporter un plus aux autres et développer ses complémentarités dans un esprit de réelle coopération. Un travail d'équipe multidisciplinaire, dans un lieu neutre où les enjeux de pouvoir sont moins mis en avant, peut permettre aux différents acteurs de se rencontrer et d'échanger sur un pied d'égalité. C'est grâce à un tel contexte que les médecins et les spécialistes pourront apprendre à interagir avec les professionnels d'autres disciplines (sociologues, médecins de santé publique, économistes, gestionnaires, infirmiers, anthropologues) et avec les autres acteurs (politiciens, décideurs, financiers). Cette ouverture du corps médical aux autres professionnels, cette interdisciplinarité sont d'autant plus nécessaires que la complexité des enjeux concernant la santé ne fait que croître dans un monde en perpétuelle évolution¹⁷⁸.

4. L'intervention bénéficie d'instruments simples, efficaces et adaptés à son contenu

En d'autres mots, l'administration est au service du projet (et pas l'inverse !) et par la souplesse de ses procédures, le projet s'adapte à la réalité changeante (et pas l'inverse !).

Je me souviens d'une réunion au cabinet de la coopération au développement où nous discutons de la priorité à donner aux initiatives de coopération régionale Sud-Sud et du besoin de prévoir une ligne budgétaire spécifique. Fort intéressé par cette proposition mon interlocuteur s'exclama : « C'est une excellente

178. Pour mieux comprendre la complexité du « concept santé », de ses déterminants et des enjeux récents, voir le livre de Honoré (1996) et l'article d'Illitch (1999).

idée qui rejoint tout à fait nos priorités politiques mais je me demande comment dieu va réagir ! » C'est ainsi que j'appris l'existence de ce « dieu », personnage en chair et en os, contrôleur principal à la Cour des comptes¹⁷⁹. Passant à la moulinette de ses règlements financiers et administratifs toute proposition ne cadrant pas exactement avec les règlements en vigueur, dieu faisait la pluie et le beau temps et avait parfois tendance à se prendre pour Dieu le Père ! La réaction de mon interlocuteur et d'autres, rencontrés au sein de différentes agences de coopération, montre que, trop souvent, les rapports réels de pouvoir sont inversés : le politique dépend de l'administratif et celui-ci du financier.

Nous présentons ci-dessous quelques exemples concrets qui montrent l'importance de mettre en place des procédures plus souples ou innovantes.

Des instruments de coopération régionale

Plusieurs partenaires manquent d'instruments de coopération régionale. C'est le cas notamment de la Banque mondiale, de la coopération belge. En revanche, la Coopération française s'est récemment dotée de cet outil qui permet à la fois une approche multipays, multi-acteur et même pluridisciplinaire. Cette coopération régionale devrait faciliter la mise en place de coopérations Sud-Sud basées sur des échanges d'expériences. Ce serait certainement très efficace et valorisant pour les acteurs du Sud d'apprendre les uns des autres plutôt que de toujours recevoir du Nord. De même, pour les partenaires du Nord, les apprentissages peuvent être précieux, notamment en termes de reproductibilité.

Développer les instruments de coopération Sud-Nord

C'est peut-être ce type de démarches qui est la clé du développement : reconnaître les compétences du Sud et tout ce qu'il

¹⁷⁹. Instance financière qui, en Belgique, contrôle l'exécution des budgets des différents ministères.

peut apporter aux sociétés du Nord. Il serait intéressant de faire une synthèse de ce que nous avons à apprendre des pays du Sud, en dehors du football, de la musique et de la danse ! Notamment les aspects d'ingéniosité, les échanges de savoir, l'enrichissement culturel, les formes d'organisation sociale et citoyenne... La redécouverte de notre autonomie et l'acquisition de nouvelles compétences face à des situations où les contraintes positives nous forcent à développer nos propres capacités ! Et puis surtout, comment réchauffer nos relations sociales, nos modes de vie qui sont devenus si peu sociables et si ternes !

Une évaluation postprojet

L'organisation systématique et la budgétisation des évaluations postprojet (qui devraient se dérouler entre 2 et 5 ans après la fin des activités d'une intervention, d'un projet) est un autre défi que les politiques et spécialistes du développement n'osent jamais relever. Cette approche, qui nous forcerait sans doute à plus d'humilité, aurait comme avantage important de mieux comprendre les déterminants positifs et négatifs qui assurent l'appropriation et la pérennité d'un projet.

Repenser la logique de l'instrument projet

Une des critiques les plus importantes qui peuvent être faites à « l'approche projet » n'est pas tellement le manque de pertinence des instruments ou des outils mais surtout les paradigmes que cette approche véhicule. Trop souvent, le projet devient par définition une « mission à réaliser » pour son directeur et pour les bailleurs de fonds avec comme principal critère de réussite le pourcentage d'exécution du budget annuel. Il s'ensuit une tendance inévitable à méconnaître ou encore à sous-utiliser les ressources potentielles ou explicites que possèdent les autres acteurs concernés par ce projet. Il serait donc intéressant de revoir la logique de l'instrument projet et, par exemple, ne plus se préoccuper de prendre en charge la santé de l'ensemble d'une région ou d'une province mais d'identifier les dynamiques

existantes pour développer ensuite un *réel* partenariat, et répondre aux demandes et besoins des acteurs responsables qui sont à la base des dynamiques observées. Ce changement qualitatif est important et peut être considéré comme un changement paradigmatique dans la mise en place des projets de développement.

On pourrait croire que c'est illusoire et, pourtant, certaines coopérations bilatérales ont réalisé ce changement de paradigme. L'exemple de « l'approche processus¹⁸⁰ » proposée par la Coopération néerlandaise est éclairant : une démarche flexible centrée sur la participation et la réelle implication des acteurs concernés. « Ne pas planifier à partir de l'objectif mais à partir du premier problème que les gens veulent résoudre » (Lecomte, 1986, cité par Naudet, 1999). Cette approche processus (de bas en haut) a comme grand avantage de renforcer, de « libérer » les potentiels déjà existants au sein des communautés. En revanche, les coopérations qui utilisent des projets et des approches normatives (de haut en bas) pour le développement auront le plus souvent recours à un type de processus qui ignore les initiatives des acteurs et étouffe les dynamiques communautaires.

Un projet souple : moins de méthodes, moins de données, et plus de concepts, de contenu

On a l'impression que le nombre d'acteurs internationaux bilatéraux qui sont réellement compétents dans le domaine de la santé, qui ont eu le temps d'exercer pendant plusieurs années sur le terrain et de vivre le problème avec les acteurs, a fortement diminué et est en voie de disparition. Il s'ensuit une dérive technocratique où les consultants, les bailleurs de fonds, les décideurs se retranchent derrière la collecte d'informations et la mise au point de nouvelles méthodes (notamment la multiplication d'instruments dans le domaine de la participation

180. Pour plus de détails sur cette approche, voir le lexique.

des communautés, de l'évaluation de la qualité des soins), multiplication d'outils et de méthodes qui ne font que dissimuler une augmentation rapide et inquiétante du manque de compétence réelle de ces acteurs pourtant placés à un niveau de décision important. L'autre dérive déjà signalée est l'emprise de plus en plus grande de l'administration, elle-même contrôlée par le département financier. Le contrôle et la vigilance administrative et financière prennent le pas sur le contenu technique et scientifique des projets de coopération.

Un projet souple : sans le carcan d'objectifs quantifiés

Dans la conception de nos projets, de nos interventions en santé, nous éprouvons beaucoup de difficultés à mêler le rationnel et le planifié, à l'imprévu, à l'inattendu. En d'autres termes nous avons tendance à ne retenir dans nos planifications et évaluations que ce qui est mesurable et de préférence quantifiable. Or, par essence, les systèmes de santé sont largement imprévisibles puisque leur fonctionnement, leur évolution, leur ligne de force dépendent avant tout de rapports de pouvoir et d'intérêts entre les différents acteurs qui les composent. Dès lors, dans un projet concernant le fonctionnement de systèmes, nous pouvons tout au plus prévoir des objectifs à moyen ou à long terme, c'est-à-dire définir une vision vers laquelle ce système de santé devrait tendre. L'analyse des documents de projet montre souvent que le contenu du projet ne parle ni de vision, ni d'imprévus mais se limite à la définition d'objectifs mesurables et d'activités à mettre en place. On a ainsi souvent l'impression que les projets passent à côté de la réalité et à côté des réels enjeux du développement.

**5. Le projet permet aux acteurs
d'apprendre de façon constructive**

Pour relever ce défi, le projet doit être capable de créer un climat positif, de confiance (humour, convivialité) et de favoriser l'émergence de nouvelles dynamiques entre les acteurs.

La meilleure manière d'interpréter les relations et les enjeux de pouvoir entre les différents acteurs est sans doute de parvenir à établir un climat de confiance, de respect mutuel. Ce qui implique aussi d'accepter nos différences et d'apprendre à les estimer, notamment pour leur potentiel d'enrichissement. On peut ainsi petit à petit développer un certain niveau de complicité où l'humour peut jouer un rôle extrêmement important. L'humour, quelles que soient les cultures, permet souvent de jeter des ponts transculturels, de se reconnaître l'un l'autre et de s'ouvrir. «... Le sourire qui nuance sa gravité et cette sagesse pleine d'espièglerie qui est le plus bel état d'âme de l'homme.» «Les contradictions, les incartades, la méfiance joyeuse, la moquerie sont toujours signes de santé: tout espèce d'absolu relève de la pathologie» (Nietzsche).

Une originalité d'un nouveau projet serait de mettre en place des stratégies d'utilisation des espaces de tension entre différents acteurs (Seyni Ndione, 1994) notamment entre spécialistes, généralistes, infirmiers, population bénéficiaire... Dans cette stratégie, des lieux d'échanges égalitaires sont offerts en lieu et place d'imposition de normes, de séminaires et autres interventions décidées par le centre et imposées aux différents acteurs du projet. Trop souvent, les normes ne sont que l'expression du manque d'expérience et de compétence du « normateur » !

Quelles solutions prévoir ? Il faut éviter que les normes ne deviennent une finalité en tant que telles. Elles peuvent tout au plus être des éléments de réflexion et pour cela il faut que le « normateur » ait une expérience préalable en tant qu'« acteur normé ». Par exemple, un spécialiste devrait avoir au départ une expérience de généraliste, un futur généraliste devrait avoir une expérience en tant qu'infirmier ou aide-soignant, etc.

D'un point de vue professionnel, il sera positif de favoriser les approches transdisciplinaires dans les programmes de

développement et aussi dans les interventions sanitaires: santé publique, sociologie, anthropologie, épidémiologie, médecine clinique. Il faut donner l'occasion à ce beau monde de se rencontrer, d'échanger pour que les spécialistes apprennent l'ouverture, la recherche de complémentarité et l'intérêt d'une vision extérieure sur leurs propres activités.

Et finalement, il faut favoriser le développement de partenariats entre les différents acteurs des systèmes de santé et donner une priorité à l'interaction entre les citoyens, les professionnels de la santé et l'État pour établir un dialogue constructif.

6. *L'intervention sert d'exemple*

Une des qualités importantes d'un projet ou d'une intervention est son caractère d'exemple. Il est visible (on en parle: comme dans le cas d'un changement de comportement des acteurs), facile à reproduire (le plus convaincant étant la « diffusion spontanée » de l'intervention, par l'exemple, par le bouche à oreille) et finalement, les acteurs peuvent en tirer des leçons pour leurs propres pratiques.

Les projets de type approche systémique sont souvent moins visibles que ceux qui répondent au paradigme pasteurien. À ce niveau, la différence de visibilité et donc de soutien politique entre une campagne de vaccination et une stratégie de vaccination par les centres de santé est énorme !

Les animateurs du projet devront apprendre ce qu'ils font souvent très mal¹⁸¹: se rendre visibles, faire parler de leurs réussites, de leurs interventions, interpeller la presse, les responsables des organisations citoyennes, les responsables politiques et les partenaires du développement. Ce n'est pas facile pour les professionnels de la santé ! Influencés par le paradigme

181. À comparer aux héritiers de Pasteur qui, dans le domaine de la visibilité, ont acquis un savoir-faire extrêmement efficace: ils parviennent à faire passer dans la presse et le grand public non pas des résultats de recherche mais les étapes du processus de recherche dans lequel ils sont engagés, sans pouvoir assurer à ce stade que leurs résultats seront vraiment utiles.

pasteurien, ils éprouvent des difficultés à sortir de leur tour d'ivoire et ont tendance à croire que ce sont les politiciens, les décideurs, la presse, qui vont venir vers eux. Quand c'est le cas, peu habitués à vulgariser leur recherche, les scientifiques ont souvent une relation désastreuse avec la presse : difficulté à utiliser un langage clair, simple mais exact, difficulté à ne pas se perdre dans des détails, difficulté à ne pas se faire manipuler par une presse à la recherche du fait sensationnel...

La meilleure garantie de la diffusion, de l'extension géographique d'un projet est le fait que les communautés avoisinantes, séduites par les nouvelles dynamiques en place, viennent d'elles-mêmes demander à bénéficier du projet. Il faut faire attention dans ces situations à ne pas transformer une opportunité de changement en normes externes appliquées mécaniquement dans d'autres contextes. Une dynamique ne se crée pas d'un coup, de l'extérieur ; elle se construit de l'intérieur, pas à pas avec les acteurs concernés. L'histoire de la coopération, hélas ! fourmille de ce type d'échecs. Des programmes et des recherches liés à la gestion et à la planification de services de santé donneront plus de sens et de responsabilité aux acteurs et leur permettront de s'autostructurer. On peut par exemple imaginer de faire fonctionner le cofinancement des systèmes de santé sous forme de tontines ce qui permettrait de réchauffer l'argent du cofinancement et d'éviter ainsi les problèmes de corruption.

Un échec est parfois plus important qu'une réussite, si l'appréhension des raisons de cet échec permet une meilleure compréhension du système. Il vaut mieux que certaines initiatives soient des échecs que de n'accepter que celles qui répondent au *credo*, à la mode du moment. Les initiatives sont sources de formation continue, d'acquisition de compétences et d'autonomie, en fait les sources d'un réel développement. Il serait donc logique que tout budget de projet ou programme de développement fasse constat de ce désir d'initiative en lui réservant une

ligne budgétaire spécifique qui pourrait être équivalente à 10 ou 20 % du budget total¹⁸². Cette nouvelle ligne budgétaire pourrait être dénommée : initiatives et autonomisation ! Bien entendu, cela ne signifie pas qu'il faut abandonner tout contrôle, toute négociation concernant les activités financées sur cette nouvelle ligne !

7. Le projet maximalise les bénéfices indirects et minimalise les effets pervers

En santé comme dans d'autres domaines, c'est l'appropriation du processus qui est facteur de libération. Dans le domaine de la santé où la technique peut à elle seule donner l'illusion de la solution, cette appropriation revêt une importance particulière.

Il est important de prendre en compte les bénéfices indirects non quantifiables, non mesurables mais qui pourtant font la richesse première d'une réelle coopération. La valorisation des compétences et des savoirs est une priorité. Notamment par les systèmes d'échanges de savoirs qui ont un double avantage : permettre une meilleure image de soi, une meilleure autonomie et donc un réel développement des acteurs concernés, et surtout, peut-être permettre aux décideurs et aux partenaires du développement une meilleure compréhension des relations sociales, des richesses culturelles et des connaissances des acteurs du Sud.

On pourrait ainsi proposer un nouveau paradigme pour l'évaluation des projets, paradigme qui serait basé sur les concepts suivants : appropriation, autonomie des acteurs, meilleure éthique sociale, altérité, interpellation positive du monde politique, changement de comportements, meilleure complémentarité des acteurs, pérennité, etc.

182. Dans certaines coopérations, une souplesse est permise : on accepte par exemple une modification entre les différentes lignes budgétaires jusqu'à un maximum de 15 % du budget total mais il ne s'agit pas de la création d'une ligne budgétaire « ouverte ».

Notre vision est souvent à court terme et centrée sur les effets directs et immédiats. Par exemple, il serait aussi intéressant d'analyser en profondeur les conséquences à moyen et à long terme des ajustements structurels qui ont eu force de loi pendant les années 80 et la décennie 90. Ces ajustements ont très certainement eu des conséquences en termes de perte de qualité de la formation de base et de la formation médicale. Les effets de cette déqualification se font sentir avec une décennie de retard, puisque ce sont actuellement les médecins qui ont vécu ces situations d'ajustements structurels qui terminent leur formation.

Suite à la position dominante du paradigme pasteurien et à son désintéret pour les bénéfices induits, diffus, comme pour les coûts induits et les effets pervers, nos connaissances sont limitées dans ce domaine complexe. En termes de recherche, il sera donc prioritaire de réaliser des études de terrain pour identifier et mesurer ces effets induits¹⁸³, postposés, et ainsi mettre en place de nouvelles méthodologies plus spécifiques, capables de rendre visible cette face cachée de nos résultats. D'où aussi l'importance de financer des évaluations postprojets.

8. L'intervention est porteuse d'éthique et de morale sociale et individuelle

Nous ne pouvons plus continuer à nous voiler la face. Nous devons nous attaquer aux racines des problèmes. Pour assurer un retour de l'éthique et de la morale professionnelle, il faut, dans la situation qui caractérise actuellement de nombreux systèmes de santé des pays du Sud, à la fois compter sur un meilleur environnement et sur la mise en place de contre-pouvoirs. Ces

183. Dans ces bénéfices diffus, il faudrait aussi inclure les bénéfices nobles du Nord: capitalisation des expériences qui permet une meilleure pertinence et une plus grande efficacité pour les nouveaux projets, enrichissement des enseignements et de la recherche grâce aux échanges et terrains offerts par le Sud, meilleures compétences (connaissances et expériences) pour les acteurs du Nord, épanouissement personnel, etc.

contre-pouvoirs au niveau des patients et des communautés (contre-pouvoirs citoyens) seront sans doute plus efficaces qu'un simple contrôle interne organisé par l'ordre des médecins, les syndicats professionnels et autres institutions qui, au Nord comme au Sud, sont avant tout corporatistes. La notion de contrat de transparence et un temps de discussion pour la gestion de ce contrat seront nécessaires pour permettre un engagement réel et en connaissance de cause.

La mise en place de contre-pouvoirs citoyens devrait, dans la mesure du possible, s'accompagner d'une amélioration de l'environnement externe du système de santé. Dans le cas contraire, on risque d'assister à une intensification des conflits sans espoir de solution.

Ces contre-pouvoirs citoyens existent en Europe et jouent leurs rôles. Il suffit de voir les réactions souvent épidermiques du monde médical quand des organisations de défense des consommateurs « se piquent » d'évaluer la qualité des laboratoires médicaux ou encore les résultats du secteur hospitalier !

Il est intéressant de constater que la réforme du secteur santé ne prévoit pas ou presque jamais le renforcement du pouvoir des patients comme contre-pouvoir au monde médical, or, une telle interaction pourrait déboucher sur une meilleure éthique professionnelle (Ambroselli, 1988). À propos d'éthique, une place croissante est donnée dans nos sociétés à la quête d'une santé parfaite, quête d'absolu dont les dérives moralisatrices et les conséquences négatives (déshumanisation des soins, perte de l'autonomie des patients) peuvent être nombreuses (Illich, 1999 ; Hours, 2001). Avec un brin de cynisme, on pourrait dire que la médicalisation de la pensée conduit à la « pathologisation » du monde, à la progression de la souffrance sociale.

Finalement, il est aussi important de réinvestir dans l'image sociale des professionnels de la santé. Au Nord comme au Sud, une des raisons du mal-être des professionnels de la santé est la

réduction continue de leur domaine de compétence. Autant le médecin peut être compétent dans le domaine médical et clinique, autant son incompetence s'accroît dans le domaine social et en termes d'amélioration du bien-être et de la qualité de vie. Ces aspects, qui correspondent pourtant à des attentes grandissantes des populations, sortent du champ d'intervention et du pouvoir guérisseur du médecin, pouvoir qui se limite souvent à poser un emplâtre sur une jambe de bois : en prescrivant des anti-ulcéreux, des anxiolytiques, des somnifères... Cette situation réduit le médecin à un simple rôle de prescripteur. Déconsidéré, il se déconsidère et son éthique personnelle et professionnelle risque aussi de souffrir de cette baisse de son auto-estime.

Une autre façon de renforcer l'image sociale des professionnels de la santé est de leur donner un pouvoir politique réel. Par exemple en associant à leur fonction de directeur d'une zone sanitaire une nomination politique comme adjoint au maire, responsable de la santé. Cette fonction permettrait d'assurer une meilleure intersectorialité avec les autres domaines étroitement liés à la santé : habitat, hygiène de l'environnement, éducation, infrastructure routière.

Et pourtant, le médecin ne peut pas être multicompétent (multipotent ?) dans tous les domaines qui touchent à la santé des populations. Il devra intégrer ses limites et accepter de ne pouvoir résoudre qu'un des aspects (l'aspect médical) du problème de santé présenté par son patient. Mais, et c'est un des enjeux de la profession médicale, pour continuer à offrir des soins de qualité, les médecins devront en même temps accepter une diminution de leur pouvoir professionnel et s'ouvrir aux aspects socio-économiques, culturels des problèmes de santé. C'est seulement ainsi qu'ils pourront reconquérir l'estime de leurs patients et leur auto-estime.

Une formation de qualité

La mission de l'enseignement a été explicitée par Morin : « Elle nécessite ce qui n'est indiqué dans aucun manuel mais que Platon avait déjà indiqué comme condition indispensable à tout enseignement : l'éros, qui est à la fois désir, plaisir et amour, désir et plaisir de transmettre, amour pour la connaissance et amour pour les enseigner. L'éros permet de dominer la jouissance liée au pouvoir au profit de la jouissance liée au don » (Morin, 1999).

La logique cartésienne qui a influencé et influence encore profondément notre éducation (enseignements primaire, secondaire et universitaire) est inadéquate pour permettre d'appréhender des systèmes complexes, où le tout est plus que la somme des composantes. On peut qualifier la formation universitaire¹⁸⁴ des médecins comme la quintessence d'une approche cartésienne des connaissances, où tous les domaines médicaux sont morcelés. Personne n'est plus capable d'en faire la synthèse et d'enseigner l'importance de cette synthèse aux futurs médecins.

Il est important de recentrer la formation professionnelle médicale¹⁸⁵ sur l'intégration entre les différentes spécialités – une tête bien faite et non une tête bien pleine ! – et d'organiser des cours intégrateurs entre les différentes connaissances médicales. Ces cours intégrateurs pourraient être donnés par des médecins généralistes qui, sur la base de cas qu'ils ont vécus et qui ont fait sens pour eux, présenteraient aux futurs médecins leur propre expérience. La place des médecins généralistes au sein des facultés devrait être renforcée¹⁸⁶ pour éviter certaines dérives du paradigme pasteurien comme l'hyperspécialisation

184. Cette dérive, cette non-pertinence de la formation universitaire que nous discutons dans le cas de la formation des médecins est valable pour d'autres professions.

185. Voir aussi les différentes propositions faites dans le tableau 15 du chapitre 5.

186. En Belgique, depuis quelques années, des centres universitaires de médecine générale ont été créés dans cette optique.

sans avoir d'abord été spécialiste, la spécialisation sans avoir été généraliste, sans oublier l'art infirmier.

Il est important de changer notre population cible pour la formation, de ne plus se centrer sur les individus mais sur les équipes et avant tout sur leur lieu de travail.

On peut faire un parallèle entre le défi de la formation du futur médecin et le défi de l'enseignement secondaire aux adolescents. On vérifie par rapport au contenu d'un programme morcelé quantitatif, « normalisable », permettant « d'objectiver » les acquis, ce qui, comme le souligne Morin (1999), rassure les attentes des parents, du ministère de l'Éducation et des enseignants ! Mais cette approche ne répond en aucune façon aux besoins, attentes et espoirs des adolescents : avoir une référence autre que la référence parentale, qui puisse les ouvrir sur la vie en les passionnant, en les autonomisant et en améliorant leur auto-estime. Pour cela, dans la formation professionnelle, un nécessaire équilibre doit être trouvé entre un « pôle sécurité » et un « pôle autonomie », équilibre instable et pourtant source du réel développement des personnalités et d'une meilleure autonomie des individus¹⁸⁷.

La richesse du développement individuel est d'apprendre à développer sa personnalité dans le cadre d'une relation mutuelle entre individus et communautés et non pas dans un désir de convaincre ou de dominer l'autre. De nouveau, lorsque l'on est spécialiste, lorsque l'on a acquis des connaissances théoriques, on a trop souvent tendance à les utiliser pour dominer l'autre et oublier de reconnaître ses compétences spécifiques, notamment basées sur une expérience que nous n'avons pas toujours, loin de là. Il n'est sans doute pas faux d'affirmer que les personnalités faibles ou insécurisées ont tendance à utiliser leurs connaissances théoriques pour combler ce déficit et vouloir ainsi

187. C'est l'instabilité entre ces deux pôles « sécurité » et « autonomie » qui est génératrice de développement. Trop d'instabilité nuit mais trop de protection aussi !

s'assumer en dominant autrui. Il s'agit donc de mettre en place une nouvelle dynamique¹⁸⁸ dans la formation professionnelle. Une dynamique basée non seulement sur l'acquisition des connaissances médicales et techniques nécessaires mais aussi sur l'acquisition d'expériences qui, elles seules, peuvent rassurer le futur médecin et l'empêcher de tomber dans ce travers facile où il utilise sa connaissance pour combler son manque d'expérience.

La formation professionnelle à l'étranger peut être source d'enrichissement, comme de conflits potentiels. Au Bénin, par exemple, les médecins sont formés sur place mais nombreux aussi sont ceux qui ont été formés en France, et dans d'autres pays (Cuba, Russie, Belgique, États-Unis, Canada, Algérie). À chacun de ces pays correspond souvent un type d'enseignement, une école de médecine ou de santé publique, chacune avec ses caractéristiques spécifiques. Pour le ministre de la Santé, il ne sera dès lors pas facile d'établir une cohérence entre ces différentes formations pour assurer la pertinence de ses politiques de santé et établir des priorités nationales.

En ce qui concerne les changements dans la formation professionnelle, différentes propositions peu coûteuses peuvent être formulées : demander aux étudiants en médecine de faire à domicile les interviews des patients qui viennent de sortir d'hospitalisation, ceci en vue de changer leur regard. Il serait aussi utile d'intégrer dans la formation des futurs médecins des exercices leur permettant de mieux comprendre et structurer leurs rapports aux patients, par exemple leur demander de catégoriser les malades hospitalisés : il est intéressant pour soi-même de

188. Souvent, les facultés de médecine dépendent non pas du ministère de la Santé mais de celui de l'Éducation, ce qui pose de nombreux problèmes en termes de pertinence de la formation et surtout de possibilités pour le ministère de la Santé d'introduire de nouvelles dynamiques dans la formation médicale.

comprendre les raisons pour lesquelles on parle d'un « bon » et d'un « mauvais » patient, et surtout de se rendre compte que cette catégorisation est très subjective et peu reproductible ! (Vega, 2000). Les stages extra-hospitaliers et les travaux en groupes multidisciplinaires devraient aider à maintenir ouvert l'esprit des futurs médecins.

Il n'est pas logique que la sélection des futurs médecins se fasse principalement en première année d'étude, sur la base de leur réussite dans le domaine quasi exclusif des sciences pures : chimie, physique, mathématiques ! Il faudrait apporter de nombreuses modifications à la formation professionnelle des médecins, non seulement dans le cadre des matières abordées mais aussi dans le domaine des expériences à vivre. Il faudrait notamment offrir la possibilité aux médecins de côtoyer la mort pour qu'elle ne soit plus une ennemie mais une alliée.

La formation professionnelle ne devrait plus être centrée sur l'apprentissage par cœur de connaissances mais sur l'ouverture d'esprit et la capacité de se laisser interpeller. Dans ce sens, la stratégie « Evidence-Based Medicine¹⁸⁹ » est un plus. Il faut aussi proposer aux futurs médecins des activités de terrain qui les sortent de la technicité médicale et les ouvrent aux déterminants sociaux et culturels, comme par exemple le suivi à domicile après hospitalisation sous forme d'un binôme avec une assistante sociale, les interviews à domicile des malades chroniques hospitalisés pour mieux comprendre les problèmes qu'ils rencontrent dans leur vie quotidienne et comment ils vivent leurs échanges avec le corps médical, etc. En ce sens, la formation à l'écoute des patients – gestion de la relation émotionnelle, apprentissage par les futurs médecins de la gestion positive de leurs émotions et de celles de leurs patients – est une priorité incontournable. Il existe des méthodes qui, même dans l'espace restreint d'une

189. Voir dans le lexique : « médecine basée sur les preuves ».

consultation de courte durée (10 minutes), permettent de mieux communiquer avec les patients (Servan-Schreiber, 2003). Mais ces méthodes ne sont pas enseignées aux professionnels de la santé. Et puis aussi donner aux futurs médecins l'opportunité de vivre des expériences initiatrices comme l'accompagnement de malades en phase terminale.

Ainsi, nous devrions arriver à réformer la formation du corps médical pour changer le regard du médecin sur lui-même et sur ses patients.

Une formation citoyenne

La diversité est source de paix dans les pays où les dynamiques positives existent et sont activement entretenues. Si ce n'est le cas, cette diversité ethnique, sociale, est souvent source de conflits, de marginalisation et d'exclusion. En ce sens, l'appauvrissement planifié, organisé, notamment lors des ajustements structurels et par une mondialisation injuste, est une cause directe de conflits, de violence et d'exclusion.

Il faut multiplier la diversité et la complexité de l'être pour éviter le fanatisme, les solutions simplistes... mais il faut le faire à un âge où l'identité est encore en formation, sinon il sera trop tard. L'adulte passe plus de temps à justifier ses scléroses, ses habitudes, ses *a priori* (Maalouf, 1988), qu'à s'ouvrir aux nouveautés, aux rencontres déstabilisantes.

Dans cette logique, assurer les conditions d'un meilleur partenariat avec le Sud, c'est aussi « forcer » les futurs responsables du Nord à vivre au moins une fois, dans leur jeunesse (15-25 ans), l'expérience du Sud. L'initiative de la ville de Namur en Belgique qui a envoyé plusieurs centaines de jeunes pour un séjour de 2 à 3 semaines dans des villages d'Afrique francophone, pour apprendre à rencontrer l'autre, est très certainement payante. La présence de tous ces jeunes pendant trois semaines n'a bien entendu apporté sur place aucun changement

notable (ce qui aurait été un objectif irréaliste et non pertinent), mais quel formidable bouleversement des mentalités de ces jeunes ! Aucun ne revient indemne d'une telle expérience ! Ils ont appris la richesse des acteurs du Sud, ils ont appris à mieux gérer les différences culturelles. Et sans doute le plus important, ils auront appris à recevoir du Sud¹⁹⁰. Et aussi quel formidable investissement pour le futur de la coopération¹⁹¹. Voilà certainement un bel exemple de bénéfices diffus, postposés, qui mériterait d'être analysé et suivi de près en termes de conséquences, de changements d'attitudes¹⁹², de transformations de la personnalité : les voyages forment la jeunesse et donnent aux jeunes la capacité de mieux analyser, de se distancier de la formation professionnelle qu'ils vont recevoir ensuite¹⁹³ !

Il y a parfois intérêt à déstabiliser les communautés, les associations, les groupes professionnels pour créer des espaces de dynamiques nouvelles, pour les ouvrir à de nouvelles expériences, peut-être riches d'enseignements. La Belgique n'est pas une terre très accueillante. Et pourtant, je pense à l'histoire vécue par Pie Tshibanda, réfugié politique congolais, écrivain de son état et demandeur d'asile à la fin des années 90 en Belgique, histoire qui illustre bien mon propos. Pendant que l'administration examine la recevabilité de sa demande d'asile, un domicile provisoire lui est assigné dans un village wallon. Il aurait pu comme la majorité des réfugiés, s'intégrer petit à petit, démarche après démarche : les portes ne s'ouvrent pas vite dans un petit

190. Il est beaucoup plus facile de donner que de recevoir. C'est plus gratifiant et aussi car « la main qui donne est toujours au-dessus de celle qui reçoit ».

191. Et quelle patience pour les villageois d'Afrique francophone qui ont accueilli tous ces jeunes. Mais aussi peut-être quelle sagesse : ils ont déjà compris quel bénéfice ce sera pour eux quand, dans 10 ou 15 ans, ces jeunes s'occuperont activement de coopération !

192. Ce serait, par ailleurs, un très beau sujet pour une thèse de sociologie, d'anthropologie. Si quelqu'un est intéressé, qu'il me contacte !

193. À ce propos, une interruption d'un an entre secondaire et formation professionnelle est sans doute très profitable pour la maturité du jeune adolescent mais c'est un autre débat !

village rural ! Il a eu un trait de génie, deux jours après son arrivée dans le village, il assiste à la messe du dimanche – lieu symbolique de protection, d'ouverture sociale et d'écoute – et en fin de cérémonie, il prend la parole pour expliquer simplement son histoire, comment il est arrivé dans ce village et qu'il espère bien se faire des amis et des rencontres... et comme par miracle (*sic!*), les portes se sont ouvertes, nombreuses, accueillantes et chaleureuses. Ce qu'il aurait pu peut-être obtenir après deux ans d'efforts d'intégration a été réussi en quelques jours !

Comme résumé de ce chapitre, « Que faire ? », nous pouvons retenir quelques idées fortes qui, sans doute universelles, devraient garantir le succès des politiques de coopération :

- assurer le respect des acteurs et favoriser leur autonomie ;
- adapter le suivi administratif et l'évaluation au contenu et aux activités du projet ;
- favoriser l'imagination, l'adaptabilité et la réactivité des projets ;
- oublier ou en tout cas mieux gérer nos peurs, nos *a priori* ;
- multiplier les contacts directs entre acteurs et le « vivre avec » ;
- faciliter l'expression positive des relations de pouvoir ;
- donner du temps au temps.

Conclusion

« Ce sont les passions qui donnent naissance aux opinions, la paresse d'esprit les fige en convictions » (Nietzsche).

Si nous n'avons pas une vision, nous ne sommes rien ! Nous serons emportés par le premier flot venu, par la première pensée commune, ballottés par le plus puissant, le « beau parleur ». Nous ne serons nous-mêmes que par l'opinion profonde, celle qui, en créant son propre espace de certitude, résiste à tous les courants violents, aux modes les plus attirantes. Mais pour ne pas se scléroser, notre vision, notre passion doit rester ouverte sur un monde en profondes mutations et doit se laisser continuellement interpeller par l'autre.

« La victoire sur la stupidité dans la passion me semble être la plus grande victoire qui ait jamais été obtenue : c'est-à-dire maintenir la passion mais y introduire le ferment de l'esprit, de la finesse, de la réserve, afin qu'elle devienne un des délices de l'existence » (Nietzsche).

Retrouvons cette passion qui trop souvent nous fait défaut. Mais une passion éclairée par une réelle approche scientifique :

apprendre à se poser les questions pertinentes et, sans crainte, se laisser aller aux interpellations des autres acteurs ! De cette mutuelle interrogation scientifique (c'est-à-dire sans *a priori* mais avec une claire compréhension de nos visions et valeurs culturelles), nous pourrions alors construire un réel partenariat et mettre en place de nouvelles dynamiques de développement Nord-Sud et Sud-Nord.

Mais surtout, apprenons à éviter les travers liés à notre manque de compétence, de confiance en nous-mêmes en tant qu'acteurs. Ne faisons pas de cette vision, de nos paradigmes, des recettes à imiter ! Redécouvrons le plaisir d'innover, d'inventer, de construire avec originalité, c'est-à-dire en « connaissance de cause ». Quelles sont les expériences et connaissances accumulées dans le domaine spécifique qui nous intéresse ? Que puis-je en tirer comme enseignements pour le contexte particulier qui me préoccupe ? Comment les acteurs vont-ils réagir ? Comment les accompagner dans leurs interrogations ?

Retrouvons le plaisir d'une pensée autonome et intelligente, car les recettes, les normes dessèchent et sclérosent l'esprit ! Retrouvons les étapes nécessaires à l'amélioration des systèmes complexes.

Vivre : connaître le système de l'intérieur pour y avoir vécu et avoir l'honnêteté d'un constat multiple, complexe.

La Science : avoir le courage de prendre le recul nécessaire pour comprendre les forces, les dynamiques, les interactions entre les acteurs du système.

Et finalement, *prendre parti* : la passion d'être acteur et d'intervenir pour transformer le système et ainsi être mieux à même de le comprendre !

En tant qu'acteur en systèmes de santé, je peux témoigner des défis qu'il nous reste à relever pour retrouver une réelle coopération qui fasse sens pour les différents partenaires. Par souci

d'efficacité et pour notre propre satisfaction et bien-être, je crois que nous devrions :

– Apprendre et réapprendre à écouter les principaux acteurs (patients et prestataires de soins) pour comprendre quelles sont leurs réelles priorités et leurs demandes. Puis, ensemble, déterminer ce qui est possible, quelles interventions sont souhaitables. Nous devons abandonner notre attitude parfois condescendante : « J'ai des solutions toutes faites, j'espère que vous avez des problèmes qui y correspondent ! »

– Apprendre à « écouter les pratiques du terrain », à faciliter la planification de bas en haut. De nombreuses expériences pourraient profiter de chercheurs plus engagés, capables de les porter, de les mettre en valeur auprès des autres acteurs : politiques, décideurs, partenaires du développement.

– Apprendre à être plus efficaces dans la diffusion de nos idées, constats et priorités. Un simple article, publié au moment opportun dans un journal de la presse quotidienne, peut avoir une influence bien plus importante qu'une publication scientifique dans le *Lancet*¹⁹⁴. Un repas, une discussion avec des parlementaires est souvent plus efficace qu'une conférence scientifique !

– Développer de nouvelles compétences : apprendre à lier et développer de nouvelles alliances avec les prestataires, les acteurs du secteur privé : confessionnel, ONG et lucratif. Leur non-participation aux projets, leur absence à nos réunions sont toujours des messages explicites.

– Nous engager et être plus efficaces pour modifier et transformer les politiques de santé. Nous devons arriver à faire comprendre aux partenaires du développement que dans le cas des systèmes complexes, toute solution simple, efficace à court

194. Le *Lancet* est une des plus prestigieuses publications scientifiques de la presse médicale spécialisée. Être « premier auteur » d'un article publié dans le *Lancet* est une « carte de visite » qui assure la reconnaissance du chercheur... par ses pairs.

terme, peu coûteuse, acceptable et visible... est avant tout fausse et erronée ! Il n'y a pas de solutions miracles pour des problèmes complexes et les fonds globaux pour lutter contre le sida, la tuberculose, la malaria, les journées nationales de vaccination et autres programmes spécifiques maximalistes auront sans doute comme premier effet de déstructurer un peu plus encore des systèmes de santé déjà vacillants.

– Apprendre à être capable d'interpeller efficacement les décideurs politiques et à lutter contre leur passivité. Nous devons agir en réseau avec les autres acteurs et créer de nouveaux rapports de pouvoir pour forcer le monde politique à prendre ses responsabilités et à s'engager dans l'amélioration continue des systèmes de santé, au lieu de se satisfaire de quelques actions d'éclat sans lendemain. L'engagement concret des politiques ne doit pas se limiter à la libération de fonds mais devrait, par exemple, imposer la mise en place d'instruments administratifs souples au service du développement des systèmes de santé et non l'inverse !

– Participer à la création et au renforcement des réseaux de solidarité qui, au Nord comme au Sud, permettent aux individus et communautés de retrouver leur autonomie et leur confiance en eux. C'est sans doute la seule voie possible pour éviter la marginalisation, la dualisation des sociétés et pouvoir ainsi lutter efficacement contre la violence sociale qui gangrène notre avenir. À ce point de vue, la problématique de la santé et du fonctionnement des services de santé est une porte d'entrée très efficace pour créer des réseaux, sensibiliser les acteurs du développement et les responsabiliser.

– Apprendre à devenir des acteurs du développement qui dérangent, qui font réfléchir, qui empêchent de penser en rond. Mais surtout, en tant que décideurs, scientifiques et chercheurs, nous devons devenir des acteurs qui accompagnent l'ensemble des autres acteurs dans leurs interventions et les aident à capitaliser leurs expériences, à renforcer les nouvelles dynamiques mises en place. En tant que chercheurs, nous devons sortir de

nos tours d'ivoire. Nous devons nous réinsérer dans la société et ses activités quotidiennes en investissant de nouveaux champs de recherche comme, par exemple, les facteurs de résilience communautaire.

– Permettre à chacun des acteurs en santé de mieux comprendre les attentes et contraintes des autres et faciliter leurs interactions. Nous devons également veiller à ce que chaque acteur assume correctement ses responsabilités et proposer des interventions pertinentes pour résoudre les dysfonctionnements identifiés. Mais surtout, nous devons aider à formuler et à réaliser les interventions nécessaires. C'est notre responsabilité mais aussi une occasion unique d'améliorer nos connaissances et nos compétences.

Au Nord comme au Sud, quel que soit le domaine concerné (santé, justice, éducation, environnement...), un développement de qualité ne peut être atteint que grâce à une plus grande autonomie et une meilleure auto-estime des individus et des communautés. C'est-à-dire la reconnaissance par eux-mêmes et par les décideurs de leur capacité à mieux développer leur potentiel, à faire des choix éclairés pour définir et réaliser leurs propres priorités, en tenant compte des caractéristiques sociales, culturelles, économiques et politiques de leur société.

Quand je me fais la réflexion suivante: «Le Bénin m'ignore!», simplement parce qu'il n'a pas pensé à son partenaire du Nord (c'est-à-dire moi!), parce qu'il n'a pas songé à m'utiliser pour présenter un projet, pour réaliser une consultation, pour progresser, je suis sans doute en situation de réel partenariat. Non pas parce que le Bénin pourrait enfin progresser de ses propres ailes mais parce que je suis irrité que mon partenaire du Sud m'ait oublié. Ce qui veut dire que (enfin!) je suis devenu dépendant de lui, comme lui l'était déjà de moi. Et cette dépendance réciproque signifie que nous sommes réellement devenus

interdépendants, ce qui est sans doute le meilleur indicateur de l'équité d'un partenariat vrai au sens premier du terme.

Un réel partenariat Sud-Nord et Nord-Sud, une interdépendance équitable, source de plaisir, d'épanouissement et d'enrichissement pour les individus et les communautés du Sud comme du Nord !

Nous y croyons ! Il s'agit pour nous d'un choix éthique qui s'applique au Sud comme au Nord. Dans le domaine de la santé, comprise dans son sens le plus large – les aspects médicaux mais aussi les déterminants socio-économiques, culturels et politiques, sans oublier le fonctionnement des services de santé, le comportement des professionnels... –, nous voulons contribuer à une plus grande autonomie des individus et des communautés. Nous voulons participer à la création d'un nouveau dialogue constructif, fait d'un mutuel respect entre les patients, les professionnels et les décideurs responsables du choix des politiques de santé.

Comprenons-nous bien, c'est aussi notre propre intérêt qui nous guide, car ce choix éthique est aussi pour nous source de multiples enseignements et progrès. Il nous permet d'enrichir notre réflexion individuelle et professionnelle et d'accroître nos compétences. Nous sommes conscients que cet enrichissement, nous le devons au développement de réels partenariats avec les individus et communautés du Nord et du Sud.

L'altérité, la réciprocité, la différence sont sources d'enrichissements personnels et communautaires. Nous devons sauvegarder ces valeurs. Nous en avons tous besoin.

Bruxelles, juillet 2003.

Épilogue

Je m'en voudrais de terminer cet essai sur des conclusions trop exigeantes qui pourraient décourager certains acteurs du développement ! Pour nous « remonter le moral », je vous propose de conclure par des extraits du livre *Combat mental* de Ben Okri dont la présentation traduit bien la grandeur d'âme : « Cependant, lui, l'Africain, sait le poids de la douleur qui a marqué le passé de l'humanité. Il connaît aussi tout ce qui peut légitimement faire peur devant l'avenir. Mais sa confiance en l'homme reste intacte. Un poème qui est un chant d'amour pour l'homme et pour la vie ¹⁹⁵ » .

*Les illusions ne sont utiles que si nous les employons
À acquérir notre vraie réalité.
Les initiations et les rituels, s'ils sont nobles,
Ont ce pouvoir (Ils amplifient l'heure secrète),
Ils nous permettent de passer
Des illusions de notre moi inférieur
À la réalité de notre moi supérieur,
Nos pouvoirs en plein essor.*

195. Ben Okri, *Combat Mental*. Présenté par Jean Guiloineau, 1999, Paris, Christian Bourgois Éditeur.

*Ils nous affranchissent de notre petitesse,
« Notre conscience humiliée », comme l'a dit Camus,*

*Et ils nous libèrent
En ce que nous sommes vraiment,
Ce que parfois nous soupçonnons être
Ce que nous apercevons quand nous aimons,
Des êtres magnifiques et mystérieux
Capables de créer des civilisations
À partir de ces déserts de la terre
Et des endroits obscurs de notre conscience.
Notre avenir est plus grand que notre passé*

*Nous valons mieux que ça :
Nous sommes plus grands que notre désespoir.
Les actes négatifs de l'humanité
Ne sont pas ce qu'il y a
De plus réel et de plus authentique.
Le plus authentique en nous
C'est notre capacité à créer, à vaincre,
À supporter, à transformer, à aimer,
À être plus grands que notre souffrance.*

*Nous sommes mieux définis par le mystère
D'être encore là, de pouvoir encore
Nous dresser, encore créer de meilleures civilisations,
De pouvoir affronter la dure réalité
Et de pouvoir survivre
À un désespoir plus grand
Qu'un plus grand avenir pourrait nous apporter.*

Nous valons plus que la somme totale de nos succès et de nos échecs,

Nous sommes plus grands que notre désespoir.

Lexique des principaux concepts

Tout au long de cet essai, nous avons utilisé différents concepts : paradigmes, systèmes complexes, bénéfices diffus... Et nous pensons qu'il est intéressant de fournir ci-dessous quelques explications complémentaires.

Paradigme

Par paradigme, nous entendons le cadre de référence, les valeurs qui sous-tendent – souvent de façon inconsciente – nos actions. Ce cadre de référence, à la fois personnel et contextuel, est fortement imprégné de notre culture, de l'éducation reçue et des choix individuels : profession, mode de vie, etc. Dans la définition du mot paradigme, il faut insister sur l'importance des aspects « inconscient collectif », « transmission transgénérationnelle » et « valeurs culturelles ». Cette dernière caractéristique explique les nombreux jugements de valeur et *a priori* que l'on rencontre chez les scientifiques. Au point que Marmot¹⁹⁶ a proposé que tout chercheur présente ses résultats en commençant

196. M. Marmot, *Am J. Epid.*, 1976, vol. 103, p. 519-526.

par la phrase suivante : « Mesdames, Messieurs, voici les opinions sur lesquelles je base mes faits. »

Paradigme est un concept, un mot fréquemment utilisé ces dernières années mais dont le contenu peut prêter à confusion. Une définition¹⁹⁷ plus précise a été développée par Thomas Kuhn au début des années 60, dans son ouvrage *Théorie des révolutions scientifiques*, de la façon suivante : « Les règles admises et intériorisées comme « normes » par la communauté scientifique, à un moment donné de son histoire, pour délimiter et problématiser les « faits » qu'elle juge dignes d'étude. » Thomas Kuhn définit aussi le paradigme comme « le fond des hypothèses partagées par les scientifiques à une époque donnée ». La constitution d'un paradigme se fait par un ensemble de règles admises et intériorisées comme « normes » par la communauté scientifique.

La mise en place d'un nouveau paradigme signifie donc l'adoption d'un nouveau cadre de référence, d'un nouveau modèle, d'une nouvelle vision qui sera à la base du choix de nouvelles analyses, de nouveaux modes d'action. Selon la théorie développée par Thomas Kuhn, le progrès scientifique nécessite l'apparition de nouveaux paradigmes qui vont défer le paradigme dominant. En ce sens, la pensée pasteurienne est l'exemple par excellence d'un nouveau paradigme qui vient remplacer l'ancien et permet à la science médicale de faire un bond impressionnant. Thomas Kuhn rappelle que le progrès scientifique ne se fait pas de manière additionnelle mais qu'il comporte en fait des moments critiques où sur la base de nouvelles connaissances, d'une meilleure compréhension des problèmes existants, se définissent de nouveaux paradigmes qui illustrent, ou pour mieux dire, qui illuminent l'esprit des scientifiques. Plus convaincant sera le nouveau paradigme, plus fortes

197. Les définitions et commentaires qui suivent viennent en partie des sites : dchaffiol.free.fr/info/art_paradigme_t.htm et www.coherences.com/TEXTES/PDF/paradigme.pdf.

seront l'adhésion des scientifiques et son appropriation. Selon Kuhn, chaque science évolue donc selon une alternance entre une période de sciences normales (où un paradigme perdure et sert de référence théorique et méthodologique aux chercheurs) et une période de crise et de révolution scientifique (où le paradigme est remis en question d'une manière importante par des chercheurs). La crise se résorbe au moment où un nouveau paradigme remplace ou englobe l'ancien.

La notion de paradigme – de modèles exemplaires – se retrouve non seulement dans le domaine scientifique mais aussi dans d'autres secteurs comme l'économie, la gestion, l'écologie, le développement... Ainsi, par exemple, le développement durable est un nouveau paradigme qui depuis une dizaine d'années supplante le paradigme antérieur du développement où les ressources semblaient inépuisables. C'est donc une caractéristique fondamentale de l'évolution de la science et des autres domaines de la vie sociale d'évoluer de paradigme en paradigme, le nouveau devant remplacer l'ancien ou, en tout cas, trouver une place suffisante pour coexister avec le paradigme – la mode – dominant.

Il est important de comprendre que dans la réalité de tous les jours, les oppositions parfois véhémentes, les discours emportés, les critiques acerbes souvent non étayées, sont en fait le reflet de situations où le paradigme d'une personne, d'un scientifique est mis en question, déstabilisé, ce qui explique cette réaction agressive peu justifiée, réaction de défense par rapport à la tension créée. Ces comportements parfois despotiques surviennent lorsque les valeurs associées aux paradigmes du professionnel sont en symbiose trop profonde avec sa personnalité. En d'autres termes, le professionnel n'a pas eu l'occasion de prendre une distance suffisante par rapport à son paradigme. D'où l'importance pour le professionnel de la santé d'avoir été, pendant sa formation, mis dans des situations différentes qui permettent d'interpeller de façon constructive son propre paradigme, de le mettre

en doute, en perspective et d'acquérir ainsi une distance nécessaire pour éviter ce type de symbiose excessive.

Systemes complexes

*On entend par système tout objet structuré composé d'éléments abstraits ou concrets en interaction et ouverts sur un environnement. On doit donc lui assigner une frontière qui distingue ce qui est à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur*¹⁹⁸. Un système signifie un ensemble de structures qui sont en interrelations et poursuivent un même objectif: «Le système de santé comprend toutes les organisations, institutions et ressources qui ont pour but de réaliser des actions de santé. Une action de santé est définie comme tout effort, que ce soit au niveau des soins personnels de santé, des services publics de santé ou encore par des initiatives intersectorielles, dont le but premier est d'augmenter la santé» (OMS, 2000).

Le concept de système complexe fait référence à l'analyse systémique, science récente, née après la Seconde Guerre mondiale. Dans ce courant scientifique encore appelé « approche système », l'objectif est de schématiser n'importe quel ensemble complexe, d'aboutir à une modélisation qui permette d'agir sur cet ensemble complexe après en avoir compris sa configuration matérielle et sa structure dynamique. Cette approche système est très développée dans les domaines suivants: biologie, informatique, cybernétique, écologie... dans les domaines des sciences sociales qui analysent des systèmes complexes (systèmes de santé, éducation, etc.) où les interactions entre les différents acteurs sont prédominantes et aussi dans le domaine de la psychologie, où de nombreuses similitudes existent avec l'analyse systémique.

L'approche systémique implique nécessairement une simplification du système complexe et de son contexte. Il sera donc

198. Voir le site: dchaffiol.free.fr/info/art_paradigme_t.htm.

vital pour l'acteur qui l'analyse de ne pas oublier l'objectif du système (sa finalité) pour pouvoir conserver une approche analytique en contact avec la réalité du fonctionnement de ce système. Bien entendu, la modélisation nécessaire ne représente jamais qu'une abstraction d'une réalité extrêmement complexe et la meilleure façon de comprendre un système est d'intervenir pour voir comment le nouvel équilibre s'établit entre les différentes connexions et les différents acteurs, ce qui permet d'identifier les pôles de force de ce système. Une approche erronée mais souvent utilisée est celle de figer ce système et d'analyser les éléments un par un, ce qui donnera une vision tronquée puisque l'essence du système dépend des dynamiques des interactions entre les différents acteurs. Pour comprendre comment le chercheur, acteur du système, a identifié ses critères d'analyse et choisi ses méthodes d'enquêtes, il sera nécessaire de comprendre quel est son propre paradigme.

Acteurs des systèmes de santé

Le système de santé met en jeu un grand nombre d'acteurs. Les principaux acteurs en santé sont habituellement répartis dans les catégories suivantes :

- les habitants, la population (auto-soins, conseils de voisinage, etc.) ;
- le secteur public ou étatique ;
- le secteur para-étatique (assurances, entreprises) ;
- le secteur privé (lucratif) ;
- les organisations internationales, multilatérales et bilatérales ;
- le secteur associatif et/ou confessionnel ou encore privé sans but lucratif ;
- le secteur traditionnel (tradi-praticien, *curandero*, accoucheuse traditionnelle...) ;
- le secteur informel (clandestin, par exemple des infirmiers qui ont ouvert une officine de médecine ou qui pratiquent des actes chirurgicaux).

Chacun de ces différents acteurs se caractérise par des attentes, des besoins, des contraintes, des compétences qui lui sont plus ou moins spécifiques. Pour assurer une meilleure efficacité, l'ensemble des acteurs d'un système de santé devraient pouvoir se mettre d'accord sur une définition explicite de la finalité du système dont ils sont responsables et sur la manière la plus efficace de contribuer à cette finalité tout en gardant leurs spécificités propres. Ce consensus ne peut s'établir que si chacun des acteurs connaît la mission de l'autre et qu'une certaine complémentarité peut être trouvée.

Il est de plus en plus évident et admis par les chercheurs, que la qualité du fonctionnement d'un système complexe (santé, éducation, justice, etc.) dépend avant tout de la qualité des interactions entre les acteurs qui le constituent et de l'adhésion consensuelle à la finalité du système dont ils font partie. Une méthodologie a été mise au point, « l'analyse des acteurs ou *Stakeholder analysis*¹⁹⁹ » pour mieux identifier, analyser et solutionner les différentes contraintes et les obstacles qui rendent difficile la coopération entre les différents acteurs d'un même système.

Médecine basée sur les preuves

Nous reprenons ci-dessous dans son intégralité, l'éditorial de Jean-Michel Chabot paru dans l'*EBM Journal* (édition française) en 1996 (n° 2:1), et disponible sur le site www.ebmjournal.presse.fr/ebm/accueil.htm.

« Le terme d'Evidence-Based Medicine (EBM) a été défini au cours des années 80 à l'école de médecine McMaster à Hamilton, ville d'Ontario située à quelques miles de Toronto et des chutes du Niagara. Pour les universitaires de McMaster, il s'agissait de désigner un des concepts fondamentaux de la

199. Ruairí Brugha et Zsuzsa Varvasovszky, « Stakeholder analysis: a review Health Policy Plan », 2000; 15: 239-246. Voir aussi le site www.reprohealth.org/reprohealthDB/doc/Stakeholder%20analysis%20guidelines.pdf.

réforme « pédagogique » qu'ils étaient en train de mettre en œuvre [1]. Cette réforme était organisée autour de trois concepts principaux :

- l'auto-apprentissage dans le cadre de petits groupes d'étudiants suivis de près par un tuteur senior ;
- la résolution de problèmes (cliniques) comme orientation prioritaire de l'apprentissage ;
- l'Evidence-Based Medicine – que l'on peut traduire par « la médecine fondée sur des faits démontrés » – comme origine essentielle du savoir.

Ce nouveau concept a été précisé par un article publié en 1992 dans le JAMA et signé par un quasi mystérieux EBM Working Group – au sein duquel apparaissent un tout petit nombre de Latins et un seul Français qui fait désormais partie de notre comité éditorial.

De plus, cet article princeps apportait une précision essentielle : l'EBM prétendait s'appliquer tant à l'apprentissage qu'à la pratique de la médecine. En clair, cela signifiait que tous, aussi bien les étudiants en facultés, que les professionnels en formation continue ou dans le cadre de leur pratique quotidienne, pouvaient bénéficier de l'EBM.

À ce stade, il est temps de préciser exactement en quoi consiste l'EBM.

Une phrase est suffisante : il s'agit, pour assurer correctement la prise en charge d'un malade donné, de revoir ce que la littérature apporte dans un cas comparable et de s'en inspirer pour définir la conduite à tenir. D'une manière plus formelle, les promoteurs de l'EBM distinguent les quatre stades successifs suivants [2] :

- formuler clairement le problème clinique à résoudre dans le cas du malade considéré ;
- réaliser une revue de la littérature en excluant les articles critiquables ;
- apprécier la validité et l'applicabilité des conclusions pratiques des publications ;

– en déduire la conduite à tenir pour le malade en cause.

Bien entendu, ce modèle d'apprentissage et de pratique de la médecine est apparu à certains comme particulièrement attractif. Par quelques autres, il a été cependant considéré comme irréaliste et inapproprié.

Le *Lancet* [3-4] s'est ainsi fait l'écho d'un débat qui visait à déterminer quelle part de l'activité médicale est réellement fondée sur des faits démontrés. Un court article publié en mars dernier par le BMJ [5] apporte une réponse extrêmement encourageante: plus de 80 % des cas vus en pratique générale seraient compatibles avec la pratique d'une médecine « fondée sur des preuves »; tout au plus, y aurait-il lieu de diversifier les méthodes habituellement utilisées (avant tout l'essai thérapeutique contrôlé) pour établir ces preuves.

Jean-Michel Chabot
Conseiller éditorial EBM Journal

Références

1. Neufeld VR, Woodward CA, MacLeod SM. *The McMaster MD program: a case study of renewal in medical education*. Acad Med 1989; 64: 423-432.
2. Rosenberg W, Donald A. *Evidence-Based Medicine: an approach to clinical problem-solving*. BMJ 1995; 310: 1122-1126.
3. Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. « Inpatient general medicine is evidence based ». *Lancet* 1995; 346: 407-410.
4. Bradley F, Field J. « Evidence-based medicine ». *Lancet* 1995; 346: 838.
5. Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE. « Evidence-Based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice ». BMJ 1996; 312: 819-821.

Il est intéressant de constater que cet engouement pour la « médecine basée sur les preuves » est, tout compte fait, très récent (diffusé à partir des années 90). Est-ce à dire qu'avant 1990, la médecine n'était pas basée sur les faits et donc non scientifique? On aurait parfois tendance à le penser vu le

nombre d'erreurs commises et de stratégies non valides proposées (Rooney, 1992 ; Skrabanek, 1995 ; Skrabanek, 1997) !

Un autre site intéressant à consulter pour les passionnés de l'EBM : <http://kuuc.chair.ulaval.ca/francais/list.php?idr=51862>

Approche centrée sur le patient

La santé ne se réduit pas à la prise en charge des seuls aspects médicaux des problèmes de santé. Tous les aspects psychosociaux et autres déterminants de la santé (facteurs culturels, économiques, environnementaux, politiques...) font partie intégrante des préoccupations des professionnels de la santé intéressés par l'amélioration du fonctionnement des systèmes de santé. L'approche centrée sur le patient présente le grand avantage de recentrer la qualité des soins et le fonctionnement des services de santé sur les attentes, les besoins et les caractéristiques des patients. Autrement dit, les bénéficiaires (patients et communautés) sont directement remis au centre des préoccupations des différents professionnels de la santé : prestataires de soins, planificateurs, etc. Cette approche insiste également sur la prise en compte des caractéristiques et attentes des prestataires de soins.

Adopter une approche centrée sur le patient signifie mettre la personne du patient au centre de la consultation et essayer de comprendre ses pensées, sentiments et attentes, tout autant que ses symptômes. Une approche centrée sur le patient demande un changement de paradigme de la part du prestataire de soins : au lieu de penser et de répondre en termes de maladie et de pathologie, il devra alors comprendre et s'intéresser aux personnes et à leurs problèmes. Nicola Mead (2000), au travers d'une large revue de la littérature, a identifié cinq dimensions principales à cette approche :

– *la dimension bio-psychosociale* : elle permet d'étendre les champs d'intérêt du médecin au-delà de la santé et de la maladie du patient, pour y inclure des facteurs sociaux et psychologiques ;

– *le patient comme personne à part entière* : elle vise à adapter les soins à la personnalité de chaque patient, en comprenant la signification personnelle de la maladie pour chaque patient ;

– *Le patient capable de décision et de responsabilités* : le patient doit prendre part à la décision et partager les responsabilités concernant les soins ;

– *l'alliance thérapeutique* : elle vise à développer un langage commun entre le prestataire de soins et le patient, incluant des aspects socio-émotionnels et une relation d'empathie à développer ;

– *le soignant comme personne à part entière* : cette dimension tient compte de l'influence de la personnalité et des attentes du prestataire dans la façon dont les soins sont donnés.

Cette approche reprend, 30 ans après, les principes de base des travaux de Balint (1960).

Bénéfices diffus et effets pervers

Généralement, les stratégies d'évaluation des programmes et projets de santé ont pour paradigme de se focaliser sur l'évaluation des effets directs (population qui a bénéficié des services) et de l'impact (réduction de la fréquence de la maladie, de la mortalité). Récemment, une attention plus grande a été donnée à l'évaluation du processus, notamment l'analyse de la qualité technique des soins. Parfois (mais c'est encore trop rare !), la qualité relationnelle et la qualité de la gestion des actes de santé sont aussi prises en compte dans les approches d'évaluation.

En revanche, les bénéfices diffus et les effets pervers induits par les activités du projet sont le plus souvent oubliés. Par bénéfices diffus et effets pervers induits, il faut entendre les conséquences positives ou négatives indirectes associées à la mise en place du projet et à la réalisation de ses activités. « Indirect » signifie que ces conséquences ne sont pas reprises dans les objectifs spécifiques du projet. Comme elles ne figurent généralement pas de façon explicite dans les documents du projet, ces

conséquences ne seront pas identifiées et évaluées, même si leur réalité est évidente !

Donnons quelques exemples de bénéfices diffus.

– Une CPN de qualité favorisera l'utilisation des services de santé par les femmes pour des problèmes plus importants et pourra servir de porte d'entrée dans le système de santé pour le reste de la famille.

– Dans le cadre d'un projet participatif centré sur les processus, la mise en valeur des compétences des différents acteurs peut être à l'origine de nouvelles dynamiques, de nouvelles initiatives des communautés concernées dans d'autres domaines que celui du projet : des comités de santé fonctionnels peuvent entraîner à leur suite la création d'associations pour la production et le travail aux champs, et réciproquement.

– Des communautés hors projet qui, séduites par les résultats obtenus, demandent de pouvoir aussi en bénéficier.

– Etc.

Cette notion de bénéfices diffus et son pendant les effets pervers induits peut sembler évidente et essentielle mais, difficiles à calculer, ces concepts sont le plus souvent ignorés. Suite à la position dominante du paradigme pasteurien dans les stratégies d'évaluation des projets et programmes de développement, et à son désintérêt pour les bénéfices diffus comme pour les coûts induits et les effets pervers, nos connaissances sont très limitées dans ce domaine complexe²⁰⁰. En termes de recherche, il sera donc prioritaire de réaliser des études de terrain pour identifier et mesurer ces effets induits, et ainsi mettre en place de nouvelles méthodologies plus spécifiques capables de rendre visible cette face cachée ou postposée de nos résultats. D'où aussi l'importance de financer des évaluations postprojets.

200. Malgré nos recherches, nous n'avons pas trouvé d'articles ou de documents présentant une méthodologie spécifique pour l'évaluation des bénéfices diffus et des effets pervers induits par un projet. Si vous en connaissez, merci de nous les communiquer : bruno.dujardin@ulb.ac.be.

Nous faisons l'hypothèse que la distance maintenue avec les réels acteurs d'un projet empêche les partenaires du développement de percevoir les bénéfices diffus qui sont sans doute les vrais changements utiles. Changements qui ne se mesurent pas facilement mais qui sont les réels indicateurs d'un développement durable: meilleure information pour une meilleure décision, changements de comportement, meilleure autonomisation, création de nouvelles dynamiques, transformation des rapports de pouvoir dans les communautés bénéficiaires, meilleure synthèse entre tradition et nouvelles techniques, diminution des violences familiales et sociales, ouverture à l'autre et diminution des tensions interethniques, renforcement et élargissement des dynamiques de solidarité, etc.

Il faudrait analyser les bénéfices diffus en tenant compte des attentes et besoins des différents acteurs du projet mais aussi inclure les bénéfices nobles du Nord, comme la capitalisation des expériences qui permet une meilleure pertinence et une plus grande efficacité pour les nouveaux projets, l'enrichissement des enseignements et de la recherche grâce aux terrains offerts par le Sud, l'acquisition de nouvelles compétences (connaissances et expériences) pour les acteurs du Nord, l'épanouissement personnel, etc. Mais aussi et sans doute plus fondamentale, l'influence bénéfique du Sud sur l'évolution des sociétés du Nord.

Approche processus

Suite au constat d'échecs répétitifs d'une approche trop normative, trop planifiée des projets et programmes de développement, certaines coopérations, notamment la Coopération suisse et la Coopération néerlandaise, ont proposé des stratégies plus flexibles. L'approche processus proposée par la Coopération néerlandaise est présentée par Naudet (1999) en ces termes:

«La flexibilité et la participation sont deux des éléments-clés de l'approche processus. Le point de départ est une implication

réelle de l'ensemble des acteurs concernés dans l'identification, la planification, la mise en œuvre et la gestion des activités.

L'approche processus se distingue essentiellement par le fait que les objectifs spécifiques, le montant de l'aide et la date de fin de l'action ne sont pas déterminés à l'avance. Les objectifs sont fixés par les acteurs eux-mêmes au cours du déroulement de l'action, et non pas avant son démarrage. Les personnes impliquées décident des priorités et des différentes étapes au fur et à mesure de leur action et non selon une démarche planifiée. Le donateur choisit un partenaire et le partenaire choisit ses objectifs... La principale obligation à laquelle le donateur doit faire face est de s'engager dans une relation de partenariat durable au cours de laquelle il soutiendra une partie du processus tandis que le partenaire fera également une contribution significative en termes d'idées, d'attention, de travail et de ressources financières. En général l'approche processus conduit à une aide qui met longtemps à arriver sur le terrain, qui s'étend sur une longue période et qui ne représente pas des montants considérables. Cela provient tout simplement de ce que l'aide est ainsi en phase avec ce que les gens, et non les agences de développement, peuvent diriger et gérer. »

Selon le même paradigme, des ONG comme Enda Graf Sahel proposent des méthodes souples de planification comme la planification à rebours, ou encore d'utiliser l'instrument projet comme une situation de recherche (Seyni Ndione, 1994).

Livres conseillés

Pour ceux qui voudraient approfondir un des aspects trop brièvement évoqués dans cet essai, nous conseillons ci-dessous une liste de livres de référence qui peuvent les aider à progresser dans leurs connaissances.

Les institutions internationales et la mondialisation

– *L'Empire et les nouveaux barbares*. Rufin J.-C., 2002, Paris, Hachette, coll. Pluriel.

Un excellent livre, mis à jour en 2002, qui explique les raisons politiques et sociales de la fracture grandissante entre le Nord et le Sud et analyse les enjeux politiques associés.

– *Le procès de la mondialisation*. Goldsmith-Mander J., 2001, Paris, Fayard.

Donne un aperçu global des différentes conséquences de la mondialisation au niveau du commerce, de l'environnement, de la culture...

– *Mondialisation et pauvreté. De l'utilité de la pauvreté dans le nouvel ordre mondial*. Mestrum F., 2002, Paris, L'Harmattan.

Un livre qui démystifie l'approche « réduction de la pauvreté » proposée par différentes institutions internationales. Il montre que les interventions de ces institutions (BM et FMI) ont généralement tendance à augmenter la pauvreté et la marginalisation.

– *Crédits sans frontières. La religion séculière de la Banque mondiale.* George S., Sabelli F., 1994, Paris, La Découverte.

Ce livre, extrêmement bien documenté, est une analyse sociologique de cette institution. Il décrit les rouages internes du fonctionnement de la Banque mondiale et met en exergue les aspects paradigmatiques de ce fonctionnement : comportement doctrinal, hiérarchie rigide...

À propos de la Banque mondiale, le livre *La grande désillusion* de Stiglitz J.E. (2002), prix Nobel d'économie et ancien vice-président de la BM, permet de mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent la mondialisation et les raisons de ses échecs.

– *L'effet boomerang. Chocs en retour de la dette du tiers-monde.* George S., 1994, Paris, La Découverte.

Cet ouvrage identifie les conséquences néfastes pour le Nord du poids du remboursement de la dette des pays du Sud. Il met aussi en avant les liens entre le Nord et le Sud et l'intérêt pour le Nord d'en finir avec la dette du Sud.

– *Trouver des problèmes aux solutions. Vingt ans d'aide au Sahel.* Naudet J.-D., OCDE, Club du Sahel, 1999, Paris, OCDE.

Un livre précieux pour celui qui veut comprendre nos erreurs, les imperfections et les dérives de « l'approche projet » comme stratégie pour le développement. Un bilan intelligent, intéressant, même si certaines des conclusions et recommandations pourraient être mal utilisées par les tenants d'un désengagement du Nord par rapport au Sud.

Comprendre les systèmes de santé du Sud et leurs enjeux

– *Le développement à l'œuvre. Pour une meilleure santé en Afrique. Les leçons d'une expérience.* Banque internationale pour

la reconstruction et le développement, 1994, Washington D.C., Banque mondiale.

Un livre très intéressant, publié par la BM, et qui résume plusieurs dizaines d'années d'expériences dans la planification, l'organisation et l'évaluation des systèmes de santé en Afrique.

– *Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*. Brunet Jailly J. (sous la direction de), 1997, Paris, Karthala.

Ce livre rassemble les expériences et avis de différents acteurs des systèmes de santé réunis lors d'une conférence internationale au Mali en 1995. Il se centre sur les expériences et aspects innovateurs de projets de développement des systèmes de santé en Afrique ces dernières années.

– *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Hours B., 2001, Paris, Khartala.

Ce livre, qui regroupe les témoignages de différents acteurs, présente différentes perspectives de l'interface entre systèmes de santé et santé publique, d'un côté, et aspects anthropologiques et sociologiques de l'autre. Un livre intéressant pour ceux qui veulent mieux comprendre les enjeux et interactions entre les différents acteurs du système de santé.

– *World Health Report 2000. Health Systems : improving performances*, 2000, Genève, WHO.

Ce rapport annuel de l'OMS présente une synthèse sur l'état des systèmes de santé dans le monde. Certains aspects sont très intéressants, d'autres sont sujets à caution (voir une brève critique de ce rapport au chapitre 4). Le texte de ce rapport est disponible sur le site : www.who.int/whr/2000/fr/report.htm.

– *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*. Gruénais M.-E., Portier R. (sous la direction de), 2000, Paris, La Documentation française n° 195.

Ce livre fait le point sur les pathologies spécifiques comme maladie du sommeil, paludisme, onchocercose, sida... mais aussi sur des aspects liés à l'organisation des systèmes de santé :

coopération privée et publique, rôle des ONG, reconnaissance professionnelle...

– *An introduction to health planning and developing countries*. Green A., 1999, Oxford, Oxford University Press.

Sans doute le meilleur livre concernant la planification des systèmes de santé dans les pays en développement, une référence pour tout spécialiste...

– *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*. Bado J.-P., 1996, Paris, Karthala.

Une étude très détaillée de l'histoire des grands programmes de santé spécifiques, leurs réussites et leurs échecs, étude qui enchante les historiens des systèmes de santé.

Des livres qui traitent des paradigmes (valeurs fondamentales) du développement...

– *Réinventer le présent. Quelques jalons pour l'action*, 1994, Dakar, Enda Graf Sahel.

Petit livre de 130 pages, extrêmement intéressant, qui met bien en exergue les enjeux et les valeurs qu'il nous faut retrouver pour assurer une coopération et un partenariat de meilleure qualité.

– *Pauvreté, décentralisation et changement social. Éléments pour la reconstruction d'une société politique*, 1998, Dakar, Enda Graf Sahel.

Centré sur la problématique de la décentralisation (retrouver son propre centre), ce livre résume l'expérience et le cheminement d'une association Enda Graf dans la recherche d'une plus grande créativité dans le développement des individus et des communautés.

– *La santé en projet*. Honoré B., 1996, Paris, InterÉditions.

Dans le cadre plus précis de la santé, ce livre discute des valeurs sous-jacentes à ce concept et propose une nouvelle approche de la santé, moins dépendante de l'emprise médicale.

– *Alliance pour un monde responsable, pluriel et solidaire*. Document de 43 pages disponible sur le site de l'Alliance et qui

décrit les valeurs mises en avant, le cadre de référence de cette initiative qui vise un changement de mentalité et de relations entre les acteurs. Voir le site : www.alliance21.org/fr/.

– *Savoirs du Sud : connaissances scientifiques et pratiques sociales : ce que nous devons aux pays du Sud*. Réseau réciprocity des relations Nord-Sud, 1999, Paris, Éditions Charles Léopold Mayer.

Un livre facile à lire qui présente en quelques pages une trentaine d'expériences de codéveloppement, de partenariats réussis entre le Sud et le Nord.

Introduction à l'étude des pays en développement et de la coopération

– *L'aide au développement à l'heure de la mondialisation*. Bailly M., Dufour P., 2000, Toulouse, Milan, coll. Les Essentiels.

Petit livre d'une soixantaine de pages, donnant un survol général de différents domaines de la coopération au développement : endettement, financement, aide bilatérale, etc.

– *Les destins du tiers-monde. Analyse, bilan et perspectives*. Coutrot Th., Husson M., 1993, Paris, Éditions Nathan.

Un livre plus fouillé que le précédent et qui satisfera la personne à la recherche d'une information précise et détaillée sur les multiples défis et destins du tiers-monde.

– *Stigmates : introduction à l'étude des pays dits en voie de développement*. Nahavandi F., 2001, Bruxelles, Bruylant.

Livre très fouillé qui donne une perspective historique des enjeux du développement et des grandes théories sous-jacentes, intéressant pour une meilleure compréhension des enjeux politiques sous-jacents.

– *Pourquoi sont-ils si pauvres ? Faits et chiffres en 84 tableaux sur les mécanismes du développement*. Strahm R.H., 1986, Boudry (Suisse), Éd. À la Baconnière.

Un petit livre de 200 pages, très pédagogique et très fouillé, expliquant de façon simple (mais non simpliste !) les principaux mécanismes du sous-développement. Un livre de base pour ceux

qui veulent avoir une perspective globale des enjeux liés au développement.

La profession médicale : enjeux et devenir

– *L'air de la médicalisation. Ecce homo sanitas*

Pour tout savoir sur la médicalisation : sa place dans notre civilisation, ses racines historiques et les enjeux associés.

– *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Aïcha P., Fassin D., 1994, Paris, Economica.

Pour mieux comprendre les paradigmes des professions de santé, les raisons de ce choix professionnel et les raisons profondes d'une certaine crise dans les professions médicales ;

– *La fin de la médecine à visage humain*. Skrabanek P., 1995, Paris, Éditions Odile Jacob, coll. Opus.

Un livre décapant qui identifie et illustre par de nombreux exemples les dérives du médicalisme et de l'hygiénisme moderne.

– *La mort est une question vitale. L'accompagnement des mourants pour changer la vie*. Kübler-Ross., 1996, Paris, Albin Michel.

Un des livres qui a permis de redonner un sens plus humain à la mort et qui, depuis une dizaine d'années, est à la base d'un mouvement de réappropriation de la mort par les patients et leur famille.

– *Idées folles, idées fausses en médecine*. P. Skrabanek, 1997, Paris, Éditions Odile Jacob, coll. Opus.

Un ouvrage iconoclaste qui identifie les grandes bêtises d'un monde médical parfois trop assis sur son autorité, ses certitudes, sa bonne conscience...

– *Attention statistiques ! Comment en déjouer les pièges*, Klatzmann, 1992, Paris, La Découverte, coll. Essais.

Ouvrage très bien documenté montrant les erreurs fréquentes faites quand les statistiques sont utilisées avant tout pour justifier les opinions que nous avons...

– *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Vega A., 2000, Paris, Édition des archives contemporaines.

L'hôpital et son fonctionnement quotidien vus de l'intérieur, comme si vous y étiez ! Les ambiances de travail, les relations de pouvoir, les rituels, la place laissée aux patients. Un ouvrage de référence pour mieux comprendre l'hôpital moderne, ses dysfonctionnements et l'interface entre professionnels et patients.

– *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse*. Servan-Schreiber D., 2003, Paris, Éd. Robert Laffont, coll. Réponses.

Un livre courageux, passionnant à lire, écrit par un psychiatre spécialiste en neurosciences cognitives mais qui n'a pas perdu son ouverture au monde. Un livre basé sur l'évidence et qui permet une meilleure autonomisation des patients. Un ouvrage qui fera date dans l'histoire de la santé !

Pour en savoir plus sur Pasteur

Pasteur. Vallery, Radot, 1994, Paris, Librairie académique Perrin.

L'arrière-petit-neveu de Louis Pasteur nous parle de la vie du savant mais aussi de ses rapports avec le pouvoir, la presse et les autres scientifiques. Livre bien documenté, agréable à lire.

– *L'institut Pasteur contribution à son histoire*. Morange M. (sous la direction de), 1991, Paris, La Découverte.

Livre écrit par des pasteurien, il permet de mieux connaître les origines de l'institut Pasteur, ses activités dans le monde et son développement actuel.

– *La vérité médicale. Claude Bernard, Louis Pasteur, Sigmund Freud : légendes et réalités de notre médecine*. Lambrichs L., 1993, Paris, Laffont.

Ce livre, écrit par une philosophe, permet de mieux comprendre l'influence de ces trois grandes figures sur l'histoire de la médecine moderne. L'auteur démystifie l'histoire de Pasteur, saint laïque, en montrant certaines de ses faiblesses, certaines vérités dissimulées par les hagiographes de Pasteur... ce qui rend le savant plus humain et plus proche !

Les relations (jamais innocentes) entre science et pouvoir

– *Science et pouvoir. Faut-il en avoir peur?*. Stengers I., 1997, Bruxelles Labor.

Livre très intéressant qui décortique les relations entre pouvoir et science (et notamment l’emprise de Pasteur sur la société et le pouvoir), et l’enjeu pour les citoyens de rester des acteurs conscients.

– *Du pouvoir et des hommes*, Friedman J.-P., 2002, Paris, Éditions Michalon.

Pour quelles raisons les hommes politiques (et aussi les scientifiques) courent-ils après le pouvoir?... Cet essai, écrit par un psychanalyste, décrypte les types de pouvoir et la personnalité d’hommes politiques français actuels. On peut faire de nombreux rapprochements avec le monde médical !

Les relations entre culture et développement

– *Des racines pour vivre. Sud, Nord : identités culturelles et développement*. Verhelst T., 1987, Paris et Gembloux, Duculot, Perspectives.

Pour mieux comprendre la dimension culturelle du développement et lutter contre l’appauvrissement culturel au Sud mais aussi au Nord !

– *Pratique interculturelle en médecine et santé humaine*. Sawadog M., Thill G. (sous la direction de), Prélude, 1995, Namur, Presses Universitaires de Namur.

Voir aussi le site web de Prélude : www.fundp.ac.be/prelude.

Pour mieux comprendre la place des pratiques traditionnelles de santé et leur place dans un développement durable.

– *La résilience. Résister se construire*. Manciaux M. (sous la direction de), p. 199-208, 2001, Genève, Éditions Médecine Hygiène.

La résilience est une réalité trop souvent ignorée et qui, mieux utilisée, pourrait servir de socle pour un développement durable. Ce livre est une bonne porte d’entrée pour mieux

comprendre la résilience, ses dynamiques, son potentiel et ses limites. Des exemples concrets sont présentés.

– *Les identités meurtrières*. Maalouf A., 1998, Paris, Grasset (réédité en Livre de poche n° 15005).

Comment éviter que nos identités culturelles ne conduisent à la peur de l'autre, à sa négation? Un livre très intéressant où l'auteur refuse à la fois l'uniformisation planétaire et le repli sur « la tribu ».

La formation des professionnels

– *La tête bien faite. Repenser la réforme – réformer la pensée*. Morin E., 1999, Paris, Seuil, coll. L'Histoire immédiate.

Un petit livre incontournable pour ceux qui se penchent sur les réformes de l'enseignement dans une perspective plus systématique, plus humaniste. Comment apprendre à devenir citoyen et préférer une tête bien faite à une tête bien pleine...

– *Recherche, formation, développement, leur interrelation*. Actes du premier forum Prélude Dakar (Thill G., organisation scientifique), 1988, Namur, Presses Universitaires de Namur.

Comment articuler la recherche scientifique aux pratiques socio-économiques et culturelles du terrain, à la formation et à la recherche... Cet enjeu est explicité dans ce livre qui rassemble les interventions des participants au premier forum de Prélude.

Pour le plaisir de découvrir la richesse d'un continent

– *Besoin d'Afrique*. Fottorino E., et al., 1992, Paris, Fayard.

Comme le disent les auteurs: ce livre est une promenade dans les lumières et les ombres de l'Afrique d'aujourd'hui... Regards qui accueillent tout, l'émotion, le drame, le respect, les portraits... toutes les histoires, petites ou grandes. Un livre pour le plaisir de comprendre ce qui fait de l'Afrique un continent si précieux et incontournable. Une vraie découverte même pour ceux qui connaissent l'Afrique.

– *Combat mental*. Okri B., 1999, Paris, Bourgois C.

Un très beau poème d'un auteur africain, message de foi dans l'homme et dans les temps futurs. Un message d'espoir aux acteurs du développement qui se sentiraient trop démotivés: « Nous valons plus que la somme totale de nos succès et de nos échecs. Nous sommes plus grands que notre désespoir. »

Sites web conseillés

Bibliographie sur la mort

www.naitre-et-vivre.asso.fr/html/bibliographie.htm

Mondialisation

www.mondialisation.be

Alliance : www.alliance21.org/fr

Documents thématiques de l'alliance :

www.alliance21.org/fr/themes/index.html

Forum social mondial :

www.forumsocialmundial.org.br/home.asp

Fondation Charles Léopold Mayer : www.fph.ch

www.oxfamsol.be/fr/home-fr.htm

Médicaments essentiels

www.essentialdrugs.org/links.php

www.remed.org/index.html

Institutions internationales dans le domaine de la santé

www.unicef.org

www.who.int/whr/2000/fr/report.htm

www.ibe.unesco.org/International/ICE/bridge/Francais/index.html

www.banquemondiale.org

www.un.org/french/aboutun/ONU_en_bref/index.html

www.wto.org/french/thewto_f/whatis_f/tif_f/disp0_f.htm

Pasteur

www.Pasteur.fr

www.ccf.fr/associations/gros_plan/pasteur/pasteur.htm

Rapport annuel 2001 de l'institut Pasteur :

www.pasteur.fr/recherche/RAR/RAIP2001

Site de campus :

www.cnrs.fr/CMA/dyna/rubrique.php3?id_rubrique=6

Réseaux santé

www.fundp.ac.be/prelude

Paradigmes

dchaffiol.free.fr/info/art_paradigme_t.htm

www.coherences.com/TEXTES/PDF/paradigme.pdf

Automates intelligents

www.automatesintelligents.com/edito/2001/dec/edito1.html

Politiques internationales

www.health-policy-systems.com/default/default.asp

www.presentdanger.org/index.html

Références

- Adam Ph.
1994 Herzlich C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan.
- Aïach P.
1994 Fassin D, Saliba J., « Crise, pouvoir et légitimité », in: *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Economica, p. 9-42.
- Alliance
1994 « Pour un monde responsable et solidaire. Bâtir ensemble l'avenir de la planète », *Le Monde Diplomatique*, 16 avril 1994. www.monde-diplomatique.fr. Voir aussi le site www.alliance21.org/fr.
- Almeida C.
2001 Braveman P., Gold M.R., Szwarcwald C.L., Mendes Ribeiro J., Miglionico A., Millar J.-S., Porto S., do Rosario Costa N., Ortun Rubio V., Segall M., Starfield B., Travssos C., Uga A., Valente J., Viacava F. « Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000 », *Lancet*, 357.

- Ambroselli C. 1988 *L'éthique médicale*, Paris, PUF, Que-Sais-Je.
- Atkinson 2002 « Political cultures, health systems and health policy », *Social Science and Medicine*, 55, 113-124, 2002.
- Backett E.M. 1984 Davies A.M., Petros-Barvazian, *L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé. Notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)*. Genève, Organisation mondiale de la santé.
- Badaka M. 2000 « Profession : médecin », in: *Afrique contemporaine*, Paris, La Documentation française, 195 : 250-258.
- Bado J.-P. 1996 *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*. Paris, Karthala.
- Balint M. 1960 *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris, PUF.
- Balique H. 2001 « Le concept de communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaires du Mali », in: *Systèmes et politiques de santé, De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, p. 275-283.
- Banque mondiale 1994 *Le développement à l'œuvre. Pour une meilleure santé en Afrique. Les leçons d'une expérience*, Banque internationale pour la reconstruction et le développement, Banque mondiale, Washington D.C.

RÉFÉRENCES

- Baquiast J.-P.
2002 «Notes sur *La vie, mystère et raison* de Escande J.-P.», in: *Robotique, vie artificielle, réalité virtuelle*, revue mensuelle n° 25, Publiscope.
Disponible sur le site: www.admiroutes.asso.fr/larevue/2002/25/escande.htm
- Bassett M.T.
1997 Bijlmakers L., Sanders D.M. «Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: experience during Zimbabwe's structural adjustment programme», *Social Sciences and Medicine*, 45 (12): 1845-1852.
- Binet
1985 *Les Bidochon (tome 7), Assujettis sociaux*, Éd. Fluide Glacial, Éditions Audie.
- Blundo G.
2001 Olivier de Sardan J.-P., *La corruption au quotidien en Afrique de l'Ouest. Approche socio-anthropologique comparative: Bénin, Niger et Sénégal. Rapport final 2001*, École des hautes études en sciences sociales, Marseille.
- Brétecher C.
1986 Docteur *Ventouse Bobologue* (tomes 1 et 2), édités par l'auteur.
- Bruckner P.
2002 *Le Nouvel Observateur*, 7 août 2002, p. 16.
- Brugha R.
2002 Starling M., Walt G., «GAVI, the first steps: lessons for the Global Fund», *Lancet*, volume 359, Issue 9304, 2 février 2002, p. 435-438.

- Caro G.
1969 *La médecine en question*. Coll. Cahiers libres, n° 156-157, Éd. François Maspéro, Paris, 1969.
- Carroli
2001 Rooney C., Villar J., « How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence », *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2001, 15, Suppl. : 1-42.
- Cassels A.
1998 Janovsky K., « Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? », *Lancet*, volume 352, Issue 9142, 28 novembre 1998, p. 1777-1779.
- Chambraud C.
2002 « L'image des États-Unis s'est fortement dégradée depuis deux ans ». *Le Monde*, 7 décembre 2002.
- Commission
européenne
1993 Manuel Gestion du cycle de projet. Approche intégrée et cadre logique; *série méthodes et instruments pour la gestion du cycle projet*. N° 1, février 1993, Bruxelles/Genève.
- Corneau G.
1989 *Père manquant fils manqué. Que sont les hommes devenus ?*. Les Éditions de l'homme.
- Cornia G. A.
1987 Jolly R., Stewart F., *Adjustment with a Human Face. Protecting the vulnerable and promoting growth*. A Study by Unicef. Clarendon Press-Oxford University Press, New-York, 1987, 319 p.

RÉFÉRENCES

- Coutrot T.
1993 Husson M., *Les destins du tiers-monde. Analyse, bilan et perspectives*, Éditions Nathan, 1993, Paris.
- De Brouwere
1997 Tonglet R., Van Lerberghe W., *La Maternité sans risques dans les pays en développement : les leçons de l'histoire*, Studies in Health services Organisation, § Policy 6, 1997.
- De Leener P.
1998 Ndione E.S., Périer J.-P., Jacolin P., *Pauvreté, décentralisation et changement social. Éléments pour la reconstruction d'une Société Politique*, Dakar, Enda graf Sahel.
- Déchamp-
Le Roux C.
1994 «Vocation médicale et choix professionnel», in : *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Economica, p. 87-119.
- Dedet J.-P.
2000 *Les instituts Pasteur d'outre-mer. Cent-vingt ans de microbiologie française dans le monde*, L'Harmattan.
- Delaunay A.
1988 El Kouby H.E., *Louis Pasteur, institut Pasteur. Le musée, la grande bibliothèque, la chapelle funéraire*, document de présentation du musée Pasteur, institut Pasteur Paris. Voir aussi le site : www.pasteur.fr/externe.
- Demenet Ph.
2001 «Contre l'apartheid médical. Stratégies mondiales pour la santé populaire», *Le Monde diplomatique*, mars 2001, p. 26-27.

- Donnay F.
2002 Adam B., Mampaey L., Pailhe C., «Les dérives unilatéralistes et militaires de la politique américaine risquent d'accroître l'insécurité internationale», référence: GRIP DATA: GC 1018. Disponible sur le site www.grip.org.
- Dozon J.-P.
1985 «Quand les pasteuriens traquaient la maladie du sommeil», *Sciences sociales et santé*, volume 3, p. 28-56.
- Dozon J.-P.
1991 «Pasteurisme, médecine militaire et colonisation en Afrique noire. La lutte contre la maladie du sommeil», in: *L'institut Pasteur. Contributions à son histoire*, p. 269-278, Paris, La Découverte.
- Dubois P.
1995 «Louis Pasteur: une légende plus vraie que nature», première partie: de la chimie à la biologie, *Ann Med Millit Belg*, 9, p. 165-173.
- Dubois P.
1996 «Louis Pasteur: une légende plus vraie que nature», deuxième partie: de la microbiologie aux applications médicales humaines, *Ann Med Millit Belg*, 10, p. 1-13.
- Dujardin B.
2001 «Lecture politique de l'apocalypse», *La Libre Belgique*, 14 septembre 2001.
- Dujardin B.
2002 «Le médecin de systèmes de santé publique: un extra-terrestre malgré lui», in: *Santé publique et sciences sociales. Les mondes des professionnels de la santé face aux patients*, numéros 8 & 9, juin 2002, Éditions Dar El Gharb, IRD Éditions, Oran.

RÉFÉRENCES

- Dujardin B.
1987 «L'aide internationale et les problèmes de santé en Afrique, l'offre correspond-t-elle aux besoins?», 1987, 28:65-80.
- Dujardin B.
1994 «Health and Human Rights», Background paper for the Thirteenth International Conference on the Social Sciences & Medicine 10-14 octobre 1994, Section H. *Soc Sci Med*; 39: 1261-1274.
- Dujardin B.
1995 Clarysse G., Criel B., De Brouwere V., Wangata N., «The strategy of risk approach in antenatal care: evaluation of the referral compliance», *Soc Sci Med*; 40: 529-535.
- Dujardin B.
1996 Van Cutsem R., Lambrechts T., «The value of maternal height as a risk factor of dystocia: a meta analysis», *Tropical medicine and International Health*; 1: 510-521.
- Dujardin B.
2003 Dujardin M., Hermans I., «Ajustement structurel – Ajustement culturel?», accepté pour publication dans la revue *Santé Publique*.
- Elias R.
2001 *Terrorism and American Foreign Policy*. Tanbou, 25 septembre 2001. www.tanbou.com/2001/fall/USForeignPolicyElias.htm.
- El-Joud
2001 Bouvier-Colle M.-H., «Dystocia: a study of its frequency and risk factors in seven cities of West Africa», *Int. J. Gynecol Obstet*; 74 (2): 171-178.

- Escande J.-P. 1999 *La vie, mystère et raison*. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- Fainzang S. 2002 « Le mensonge : une pratique médicale », in : *Santé publique et Sciences sociales. Les mondes des professionnels de la santé face aux patients*, numéros 8 et 9, juin 2002, Éditions Dar El Gharb, IRD Éditions, Oran.
- Fondation Charles Léopold Mayer 2000 *Coopérer avec l'Amérique latine. 36 initiatives et expériences rassemblées dans le cadre du programme d'éducation au développement : Quid de toutes les Amériques en France et en Europe?*. Document de travail n° 122, Éditions Charles Léopold Mayer, Paris.
- Fondation Charles Léopold Mayer 2000 Rocard M. (préface), Calame P. (coordination) avec l'appui de l'Union européenne, *Mettre la Coopération européenne au service des acteurs et des processus de développement. Un processus collectif de diagnostic et de propositions*. Document de travail n° 111, Éditions Charles Léopold Mayer, Paris.
- Fondation Charles Léopold Mayer 2000 Larrègle A., Simon A., Tien C., Goasmat K. (coordination), *La coopération entre l'Union européenne et les Pays ACP ; recueil de cas*, Document de travail n° 113, Éditions Charles Léopold Mayer, Paris.
- Fottorino E. 1992 Guillemin Ch., Orsenna E., *Besoin d'Afrique*, Paris, Fayard.

RÉFÉRENCES

- Fozzard S.W.
2001 « Application pratique de la résilience dans le travail de terrain (Afrique-Asie) », in : *La Résilience. Résister et se construire* (sous la direction de Manciaux Michel), p. 199-208. Éd. Médecine et Hygiène, Genève.
- Friedman J.-P.
2002 *Du pouvoir et des hommes. Jacques, Lionel, Jean-Pierre et les autres.* Éditions Michalon, Paris.
- George S.
1994a Sabelli F., *Crédits sans frontières. La religion séculière de la Banque mondiale.* Éditions La Découverte, coll. Essais, Paris.
- George S.
1994b *L'effet Boomerang. Choc en retour de la dette du tiers-monde.* La Découverte, coll. Essais, Paris.
- Goldsmith E.
2001 Mander J., *Le procès de la mondialisation.* Paris, Fayard.
- Gonnet F.
1992 *L'hôpital en question(s).* Éditions Lamarre, Paris.
- Goodburna E.A.
2001 Husseinb J., Lemac V., Damisoni H, Graham W., « Averting maternal death and disability. Monitoring obstetric services: putting the UN guidelines into practice in Malawi », in : *Developing the system. International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 74, 2001, p. 105-117.

- Green A.
1999 *An introduction to Health Plannig in Developing Countries*. 2^e édition, Oxford University Press.
- Grmek M.D.
1991 «Louis Pasteur, Claude Bernard et la méthode expérimentale», in: *L'institut Pasteur. Contributions à son histoire*, Paris, La Découverte, p. 21-44.
- Gruénais M.-E.
2001 «Communautés et État dans les systèmes de santé en Afrique», in: *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, p. 67-85.
- Hansen B.
1991 «La réponse américaine à la victoire de Louis Pasteur contre la rage», in: *L'institut Pasteur. Contributions à son histoire*, Paris, La Découverte, p. 89-102.
- Haynal A.
2003 Michael Balint, continuateur de l'œuvre de Ferenczi.Filigr@ne, *Revue de Psychanalyse*. volume 11, n° 2. Disponible sur le site: www.cam.org/~rsmq/filigrane/archives/haynal.htm.
- Honoré B.
1996 *La santé en projet*, InterÉditions, Paris.
- Hours B.
1998 *L'idéologie humanitaire ou le Spectacle de l'altérité perdue*. Paris, L'Harmattan, 1998.
- Hours B.
2001 «Pour une anthropologie de la santé en sociétés», in: *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, p. 5-21.

RÉFÉRENCES

- Hours B. 1985 *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*. Paris, L'Harmattan, 1985.
- Hugon Ph. 1990 « L'impact des politiques d'ajustement sur les circuits financiers informels africains », *Revue tiers-monde*, n° 122, p. 325-49.
- Illich I. 1999 « Un facteur pathogène prédominant: l'obsession de la santé parfaite », *Le Monde Diplomatique*, mars 1999.
- Illich I. 1975 *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris, Seuil, 1975.
- Jacobson J.-L. 2002 Mallik R. « The Far Right, Reproductive Rights, and U.S. International Assistance: The Untold Story », *Gender health and Gender Equity*, 14 août 2002. Disponible sur le site: www.genderhealth.org.
- Jaffré Y. 1999 Olivier de Sardan J.-P., *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'ouest*, « Les champs de la santé », 1999, PUF, Paris.
- Jaffré Y. 2002 Olivier de Sardan J.-P., Diallo Y., Salam Fall A., Koné M., Souley A., Touré Y., *Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique, enquêtes sur l'accès aux soins dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Projet « santé urbaine » (Unicef-Coopération française)*. Rapport de recherche.

- Jarreau P.
2002 «L'hostilité des États-Unis vise l'ONU et remonte à l'administration Clinton», *Le Monde*, 2 juillet 2002.
- Jewkes R.
1998 Abrahams N., Mvo Z., «Why do nurses abuse patients? Reflections from south african obstetric services», in : *Social Sciences and Medicine*, 47 (11), p. 1781-1795.
- Kalipeni E.
2000 «Health and disease in southern Africa: a comparative and vulnerability perspective», in : *Social Science and Medicine*, volume 50, p. 965-983.
- Kanji N.
1991 Manji F., «From development to sustained crisis: structural adjustment, equity and health», in : *Social Science and Medicine*, 33, p. 985-993.
- Kennel J.
1991 Klaus M., McGrath S., Robertson S., Hinkley C., «Continuous emotional support during labor in a US hospital», *JAMA*, 265, p. 2197-2201.
- Knibielher Y.
2002 (Sous la direction de Coenen M.T.). Préface in: *Corps de femmes. Sexualité et contrôle social*, Bruxelles, De Boeck Université.
- Kroeger A.
2002 Falkenberg T., Tomson G., Sen K., Diesfeld H.J., Dujardin B., Tang S., Van der Stuyft P., «Does Brussels listen? European health systems research in developing countries at the edge of extinction», *Tropical Medicine and International*, 7, p. 101-103.

RÉFÉRENCES

- Kübler-Ross E. 1996 *La mort est une question vitale. L'accompagnement des mourants pour changer la vie*, Albin Michel, Paris.
- Latour B. 1994 « Pasteur : une science, un style, un siècle », Paris, Perrin, institut Pasteur.
- Lecomte B.-J. 1986 *L'aide par projet. Limites et alternatives*. Paris, OCDE.
- Loudon 1992 *Death in childbirth. An international study of maternal care and maternal morbidity 1800-1950*. Oxford, Oxford University Press.
- Maalouf A. 1998 *Les identités meurtrières*. Paris, Grasset (réédité au Livre de poche, n° 15005).
- Maine D. 1997 « Guidelines for monitoring the availability and use of Obstetric Services ». Unicef – WHO – UNFPA.
- Manciaux M. 2001 (sous la direction de). *La résilience. Résister et se construire. Cahiers médico-sociaux*. Genève, Éditions Médecine et Hygiène.
- Martiny P. 1999 La « prime en réponse à la démotivation du staff local d'un projet de coopération : un préalable et dix conditions pour que l'action soit catalytique et non toxique », *Lettre du RIAC*, juin 1999, p. 13. Voir aussi le site : www.itg.be/itg.
- Maurice J. 1971 *Bruno mon fils. Une mère et les médecins*. Paris, Stock.

- Mead N.
2000 Bower P., « Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature », *Social Science and Medicine*, volume 51, Issue 7, 1^{er} octobre 2000, p. 1087-1110.
- Mebtoul
2002 « La profession médicale peut-elle se construire dans un espace social banalisé et déprécié? in: *Santé publique et Sciences sociales. Les mondes des professionnels de la santé face aux patients*, n° 8 et 9, juin 2002, p. 145-170, Éditions Dar El Gharb, IRD Éditions, Oran.
- Mestrum F.
2002 *Mondialisation et pauvreté. De l'utilité de la pauvreté dans le nouvel ordre mondial*. Paris, L'Harmattan.
- Monde
diplomatique
(Le) 2002 « L'Accord de Cotonou », *Le Monde diplomatique*, juin 2002.
- Morange M.
1991 *L'institut Pasteur. Contributions à son histoire*. Paris, La Découverte.
- Morin E.
1999 *La tête bien faite*. Paris, Paris, Seuil, coll. L'Histoire immédiate.
- Murelius O.
1981 *Les institutions face à l'analyse des projets dans les pays en développement*. Paris, Études du centre de développement, OCDE.
- Murray Ch.
2001 Frenk J., « World health report 2000 : a step towards Evidence-Based Health policy », *Lancet*, 357: 1698-700.

RÉFÉRENCES

- Nahavandi F.
2001 *Stigmate. Introduction à l'étude des pays dits en voie de développement*. Bruxelles, Bruylant.
- Naudet J.-D.
1999 *Trouver des problèmes aux solutions : vingt ans d'aide au Sahel*. Paris, OCDE.
- Navarro V.
2000 « Assessment of the World Health Report 2000 », *Lancet*, 356: 1598-601.
- Nietzsche
1974 *Le crépuscule des idoles*, Paris, Gallimard, coll. Folio-Essais n° 88.
- Nietzsche
2000 *Mauvaises pensées choisies*. Choix établi par G. Liebert, Paris, Éditions Gallimard.
- Nordstrom A.
2002 « Global fund for AIDS, tuberculosis and malaria », *The Lancet*, volume 359, Issue 9317, 4 mai 2002, p. 1621-1622.
- Nougara A.
1989 Sauerborn R., Oepen C., Dielsfeld H.J., « Assessment of MCH services offered by professional and community health workers », in: *The district of Solenzo*, Burkina Faso, I. Utilization of MCH services, *J. Trop Pediatr*, 1989; 35: 2-9.
- Okri B.
1999 *Mental fight* (trad. française : *Combat mental*). Christian Bourgois, Paris.
- Olivier de
Sardan J.-P.
2000 Moumouni A., Souley A., « L'accouchement c'est la guerre. Accoucher en milieu rural nigérien », in: *Afrique contemporaine*, Paris, La Documentation française, 195: 136-154.

- Olivier de Sardan J.-P.
2002 « Le soignant face au soigné anonyme en Afrique », *Santé publique et Sciences sociales. Les mondes des professionnels de la santé face aux patients*, n° 8 et 9, juin 2002, p. 91-118, Éditions Dar El Gharb, IRD Éditions, Oran.
- OMS
1978 « Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires », Rapport de la Conférence sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978, OMS, Genève.
- OMS
2002 « Réduire les risques et promouvoir une vie saine », Rapport sur la santé dans le monde 2002, OMS, Genève.
- OMS et OMC
2002 « Les accords de l'OMC et la santé publique », étude conjointe de l'OMS et du secrétariat de l'OMC, OMS-OMC, Genève.
- Peter J.-P.
2002 « De la douleur subie à l'anesthésie opératoire – chemin d'esquive; naissance d'une spécialité praticienne hospitalière (XVI^e-XX^e siècle) », *Santé publique et Sciences sociales. Les mondes des professionnels de la santé face aux patients*, numéros 8 & 9, juin 2002, p. 241-264, Oran, Éditions Dar El Gharb, IRD Éditions.
- Pollock A. M.
2000 Price D., « Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatisation in health-care systems », *Lancet*, 356: 1995-2000.

RÉFÉRENCES

- Poultier M.
1982 *Comme la prunelle de mes yeux. Récit d'une détresse en milieu médical.* Les cahiers du Germ, Bruxelles.
- Reed D.
1999 *Ajustement structurel, environnement et développement durable.* Paris, L'Harmattan.
- Réseau réciprocité « *Savoirs du Sud : connaissances scientifiques et des relations pratiques sociales : ce que nous devons aux pays du Sud* ». Paris, Éditions Charles Léopold Nord-Sud.
1999 Mayer, 1999.
- Rivière P.
2001 « Après Pretoria, quelle politique contre le sida ? », *Le Monde Diplomatique*, 20 avril 2001. Disponible sur le site www.monde-diplomatique.fr.
- Rodriguez Pena
C. 2001 Aguilar L. M., « Applicabilité de la résilience dans les programmes sociaux. Expériences en Amérique Latine », in : *La Résilience. Résister et se construire*, p. 189-198 (sous la direction de Manciaux M.), Éd. Médecine et Hygiène, Genève.
- Rooney B.
1992 *Antenatal care and maternal health : how effective is it?.* Genève, WHO, MSM/92.4.
- Rufin J.-C.
1994 *L'aventure humanitaire.* Découvertes, Paris, Gallimard.
- Rufin J.-C.
2002 *L'empire et les nouveaux barbares.* Hachette Pluriel, 2002.

- Servan-Schreiber D., 2003 *Guérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse.* Paris, Éd. Robert Laffont, coll. Réponses.
- Schwartzberg L. 1998 Viansson-Ponté P., *Changer la mort*, 1998, Albin Michel.
- Seyni Ndione E. 1994 De Leener P., Périer J.-P., Ndiaye M., Jacolin P., *Réinventer le présent. Quelques jalons pour l'action*, Éditions Enda Graf Sahel, coll. Recherches populaires.
- Skrabanek P. 1995 *La fin de la médecine à visage humain.* Paris, Éditions Odile Jacob, coll. Médecine.
- Skrabanek P. 1997 Mc Cormick J., *Idées folles, idées fausses en médecine*, Paris, Éditions Odile Jacob, coll. Opus.
- Sosa R. 1980 Kennel J., Klaus M., Robertson S., Urrutia J., «The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction», *N Engl J Med.* ; 303: 597-600.
- Starrs A. 1997 «The Safe Motherhood Action Agenda: priorities for the next decade», *Report on the Safe Motherhood Technical Consultation*, 18-23 octobre 1997, Colombo, Sri Lanka. New York: Inter-Agency Group for Safe Motherhood.
- Stengers I. 1997 *Sciences et pouvoirs. Faut-il en avoir peur?.* Bruxelles, Labor.

RÉFÉRENCES

- Stiglitz J.-E.
2002 *La grande désillusion*. Paris, Fayard.
- Thill G.
1988 *Recherche, formation, et développement : leurs interrelations. Actes du premier forum Prélude*. Dakar, Namur, Presses Universitaires de Namur.
- Thill G.
1995 *Pratiques interculturelles en médecine et santé humaines. Phytomédicaments d'origine africaine : de la recherche à la production pour le développement durable*. Namur, Presses Universitaires de Namur.
- Tshimbulu
2002 « L'Union européenne sous le feu de la critique », *Le Monde diplomatique*, juin 2002, p. 18. Voir le site : www.monde.diplomatique.fr.
- Vallery-Radot
1994 *Pasteur*. Paris, Librairie académique Perrin.
- Van der Struyft P.
2000 Unger J.-P., « Editorial: improving the performance of health systems: the World Health Report as go-between for scientific evidence and ideological discourse », *Tropical medicine and International Health*, volume 5, n° 10: 673-677.
- Van Eersel P.
1999 *Ré-appriivoiser la mort*. Paris, Le livre de Poche, n° 14714, Éditions Albin Michel.
- Vega A.
2000 *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris, Édition des archives contemporaines.

- Verhelst T.
1987 *Des racines pour vivre. Sud-Nord : identités culturelles et développement.* Paris-Gembloux, Duculot, Perspectives.
- Villar J.
2001 Ba'aqeel H., Piaggio G., Lumbiganon P., Miguel Belizan J., Farnot U., Al-Mazrou Y., Carroli G. *et al.*, « WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care », *Lancet*, 357: 1551-64.
- Viruega J.
1995 « Être pasteurien aujourd'hui », entretien avec Maxime Schwartz, quotidien belge *La Cité*. Voir le site : www.regards.fr/archive/1995.
- Waelkens M. P.
2001 Greindl I., « Urban health: particularities, Challenges, experiences and Lessons learned. A litterature review », *GTZ publications*, Division 43, GTZ Eschborn. Voir aussi le site de la GTZ (Coopération allemande): www.gtz.de/english/index.asp.
- Wallace H. M.
1990 Giri K., *Health care of women and children in developing countries.* Third party publishing company, Oakland, California.
- WHO
cooperative trial
1980 « WHO cooperative trial on primary prevention of ischaemic heart disease with clofibrate to lower serum cholesterol: mortality follow-up », Report of the Committee of Principal Investigators, *Lancet*, 8191; 379-85.

RÉFÉRENCES

- WHO
cooperative trial
1984 «WHO cooperative trial on primary prevention of ischaemic heart disease with clofibrate to lower serum cholesterol: final mortality follow-up»; Report of the Committee of Principal Investigators, *Lancet*, 8403: 600-4.
- WHO
1997 «Global Tuberculosis Programme: treatment of tuberculosis», Geneva, Switzerland, WHO report, 1997; WHO/TB/97.220.
- WHO
2000 *The world Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*. Genève, WHO.
- Women's Health
Initiative
2002 «Risks and Benefits of Estrogen plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women. Principals results from the Women's Health Initiative Randomized controlled trial», *JAMA*, 288: 321-368.
- Ziegler J.
2001 «Une lutte sans moyens contre la faim. Schizophrénie des Nations unies», *Le Monde diplomatique*, novembre 2001, p. 4. Voir le site : www.monde-diplomatique.fr.

Abréviations utilisées

ASC	Agent de santé communautaire
ASCOM	Association de santé communautaire
CPN	Consultation prénatale
CSCOM	Centres de santé communautaires
TCOD (DOT en anglais)	Traitement de courte durée sous observation directe
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (<i>Coopération allemande</i>)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme alimentaire mondial
PCT	Programmes de contrôle de la tuberculose
PIPO	Planification des interventions par objectifs
PPCPT	Programme de prise en charge des patients tuberculeux
Unicef	Fond des Nations unies pour l'enfance
ZOPP	Ziel Orientierte Project Planung

Table des matières

Préface	9
Introduction	13
1. Au Nord comme au Sud, les mêmes plaintes	21
Un constat	21
Pourquoi ce manque de dialogue?	30
Le défi: comprendre les paradigmes sous-jacents	33
Les mêmes enjeux, au Nord comme au Sud	35
2. Pasteur et le paradigme pasteurien	37
La médecine: une très jeune science	37
Une journée pas comme les autres	40
L'œuvre de Pasteur	43
Une approche sociologique	55
Les caractéristiques du paradigme pasteurien	64
Pasteur et les pays du Sud	76
Le « pasteurien type »	85
Un paradigme trop envahissant	86
3. La formation professionnelle et ses paradigmes	89
Une formation dans un milieu très hiérarchisé	92
Une formation centrée sur les aspects techniques et médicaux... mais peu scientifique!	96
Une formation qui distancie	101
Une formation qui ignore les aspects culturels, sociaux et psychologiques	113
Une formation asystémique	114
Une formation qui ne répond pas aux attentes des patients	116
Conséquences	117
4. Santé et développement: conséquences des paradigmes	123
Une synthèse des paradigmes pasteuriens et de la formation médicale	125
Études de cas	126

POLITIQUES DE SANTÉ ET ATTENTES DES PATIENTS

Les enjeux actuels	176
Santé et mondialisation	191
Synthèse des enjeux	207
En guise de conclusion: identification des principaux cercles vicieux	209
5. Pour une confrontation des paradigmes	215
Du paradigme pasteurien au paradigme systémique... ..	215
... et retour!	225
Comment expliquer la force du paradigme pasteurien? ..	226
Au-delà de la confrontation, la recherche d'une nécessaire complémentarité	233
6. Que faire? Quelles solutions proposer?	237
Nous avons le pouvoir de changer la situation!	237
Posons le problème	239
Une stratégie multiple et à différents niveaux	243
Une formation de qualité	266
Une formation citoyenne	270
Conclusion	273
Épilogue	279
Lexique des principaux concepts	281
Livres conseillés	295
Sites web conseillés	305
Références	307
Abréviations utilisées	329

La Fondation Charles Léopold Mayer pour le progrès de l'Homme (FPH) est une fondation de droit suisse, créée en 1982 et présidée par Françoise Astier. Son action et sa réflexion sont centrées sur les liens entre l'accumulation des savoirs et le progrès de l'humanité dans les domaines suivants : environnement et avenir de la planète ; rencontre des cultures ; sciences, techniques et société ; rapports entre État et Société ; agricultures paysannes ; lutte contre l'exclusion sociale ; construction de la paix. Avec des partenaires d'origines très diverses (associations, administrations, entreprises, chercheurs, journalistes...), la FPH anime un débat sur les conditions de production et de mobilisation des connaissances au service de ceux qui y ont le moins accès. Elle suscite des rencontres et des programmes de travail en commun, un système normalisé d'échange d'informations, soutient des travaux de capitalisation d'expérience et publie ou copublie des ouvrages ou des dossiers.

« **Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer** » est une association constituée selon la loi de 1901, dont l'objectif est d'aider à l'échange et à la diffusion des idées et des expériences de la Fondation et de ses partenaires. Cette association édite des dossiers et des documents de travail et assure leur vente et leur distribution, sur place et par correspondance, ainsi que celle des ouvrages coédités par la Fondation avec des maisons d'édition commerciales.

Vous pouvez vous procurer les ouvrages et les dossiers des Éditions Charles Léopold Mayer, ainsi que les autres publications ou copublications de la Fondation Charles Léopold Mayer pour le progrès de l'Homme (FPH) auprès de :

Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer
38 rue Saint-Sabin
75011 PARIS (France)
Tél./Fax : 01 48 06 48 86

Sur place : du mardi au vendredi : 9h30-12h30 – 14h30-17h30

Par correspondance : d'après commande sur catalogue.

Le catalogue propose environ 300 titres sur les thèmes suivants :

Économie, Solidarité, Emploi	Construction de la paix
Gouvernance	Écologie, environnement, avenir de la planète
Relations sciences et société	Prospective, valeurs, mondialisation
Agricultures et organisations paysannes	Histoires de vie
Dialogue interculturel	Méthodologies pour l'action
Communication citoyenne	

Pour obtenir le catalogue des éditions et coproductions Charles Léopold Mayer, envoyez vos coordonnées à :

Éditions-Diffusion Charles Léopold Mayer
38 rue Saint-Sabin
75011 PARIS (France)



Veillez me faire parvenir le catalogue des éditions et coproductions Charles Léopold Mayer.

Nom	Prénom.....
Société	
Adresse	
.....	
Code postal	Ville.....
Pays	

