

La santé du Tiers Monde ?

Mohamed Azzedine MEKOUAR

L'un des thèmes majeurs de réflexion à l'heure actuelle, parmi les préoccupations des chercheurs en sciences sociales, est probablement dans l'évolution contemporaine de la science médicale et les perspectives qui, à travers elle, s'offrent en vue d'améliorer l'état de la santé publique.

L'étendue grandissante du champ accaparé, dans la recherche, par cette problématique, trouve peut-être sa justification dans l'importance des interactions qui existent indubitablement entre les « programmes de santé » et le « développement socio-économique » et que personne, de nos jours, ne songe plus à méconnaître ou à négliger. Ne va-t-on pas jusqu'à dire que le développement d'une formation sociale est mesuré par la sophistication technologique de son système sanitaire ?

Pourtant, la médecine, depuis toujours fascinante, est de plus en plus remise en question et la santé, réputée n'avoir pas de prix, a tout de même un coût qu'il devient de moins en moins possible de financer, en raison de la progression exponentielle qu'il a tendance à enregistrer. Il est devenu fréquent d'entendre parler de crise de la médecine et de la santé, mais il semble que ces constatations se limitent encore au champ conceptuel du chercheur, suscitées qu'elles sont par la remise en cause de toutes les valeurs sociales propres à la civilisation industrielle.

Pour l'individu moyen, seulement intéressé par la sauvegarde de son état de santé, il importe peu de savoir si les querelles alimentées par les tribulations de la médecine d'aujourd'hui ont le moindre sens. Il serait toutefois illusoire de prétendre remédier d'une manière ou d'une autre aux problèmes sanitaires qui se posent sans aller, au préalable, interroger les représentations sociales dominantes en matière de médecine et de santé, dans la mesure où un changement d'attitude vis-à-vis du système sanitaire ne saurait aucunement se passer d'une démythification du médical, aux yeux du patient potentiel.

Or, pour l'heure, l'on a tendance à vouloir séparer ce qui relève de la médecine — censée être soit en mutation, pour les plus réalistes, soit au-dessus de toute critique, pour les plus fanatiques, mais jamais en crise, ce qui serait sacrilège — de ce qui procède du non-médical. C'est là une démarche réductrice tout à fait vaine et il ne saurait être question d'analyser le moindre aspect de la crise médico-sanitaire sans la situer dans le cadre global de la crise socio-économique que traverse, depuis quelques décennies, la communauté mondiale.

Certes, cette crise est devenue d'une ampleur et d'une universalité telles que l'on n'espère plus, nulle part, voir naître ni germer la moindre impulsion susceptible de contrecarrer une situation qui, au lieu de constituer l'exception, semble, par son caractère désormais chronique, devenir la règle. Ceci est particulièrement vrai pour les formations sociales du tiers-monde (1), dont on n'a pas fini de relever et de décrire les spécificités sans toutefois concevoir, en leur faveur, aucune stratégie, voire un simple modèle, de développement économique et social (DES). Mais faudrait-il pour autant se résigner à cette « fatalité » ?

Longtemps conforté dans l'idée que d'une industrialisation à outrance il ne pourrait naître qu'un début ou un surcroît de développement, le « centre » de l'économie mondiale commence, sous la pression des faits et des chiffres, à remettre en cause, au moins partiellement, ce postulat. Paradoxalement, le tiers-monde, tout instruit qu'il soit des enseignements du procès de l'industrialisation sans bornes et malgré les preuves qui ont été faites de l'impossibilité, pour cette priorité à elle seule, de promouvoir un DES authentique, continue à prôner le mot d'ordre d'industrialisation inconditionnelle.

Si le droit au développement, théoriquement codifié en vue de permettre au tiers-monde de sortir de la crise socio-économique et culturelle qu'il est obligé d'affronter, est présenté aujourd'hui comme l'un des droits fondamentaux des peuples, serait-il salutaire d'en attendre l'impulsion nécessaire tant qu'il sera revendiqué conformément aux intérêts du « centre » qui l'a inspiré tant que le discours et l'action resteront dominés par des considérations européocentristes, et les priorités de la « planification » par des impératifs de prestige, alors même que le modèle occidental de croissance a donné toute la mesure de sa faillite ?

Encore faudrait-il songer, pour rompre avec toute démarche en termes d'économisme, à accorder aux facteurs non-économiques du DES l'importance fondamentale qui leur échoit. Encore faudrait-il se départir — et se

(1) Le concept de « tiers-monde » continue à être usité à l'heure actuelle, en dépit de son inadaptation à traduire certains aspects concrets de l'évolution des pays censés appartenir à sa sphère. Il y sera donc fait référence, sous cette réserve. Les concepts de rechange qui furent tour à tour proposés pour se substituer à lui ne manquent pas, non plus, d'incertitude ou d'imprécision. C'est le cas de l'expression « pays sous-développés ». Quant à employer celle de « pays en voie de développement », ce serait faire preuve d'une inconscience mêlée de grandes illusions...

convaincre profondément de la nocivité – de certaines représentations sociales, inculquées et entretenues par et pour une minorité sociale urbaine, occidentalisée et solvable, mais dépourvue de toute légitimité, que celle-ci soit humaine, financière ou technique. Encore faudrait-il protester contre la domination d'un discours porteur d'une conceptualisation tout à fait inappropriée à son contexte social, hors de portée, mais imposé au citoyen non solvable, et traduction de la sorte de marchandisation de toutes les composantes et dimensions de la société, que le tiers-monde s'empresse d'adopter dans une fringale de mimétisme aveugle.

Le rôle déterminant des représentations sociales dominantes, il y a lieu d'en analyser l'influence à travers les concepts de médecine et de santé. Toutefois, il ne s'agit pas plus de ménager la science médicale que de faire preuve d'esprit antimédical primaire.

Omnipotence et limites de la médecine académique

La médecine (2) a accompli un itinéraire de progrès tel, depuis déjà plusieurs siècles, mais en particulier depuis le début du XIXe siècle, qu'il faudrait être inconscient et de mauvaise foi pour ne pas le constater. Au crédit de la science médicale – mais pas seulement (3) – il y a lieu de mettre toute une panoplie de progrès réels et indéniables concernant l'espérance de vie à la naissance, la mortalité infantile et néonatale, l'éradication supposée de nombreuses maladies virales et infectieuses, le diagnostic et la prévention de beaucoup d'affections, sans parler des réalisations plus spectaculaires en matière de chirurgie ou de prothèse. Grâce à elle, l'individu peut prétendre, sous certaines conditions, vivre plus longtemps, à défaut de vivre mieux.

Curieusement, c'est au moment où la médecine devient en mesure de répondre à un nombre de plus en plus étendu d'attentes pathologiques qu'elle s'avère de moins en moins apte à résoudre les problèmes sanitaires. Il y aurait une corrélation inversement proportionnelle entre les limites du savoir médical, constamment en recul, et les dispositions de la médecine à fournir des solutions à la crise de la santé. Autrement dit, plus la pratique et les procédés technologiques de la médecine s'affinent et plus elle s'éloigne des préoccupations concrètes de sa finalité-même, l'être humain. La médecine de masse se « démocratise » apparemment, mais elle devient de moins en moins accessible au commun des patients, que cette inaccessibilité se nomme insolvabilité ou ignorance.

(2) Hormis la médecine, nombre de sciences exactes et humaines contribuent de façon complémentaire à « l'art de maintenir la santé et de traiter les maladies ». Il s'agit de la chirurgie, de la biologie, de la pharmacie, de la psychiatrie, de la psychanalyse... Il faudra entendre la médecine dans ce sens large.

(3) La querelle a toujours opposé les partisans de l'exclusivisme du savoir médical, pour lesquels la médecine seule est à l'origine des progrès sanitaires, aux pourfendeurs de ce monopole, pour lesquels ces progrès sont à mettre avant tout à l'actif de l'hygiène de la vie. Ce débat extrêmement édifiant dépasse le cadre d'une réflexion qui ne veut faire preuve ni de « médicophilie », ni de « médicophobie ».

L'incohérence d'une telle évolution est devenue alarmante, au point que des voix s'élèvent de partout pour la dénoncer. Cependant, tous les réquisitoires se rejoignent pour conclure à l'inefficacité de la seule dénonciation, tellement se sont ancrées, dans l'imaginaire collectif, des représentations sociales mystificatrices de la médecine et de la santé. Sans la mise en œuvre d'un apprentissage de longue haleine, à l'échelle universelle, qui aurait pour objectif d'en forger de nouvelles représentations sociales, la médecine ne saurait conjurer le sort de la santé du malade d'aujourd'hui, quand bien même les professionnels de la médecine en viendraient à proclamer les étroites limites de leur science – ce qu'ils ne sont assurément pas sur le point de faire.

La médecine dans l'imaginaire social, que le sujet en soit un ayant-droit ou un exclu, reste une science magique, exclusive d'un savoir académique dont elle exige le monopole, infaillible dans son diagnostic et indiscutable dans son exercice. S'il lui arrive de se tromper, l'on préférera, pour s'expliquer sa défaillance, s'accuser soi-même de négligence plutôt que de l'accuser, elle, d'incompétence. Et s'il lui arrive de voir juste, l'on ne se rendra pas compte qu'elle ne fait, le plus souvent, que soulager le symptôme sans guérir le mal. S'attaquant à la maladie, elle ignore le malade. D'ailleurs, à mesure que la science médicale progresse et que sont théoriquement vaincues de plus en plus de pathologies organiques, il s'avère paradoxalement que la médecine doit, chaque jour davantage, s'avouer incapable de se prononcer sur les maladies dites fonctionnelles. C'est que la part réservée à l'intuition et à l'art, dans l'acte médical, n'a plus, comme du temps du vieux « médecin de famille », l'importance primordiale qu'il devrait redécouvrir, au moment même où la médecine en aurait le plus grand besoin. A l'heure actuelle, l'acte médical est happé par l'engrenage de l'industrialisation dont il reproduit les principales caractéristiques. Il répond ainsi à :

- * la standardisation et la sériation des affections, à l'instar de tous les produits manufacturés ;

- * l'identification des cas en vertu de normes codifiées qui permettent de gratifier le « normal » et d'exclure le « pathologique » (4), de même que pour des pièces défectueuses ;

- * la dévalorisation des médecines hétérodoxes – tantôt qualifiées de douces et tantôt de traditionnelles – alors qu'elles possèdent souvent des qualités spécifiques irrécupérables, notamment en milieu rural, à l'image de la marginalisation de l'artisanat ;

- * la tendance à la disparition pure et simple du fameux « colloque singulier » sous l'empire d'un véritable impérialisme pharmaceutique dont le déploiement semble donner satisfaction à chacun des trois protagonistes de la « comédie » médico-pharmaceutique : au médecin, dont le manque de

(4) Ce processus revêt tout son cynisme à l'occasion de la pratique psychiatrique, dont ce n'est pas le lieu, ici, de faire l'analyse.

temps, combiné avec un rien de suffisance et un zeste de désintérêt, trouve dans la prescription de médicaments la meilleure des médiations ; au patient, que l'on a éduqué depuis son plus jeune âge en vertu du principe qu'une ordonnance est bien fournie ou n'est pas, et qui, dès lors, interprète l'absence de prescription comme le symbole de l'ignorance, fortuite et exceptionnelle bien entendu, du médecin – ce qui ne le dissuadera pas d'en consulter un autre, et au trust multinational pharmaceutique, dont les profits ne s'embarrassent pas de considérations éthiques ou humanitaires, respectant en cela le credo du mode de production capitaliste ;

* l'omnipotence de l'hospitalo-centrisme dont les tentacules tant administratifs, techniques, humains que financiers accentuent le divorce entre le médecin et le patient et, partant, entre ce dernier et son mal, à l'instar du divorce qui sépare l'ouvrier de l'objet de son travail.

Certes, la frontière, que d'aucuns tiennent à mettre en relief pour distinguer les pathologies somatiques de celles d'ordre psychosomatique, est relativement délicate à tracer. Néanmoins, au moment où les secondes paraissent devenir sensiblement majoritaires dans la grille des classes pathologiques, il semblerait que la santé ait besoin davantage de psychologie que de psychotropes, de verdure que de lits d'hôpitaux et de convivialité que d'individualisme.

Cet ensemble de contradictions n'empêche pas que l'on continue toujours de se référer exclusivement, chaque fois que l'équilibre physiologique en vient à se rompre, au discours tout puissant de la médecine moderne. Cela provient sans doute du fait que, dans l'imaginaire collectif, la santé est seulement absence de maladie, le recours à l'acte médical est seul en mesure de conjurer la maladie, la science médicale œuvre essentiellement dans le but, sinon de vaincre la mort, du moins d'anéantir la maladie. Cela revient, pour l'individu, à se bercer dans « le mythe selon lequel la suppression de la douleur [...] et le recul indéfini de la mort, sont des objectifs désirables et réalisables grâce au [...] système médical, un mythe qui compromet la capacité autonome des hommes de faire face justement à la douleur [...] et à la mort en leur donnant un sens » (5).

Il s'ensuit que la représentation sociale dominante fait de la maladie une manifestation exogène, subie malgré lui par le patient – un signe de la fatalité – et nécessairement prise en charge par la machinerie médicale, indépendamment des autres considérations qui ont accompagné sa surveillance. Combattue en lui-même, sans la moindre investigation de l'environnement – familial, naturel, professionnel ou socio-culturel – du malade, la maladie n'a guère de chance d'être diagnostiquée et, encore moins, d'être soit guérie, soit assumée par celui-ci, dans lequel cas elle perdrait, adoptée et intériorisée, son statut de maladie.

(5) Voir en ce sens I. Illich, référence bibliographique en annexe.

De la sorte, se voulant « art de maintenir la santé », la médecine se réduit finalement à tenter de « traiter les maladies ». Dès lors, se voulant sujet en rupture de santé, le patient en est réduit à être un objet détraqué, une maladie, qu'il s'agit de réparer, de traiter... Négativement perçue, (absence de maladie), la santé est invariablement assimilée aux soins que la médecine est en mesure de prodiguer et alors même qu'il arrive souvent à ces soins, non pas de soigner réellement, mais de donner seulement, en soulageant provisoirement, l'illusion de la guérison. Comment, dans ces conditions, ne pas rechercher à tout prix la « consommation » de la santé ?

La santé est effectivement devenue, dans l'imaginaire social, un bien de consommation ordinaire, marchandise produite – par l'institution médico-pharmaceutique – et commercialisée – grâce au système sanitaire – conformément aux lois du marché en vigueur dans la société industrielle. Pour l'acquérir, il n'y a qu'à faire valoir son « droit à la santé » que les organisations internationales se sont fait un devoir de proclamer comme étant l'un des droits de l'homme. L'on croit rêver : comment être acculé à revendiquer comme un « droit » ce qui, pour tout un chacun, constitue un capital physiologique inné ? Tout au plus, il y aurait lieu de revendiquer, le cas échéant, un « droit aux soins », mais il n'est pas encore permis à la communauté internationale de garantir l'exercice d'un tel droit, dans le cadre de l'ordre mondial actuel de la santé. C'est probablement pour cette raison qu'il ne coûte rien, en attendant, de prôner l'affirmation de « la santé pour tous en l'an 2000 », slogan illusoire sur lequel voudraient se baser toutes les politiques de « santé » du tiers-monde.

De cette double série de représentations sociales voulant, l'une, qu'en dehors de l'institution médico-pharmaceutique officielle il ne puisse y avoir de prestations sanitaires efficaces, et l'autre, que la santé ne puisse se constituer et se préserver que par la consommation du médical, il s'ensuit une double série de conséquences notoires. D'une part, à l'échelon individuel, se réalise un processus d'« expropriation de la santé » (Illich), en vertu duquel l'individu est dépossédé de sa santé, c'est-à-dire de son corps, chaque fois que celui-ci en vient à être en rupture de fonctionnement – et même, souvent, en l'absence d'une telle rupture – au profit de l'action du « spécialiste », réputé être seul en mesure de dialoguer, pour en rétablir le bon fonctionnement, avec le corps. D'autre part, à l'échelle macrosociale, se développe une médicalisation accrue de la plupart des manifestations et composantes de la société, à mesure que ces dernières sont décrétées comme pouvant et devant relever du médical, bien qu'elles doivent logiquement ne relever que d'elles-mêmes. Quelle parenté, sinon leur médicalisation commune, y aurait-il entre des phénomènes aussi hétérogènes que la performance sportive, l'échec scolaire, la passibilité pénale devant la justice, la dissidence politique ou l'organisation scientifique du travail industriel ? Comment prétendre, à travers cette médicalisation débordante, que la science médicale se préoccupe essentiellement de santé publique, lorsqu'il

s'agit avant tout de sauvegarder, au nom et derrière l'alibi de la médecine, les intérêts et l'ordre actuels du mode de production capitaliste, que la dimension de celui-ci soit l'institution scolaire, l'institution judiciaire, des conditions de travail ou un régime politique donnés ? De fait, pour reprendre l'expression d'Illich, « la médicalisation de la vie est malsaine pour trois raisons : au-delà d'un certain niveau, l'intervention technique sur l'organisme ôte au patient les caractéristiques [...] de « santé » ; l'organisation nécessaire pour soutenir cette intervention devient le masque sanitaire d'une société destructrice ; et finalement la prise en charge de l'individu par l'appareil médical du système industriel ôte au citoyen tout pouvoir de maîtriser politiquement ce système. La médecine devient un atelier de réparation et d'entretien destiné à maintenir en état de fonctionnement l'homme usé par une production inhumaine. C'est lui qui doit réclamer la consommation médicale pour pouvoir continuer à se faire exploiter [...] ».

Dès lors, l'institution médicale moderne semble, à l'instar d'autres institutions tentaculaires, répondre parfaitement aux conditions de vérification de la loi qui énonce que « lorsque leur développement dépasse certains seuils critiques, les grands services institutionnalisés deviennent les principaux obstacles à la réalisation des objectifs qu'ils visent » (Illich). Une telle évolution se traduit — s'inscrivant en cela dans les normes de la société industrielle, dans laquelle il devient préférable d'avoir plutôt que de faire, d'apparaître plutôt que d'être — de trois manières. Au niveau humain, par la démission totale de l'individu devant son mal-être et le refus de la moindre tentative de prise en charge personnelle de sa santé, ce qui lui serait tout à fait possible de réussir neuf fois sur dix ; au niveau technique, par le « développement morbide de l'institution médicale » et l'inefficacité globale d'une médecine de plus en plus iatrogène ; au niveau financier, enfin, par la véritable explosion des dépenses de santé dont le rythme de croissance annuel devient tel, pour le ménage ou pour l'organisme de prévoyance sociale, qu'il s'avère de moins en moins possible de s'assurer sa « santé quotidienne ».

Parfois efficace jusqu'à un certain seuil, probablement dangereuse au-delà, certainement coûteuse dans tous les cas, la médecine académique continue néanmoins de faire l'unanimité dans le monde d'aujourd'hui. Seulement, si cette tendance peut trouver une certaine justification, à défaut de cohérence, dans le cadre des formations sociales industrialisées, dans la mesure où la médecine de pointe évolue à l'image de la société qui la reflète (6), comment trouver un semblant de légitimité dans la transposition inconditionnelle de ladite tendance, par les formations sociales du tiers-monde ?

(6) C'est en ce sens que le procès de la médecine ne peut passer que par celui de la société industrielle dans son ensemble et que la crise de la médecine ne saurait être qu'une dimension particulière de la crise socio-économique globale contemporaine.

Fidèle à sa tradition de mimétisme, celui-ci s'entête à s'inspirer exclusivement de politiques sanitaires complexes, conçues conformément à un visage pathologique, à une infrastructure hospitalière, à un niveau d'alphabétisation, à une catégorisation socio-professionnelle et à un degré de couverture médico-pharmaceutique spécifiques, qui ne correspondent à aucune de ses propres données. Il n'est pas surprenant, dans ces conditions, de voir la crise médico-sanitaire, touchant le tiers-monde, exacerbée par le fait que, aux facteurs universels, importés en quelque sorte avec le modèle qui les engendre, s'ajoutent des facteurs de crise endogènes que la science médicale ne s'embarrasse pas à considérer (7).

Alors, faut-il brûler la médecine ?

Motivations et dangers de l'antimédecine

En dépit des vastes zones d'ombre que la science médicale n'a pas encore réussi à pénétrer, il est indéniable qu'elle a, directement ou associée aux progrès d'autres disciplines scientifiques, contribué à l'amélioration continue des conditions de vie de l'être humain — théoriquement du moins. Pourtant, la médecine est plus que jamais en question, selon la formule de G. Caro (8). Cette remise en cause, systématisée par I. Illich (8) d'une manière que d'aucuns ont jugé virulente mais qui ne fait, en réalité, que poser le vrai problème dans les termes appropriés, beaucoup d'auteurs ont contribué, avant ou après sa dénonciation, à la mettre en valeur.

Certains d'entre eux situent leur réflexion à un niveau que l'on pourrait qualifier de « quantitatif ». A. Cochrane (8), pour s'interroger sur l'efficacité de la médecine, semble incriminer en premier l'« inflation médicale » dont souffre la société. La croissance régulière des dépenses de santé, estime-t-il, ne soulage pas autant de souffrances et ne sauve pas autant de vies humaines qu'on le croit généralement, et les techniques médicales nouvelles ne sont pas supérieures, dans tous les cas, aux anciennes. Leur recherche cacherait-elle des motivations inconnues du public ? Dans le même ordre d'idées, J.C. Sournia (8) croit pouvoir affirmer que la médecine, en « fabricant des malades », est largement gaspillée. Beaucoup de mécanismes dans le système de santé concourent à la multiplication du nombre des « malades malgré eux », entraînant « le gaspillage d'une grande richesse nationale ». J.P. Dupuy et S. Karsenty (8) préfèrent mettre en avant le rôle central joué par les firmes multinationales du médicament, dont la stratégie

(7) A l'heure où les recherches spectaculaires et les enjeux financiers sont concentrés autour des « manipulations génétiques » ou de « l'interféron humain », la recrudescence alarmante du paludisme, dont on a renoncé à rechercher l'éradication à la fin des années 60, menace 40% des habitants de la planète. Il n'en fallait pas moins pour que la mise au point d'un vaccin nouveau soit programmée par les grandes équipes de recherche. Voir à ce sujet l'article de C. Brisset dans le **Monde** du 29 septembre 1983, pp. 1 et 10.

(8) Voir en annexe, la référence bibliographique.

impose à la médecine une « invasion pharmaceutique », basée sur la politique d'innovation par obsolescence des produits, que justifie uniquement la maximisation du profit de ces firmes. Préférant se « concurrencer dans la pseudo-innovation plutôt que de se risquer dans la vraie recherche », les laboratoires multinationaux incitent médecins et malades à faire du médicament « le meilleur alibi de la médecine ». J.P. Lazio (8), approfondissant la réflexion suscitée par cette stratégie multinationale du capital, n'hésite pas à avancer l'hypothèse d'une véritable « mafia du médicament » régnant sur l'empire médical. De leur côté, J. Dumont et J. Latouche (8) privilégient, afin d'explicitier la crise médico-sanitaire, sa dimension hospitalière. L'hôpital, selon les auteurs, serait « malade du profit », en ce sens qu'il ne peut, « victime des contraintes que le capital fait peser sur son fonctionnement », profiter des recherches effectuées en son sein, alors même qu'il représente le « creuset de la recherche médicale la plus avancée ». Or, les systèmes de santé enregistrent partout une tenance marquée à l'hospitalo-centrisme.

D'autres auteurs, conscients des limites étroites de l'approche quantitative, ont tenté d'élever le débat à un niveau « qualitatif » (9). A. Chauvenet (8), au terme d'une étude poussée de l'« industrialisation de la médecine » et de la ventilation, par catégories socio-professionnelles (CSP), du recours au système de santé, en arrive à la conclusion que ce système, en offrant au choix des patients plusieurs médecines en fonction de la CSP à laquelle ils appartiennent, revenait en fait à distribuer une « médecine de classes ». Cette situation aggraverait l'inégalité qui sévit devant la maladie et la mort... G.P. Cabanel (8), en passant en revue certaines politiques concernant la pratique médicale à travers le monde, semble se rendre compte qu'il importe peu que la médecine soit libérale ou nationalisée, dans la mesure où les problèmes affrontés par celle-ci ne tombent pas automatiquement sous le coup d'un simple changement de son statut institutionnel. Serait-ce pourtant une raison suffisante pour défendre, comme il le fait, la pratique libérale de la médecine ? H. Paret (8) propose que l'on tente la réadaptation d'un système de santé qui, grâce à une meilleure qualité et à un moindre coût, se traduirait par une modification profonde de la pratique médicale. Cela devrait procéder, d'une part, d'une « fourniture de soins plus rationnelle » et, d'autre part, d'une « promotion de techniques médicales plus efficaces ». Cependant est-il possible d'obtenir « une meilleure santé » seulement grâce à « un moindre prix » ? J. Messerschmitt (8), pour qui le système de santé est mité de toute part, estime même que « la médecine (s'affirme) contre la santé ». Malade de ses praticiens, de l'agression néfaste des

(9) En fait, les deux approches sont intimement liées. Il reste que les démarches des uns et des autres, en accordant à la première davantage d'importance qu'à la seconde, ou inversement, négligent cette interdépendance, sans doute indispensable à l'analyse de la problématique.

laboratoires industriels, des tares de son enseignement aussi bien que des exigences déplacées de ses patients, la médecine aurait impérieusement besoin d'une révolution profonde qui toucherait à toutes ses dimensions. les « paravents de l'humanisme et du libéralisme », derrière lesquels elle s'est toujours cachée, ne sont plus, aux yeux de l'auteur, d'aucun déterminisme à l'égard de la science médicale...

D'autres praticiens encore, décidant qu'il importe moins de théoriser que d'agir, dans la mesure où la pratique médicale en crise a besoin moins de discours que d'expériences concrètes inédites, se sont lancés dans des « voyages au bout de la maladie ». A travers un ensemble d'initiatives ponctuelles, est visée l'instauration d'un nouveau rapport au corps, par des médecins « dissidents », dont la motivation essentielle semble être l'incitation des malades à transiter du monde de l'assistance au champ de l'autonomie. Il s'agit pour chaque patient, grâce à une solidarité avec les soignants, à une vision élargie de la santé et à un apprentissage de l'autogestion sanitaire, de prendre « la santé à bras-le-corps » (10). Afin de susciter ou d'activer l'éclosion d'une telle autonomie, quelques « francs-tireurs de la médecine » (11) tentent de se définir de nouveaux rôles individuels et de nouvelles pratiques de groupe. Sans une révision de la nature des rapports entre soigné et soignant, en effet, les « équipes de santé » et autres « boutiques » et « maisons » sanitaires ne ré-inventeraient pas grand chose dans une pratique qu'ils veulent remettre en cause. Toutefois, une telle révision, dans laquelle beaucoup de « nouveaux médecins » fondent tous leurs espoirs, aurait-elle des chances réelles de se produire s'il ne devait être question que de mettre en avant, au détriment de la pratique curative, le rôle fondamental de la prévention ?

L'incertitude qui plane sur cette perspective a sans doute été au centre des interrogations qui ont poussé un groupe de praticiens, en proie au doute, à se poser la question de savoir si la société industrielle devait et pouvait laisser la santé s'orienter « vers une antimédecine » (12). Cernée négativement par rapport à ce qu'est la médecine, laquelle, déjà, ne laisse pas de susciter des controverses doctrinales et conceptuelles, la notion d'antimédecine est extrêmement ambiguë. Certes, envisager une société antimédicale revient en fait à s'interroger sur tout ce qui concerne, de près ou de loin, la science médicale, qu'il s'agisse de l'exercice de la médecine, des maladies de civilisation, de la faillite du modèle hospitalier, de la lutte de classes en matière d'accès au système de santé, du coût des soins, de la médecine psychosomatique, de la consommation de médicaments ou des équipes de santé. Seulement, enrobées qu'elles sont

(10) Voir à ce sujet « Autrement », n° 26, référence bibliographique en annexe.

(11) Voir en ce sens « Autrement », n° 9, référence bibliographique en annexe.

(12) Voir à ce sujet « La Nef », n° 49, référence bibliographique en annexe.

dans le discours médical académique, ces questions ne font rien de mieux, en ajoutant à l'opacité des frontières qui séparent le médical du non médical, qu'ajouter à la confusion qui règne au niveau des représentations sociales de la santé et de la médecine.

Ce n'est pas pour autant qu'il faudrait en faire l'économie, ne serait-ce que parce que de telles interrogations permettent progressivement à tout un chacun de se prononcer en connaissance de cause. La première conclusion qui ressort à l'évidence des multiples débats menés autour de l'hypothèse d'antimédecine, semble être la constatation en vertu de laquelle des auteurs sont unanimes, à juste titre, à écarter cette éventualité. L'être humain, la société et leur environnement ne sauraient se passer de ceux parmi les enseignements de la médecine qui ont permis et permettent encore à l'espèce humaine de progresser et de se développer. S'il ne fallait analyser la crise de la médecine que pour en brûler l'encyclopédie, l'on serait réduit à faire preuve d'esprit antimédical primaire. Il n'en demeure pas moins que, passé le stade de ce premier constat, l'on cherche en vain, tout au long des écrits consacrés à l'antimédecine, l'impulsion qui autoriserait, non à rejeter la médecine en bloc, mais à en redéfinir le statut et la fonction, car c'est bien en cela que devrait consister la seule contestation salutaire de la médecine.

Toujours est-il qu'entre les prises de position «médicophiles» de caractère quasiment religieux et les contestations «médicophobes» dénuées de toute valeur scientifique, la plupart des remises en cause pondérées n'ont apparemment pas insisté sur cet aspect avec suffisamment de force. Elles se contentent de préconiser, simple «réformisme», d'une part, la «rationalisation du système de santé» et, de l'autre, l'«humanisation» du recours à ce système. Dans le premier cas, il s'agira de promouvoir et une réduction du nombre d'actes médicaux – consultations, prescriptions, séjours d'hospitalisation – et une optimisation du coût de ces actes – du fait que le coût existe bel et bien et qu'il y aura à le financer de toute manière, même dans l'hypothèse d'une gratuité de la médecine. Dans le deuxième cas, il conviendra et de réduire les inégalités d'accès aux soins caractérisant les diverses CSP – notamment en accordant la priorité à la prévention sanitaire individuelle et à l'apprentissage de l'autonomie – et de transformer la nature des rapports entretenus entre patients et médecins – ce qui suppose une refonte de l'enseignement médical et l'évolution de l'exercice de la médecine, sinon vers la fonctionnarisation intégrale, du moins, dans un premier temps, vers la médecine de groupe. A aucun moment, de toute évidence, le statut et la fonction sociale de la médecine ne sont interrogés, ni leur redéfinition envisagée. C'est à croire qu'il ne vient à l'esprit de personne que cela puisse se concevoir. Il n'est question, jusqu'à présent, que de «rationaliser» et d'«humaniser» le système de santé (13), tel qu'il

(13) Le vocabulaire employé et consacré, en matière médicale, est très significatif de la philosophie qui sous-tend toute politique sanitaire. On parle habituellement de

existe et fonctionne, de peur de le voir éclater ou devenir incontrôlable, mais aucunement de le remodeler. A cet égard, le système sanitaire ne fait qu'obéir aux leitmotifs de « rationalisation » et d'« humanisation » que les hommes de décision ne manquent pas de brandir chaque fois qu'il leur incombe de faire sortir de la crise l'un des services institutionnalisés du mode de production capitaliste.

Une contestation constructive de la médecine gagnerait davantage à se traduire, d'un côté — redéfinition de son statut — par une démythification du personnage du médecin et, de l'autre — redéfinition de sa fonction sociale — par une stricte délimitation de son rôle. A défaut de ce double préalable, il y a peu de chances pour que les représentations sociales dominantes de la médecine ou de la santé se métamorphosent et, partant, que soit résorbée la crise médico-sanitaire universelle. Aujourd'hui, le médecin continue de bénéficier d'un statut de droit divin et la caste des professionnels de la santé, réputée être composée d'hommes surnaturels, de faire fortune au détriment de la santé publique.

Aujourd'hui, la médecine continue de jouer un rôle exorbitant, au terme d'une présence omnipotente, et les alibis du médical, réputé infaillible, de cautionner toutes les manifestations socio-politiques.

Aujourd'hui, plus que jamais, se renforcent l'expropriation de la santé individuelle et la médicalisation de la société.

Après tout, la sauvegarde du capital-santé inné de chacun ne relève peut-être pas exclusivement de la médecine ; le recours à tel ou tel service de l'institution médico-pharmaceutique ne requiert peut-être pas invariablement la prestation d'un professionnel de la santé ; la conjuration du mal n'exige peut-être pas uniquement l'exécution d'une ordonnance de médicaments bien fournie ; pourtant, les « politiques de santé », qu'elles émanent de formations sociales industrialisées ou qu'elles proviennent du tiers-monde, restent conçues à l'heure actuelle conformément au seul discours médicocratique dominant. Se réduisant finalement à être plutôt des « politiques de la maladie » elles ne possèdent aucune vertu pour résoudre la crise sanitaire qui sévit, en particulier dans le tiers-monde, dans la mesure où les facteurs de celle-ci dépassent largement le contexte de ces politiques.

Il n'en reste pas moins que cette acception restrictive continue d'avoir de dangereuses répercussions sur la manière dont les pouvoirs publics font face aux problèmes d'ordre sanitaire. La quasi-totalité des « politiques de santé » contemporaines, indépendamment du niveau

= « système de santé » pour désigner un système médico-pharmaceutique, comme si la sauvegarde du capital-santé de l'individu ne pouvait se faire qu'à l'intérieur de celui-ci. Quant à rechercher l'« humanisation » du système de santé, cela dénoterait-il une absence d'humanisme de la part d'un système dont c'est la raison d'être ?

d'industrialisation ou de DES des pays dont elles émanent, reste caractérisée par la réduction pernicieuse qui fait assimiler la (bonne) santé à la consommation médicale. Ceci est particulièrement notoire dans le tiers-monde où les départements de la santé publique s'assignent pour seul objectif l'extension la plus large possible, dans les modestes limites de leur budget, du « système de santé » dont ils sont censés concevoir la « planification ». Se basant sur l'utilisation d'une gamme d'indicateurs et de paramètres traditionnels pour la mesure du niveau de « développement » de leur système — espérance moyenne de vie à la naissance taux de mortalité infantile nombre de lits d'hôpitaux rapporté à la population totale nombre de médecins, notamment de spécialistes, et de personnels médicaux et para-médicaux rapportés à la population totale quantité de produits médicaux, en particulier de médicaments, consommée par habitant... — et en dépit du fait que ces indicateurs ne sont révélateurs d'aucune tendance générale, ni du développement ni du sous-développement du niveau sanitaire global, leurs « politiques de la maladie » consistent principalement dans deux volets. Le premier concerne l'élargissement de l'infrastructure médico-pharmaceutique et se traduit par la programmation de suppléments de lits d'hôpitaux et de dispensaires, de laboratoires et d'officines pharmaceutiques, de procédés et d'équipements technologiques sophistiqués. Le second volet concerne le gonflement des effectifs de personnel médical et para-médical et se double de la programmation d'un enseignement médico-pharmaceutique et d'une formation professionnelle académiques. Derrière la mise en œuvre de ces programmes, se retrouvent bien entendu en filigrane la quête d'un « développement » sanitaire et l'ambition de faire de celui-ci une arme absolue contre la crise médicale.

Il va sans dire que les palettes de « programmes prioritaires », figurant désormais, sous l'impulsion des organisations internationales, dans tous les plans de DES du tiers-monde, ne risquent pas d'être, pour la santé, d'un secours quelconque. Il a été prouvé de différentes manières que ce n'est pas à coups de budgets additionnels seulement qu'il sera possible de sauvegarder la santé publique du tiers-monde (14). L'on continue néanmoins d'œuvrer exclusivement dans ce sens. Il importe peu, selon toute vraisemblance, que le budget de la « santé » soit accaparé aux 3/4 par une action touchant 10% tout au plus de la population (solvable) d'un pays ; que cette politique soit essentiellement axée sur des mesures curatives intervenant au moment où elles deviennent sans effet ; qu'aucun intérêt ne soit manifesté pour les campagnes éducatives populaires de prévention et d'hygiène de la vie ; que le médecin formé à

(14) L'exemple du Niger est là pour illustrer cette évidence. Classé parmi les pays les plus pauvres, c'est-à-dire les moins avancés du monde, il jouit néanmoins, si l'on s'en tient à une appréciation en termes d'indicateurs traditionnels, de l'un des niveaux sanitaires les moins médiocres du tiers-monde.

« l'occidentale » soit dépaycé dans un contexte socio-culturel auquel il n'a pas été familiarisé ; qu'un lit d'hôpital ne constitue pas nécessairement l'environnement le plus propice à la guérison ou à l'enfantement ; que les équipements sophistiqués et les procédés techniques importés ne servent que le prestige de quelques unités hospitalières urbaines sans faire l'objet d'aucune maîtrise / adaptation technologique ; et finalement que toute la politique sanitaire soit orientée dans un sens qui accentue le divorce entre le visage du système de santé et l'identité de la majorité des patients potentiels que celui-ci est réputé servir.

Ce n'est pourtant pas dans un esprit pareil que le tiers-monde réussira à se départir de la misérable médiocrité de son « niveau sanitaire ». La mise en œuvre d'une politique authentique, qui aurait pour objectif suprême la sauvegarde de la santé publique, exige le concours et la coordination des actions d'un grand nombre de départements ministériels, foncièrement concernés par une telle tâche, devant impérativement y prendre part, mais toujours tenus, pour l'instant, d'en rester à l'écart. Si la santé physique, mentale, culturelle et sociale de l'individu a des déterminants qui débordent de loin le strict cadre des soins de santé, le moins que l'on doive en conclure est qu'une véritable politique sanitaire, au sens le plus large possible – le seul sens qui puisse revêtir la signification et la portée requises en l'occurrence – doit procéder de tenants et d'aboutissants qui dépassent très largement le ressort du seul département de la santé. La « bonne santé » a moins besoin de médecins, de médicaments et de lits d'hôpitaux, que d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement du milieu écologique, d'équilibre nutritionnel, d'allègement du travail pénible, d'éducation sanitaire pour l'hygiène de la vie, de prévention primaire par vaccination et prophylaxie, de logement social sain, de réseaux de communication, de lutte contre la pollution industrielle, et de production agricole vivrière. Une politique de santé authentique ne peut avoir le moindre impact qu'intégrée, comme l'une de ses composantes, dans une stratégie globale de DES autocentré. A la limite, pourquoi ne pas considérer que le budget total d'une nation représente en fait son budget sanitaire, si tant est que l'ensemble des priorités d'un plan de DES sont, ou devraient en principe être, déterminées conformément au bien-être social ? Ce n'est qu'à ce prix qu'il deviendra possible à l'individu de jouir d'une « réappropriation de sa santé » afin de pouvoir se réapproprier la vie...

Une telle perspective peut paraître quelque peu utopique et il est même indéniable qu'envisagée à partir des valeurs et représentations sociales propres à la société industrielle, elle ne pourrait qu'être utopique. Ce n'est pas pour autant qu'il faille se résigner, dans le tiers-monde notamment, à subir en toute passivité les crises et le désordre de ladite société. Il serait fort imprudent, en particulier, de se laisser séduire par les

promesses d'un « nouvel ordre mondial de la santé », qui serait inscrit dans l'avènement futur d'un « nouvel ordre socio-économique international ». Penser une nouvelle voie pour résorber la crise médico-sanitaire du tiers-monde, c'est avant tout méditer la philosophie actuelle du DES – et les représentations sociales qui la corroborent – pour faire en sorte que l'anathème ne soit pas jeté automatiquement sur la moindre remise en cause d'une philosophie en vertu de laquelle le travail ne saurait passer que par le salariat, l'alphabétisation que par la scolarisation, le transport que par l'automobile individuelle, la nutrition que par la consommation de viande, le logement que par l'acquisition particulière et la (bonne) santé que par le recours à la médecine... Mais combien d'hommes de décision en ont conscience aujourd'hui, à l'intérieur de ce qu'il conviendrait d'appeler « l'empire de la faim » ? On peut se demander combien sont convaincus de ce que « la société, pas plus que l'homme, ne se découpe en tranches. Il faut traiter le mal (qui la ronge) à travers toutes ses manifestations physiques, économiques et culturelles, faute de quoi des tentacules renaîtront à chaque occasion. Sisyphe deviendrait alors définitivement le héros du tiers-monde »... (15).

(15) Cf l'article de P. Drouin, « L'empire de la faim », dans le **Monde** du 15 octobre 1983, pp. 1 et 2.