



Santé pour tous en l'an 2000

Pierre Rosanvallon, Rony Brauman, Jean-Hervé Bradol

Conférence organisée par Médecins Sans Frontières le 7 novembre 2000

Document en provenance du site internet de Médecins Sans Frontières

<http://www.msf.fr>

Tous droits de reproduction et/ou de diffusion, totale ou partielle, sous quelque forme que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation préalable et écrite de l'auteur et/ou de Médecins Sans Frontières et/ou de la publication d'origine. Toute mise en réseau, même partielle, interdite.

" Santé pour tous en l'an 2000 ? "

Conférence du 7 novembre 2000

avec

orateurs :

Pierre Rosanvallon, directeur d'études à l'EHESS

Rony Brauman, membre de la Fondation MSF

modérateur :

Jean-Hervé Bradol, président de MSF

Jean-Hervé Bradol :

Nous allons aujourd'hui aborder une question qui nous a amenés à travailler sur la réalisation du livre *Utopies sanitaires*, sorti un mois auparavant. Depuis environ quatre ans, nous avons commencé à nous intéresser de plus près à nos limites dans la prise en charge des malades que nous rencontrons sur le terrain. On vivait sur un certain nombre d'acquis, puis au milieu des années 90, nous avons eu l'impression que ces acquis, qui avaient fonctionné dans le passé, étaient fragilisés et qu'un certain nombre de situations pratiques de soins ne trouvaient pas de solution raisonnable. C'est-à-dire que, pour faire simple, nous avons commencé à nous déclarer nous-mêmes relativement insatisfaits de la qualité des soins que nous prodiguons. Nous avons donc commencé à réfléchir à la question. Au début, nous sommes tombés sur quelques évidences, dont l'une donne lieu actuellement à une campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, car nous avons réalisé que pour un certain nombre de pathologies courantes, mortelles, nous étions en train de perdre les soutiens indispensables à la guérison des malades. Pour ne citer qu'un bref exemple, une étude de la résistance à la chloroquine, réalisée les deux derniers mois au Liberia dans la ville de Harper, montre que sept patients sur dix atteints par une malaria falciparum, c'est-à-dire la forme mortelle de la malaria, ne seront pas guéris par le traitement que nous leur administrons. Nous avons donc commencé à chercher pourquoi il y avait une telle désaffection dans le domaine de la qualité des soins.

Cela nous a amenés à réfléchir aussi à l'état des politiques de santé proposées aujourd'hui, sur quelles conceptions elles reposaient. Cette réflexion a été très marquée par le fait que plus nous nous y intéressions, plus nous découvrions qu'en réalité, en ce qui concernait les environnements dans lesquels nous travaillions, les soins individuels à un malade n'étaient plus du tout au centre de ces politiques, et qu'il était donc assez peu probable que les problèmes auxquels nous faisons face trouvent des solutions dans les années à venir sans une remise en question de ces politiques de santé. Evidemment, le domaine des politiques publiques de santé n'est pas notre domaine d'expertise. C'est par ce petit bout de la lorgnette qu'est la qualité des soins, que nous nous y confrontons en pratique. D'où la nécessité de procéder à quelques éclairages qui peuvent contribuer à nous faire progresser dans ce domaine.

C'est pour cette raison que nous avons invité Pierre Rosanvallon, à qui je vais d'abord donner la parole. Cette invitation avait pour but d'essayer d'éclairer la place de l'Etat dans la définition de ces politiques et les différents modes de réponse qu'historiquement l'Etat a pu apporter à ces questions. La deuxième intervention, celle de Rony Brauman, reviendra sur un certain nombre d'interrogations pratiques qui ont été pointées dans le livre *Utopies sanitaires* et qui renvoient plus directement aux contradictions que nous vivons dans notre exercice quotidien.

Pierre Rosanvallon :

Je ne suis évidemment pas spécialiste des problèmes de santé publique, mais je veux attirer votre attention sur ce qu'a signifié historiquement le passage de ce qu'on peut appeler l'Etat sanitaire à l'Etat hygiéniste. Que l'Etat s'intéresse aux questions de santé publique, c'est un des registres classiques de ce qu'on appelait au XVIIe siècle la "police". Quand vous ouvrez un dictionnaire de police du XVIIe siècle, vous voyez que la police, ce n'est que pour une toute petite part le maintien de l'ordre. Ce qu'on appelle la police au XVIIe siècle, c'est la mise en ordre du fonctionnement social en général. Entre, par exemple, dans le fonctionnement de la police, la surveillance alimentaire sur les marchés. Une des fonctions du lieutenant de police à Paris au XVIIe siècle, c'est de surveiller la qualité de la viande, parce que si la viande est avariée, on a peur que des émeutes se développent. Le but n'est pas simplement d'éviter des problèmes avec des individus, mais d'éviter des troubles sociaux. L'Etat de police est donc un Etat qui se préoccupe de façon générale de l'ensemble des variables qui régissent l'ordre social. L'ordre social concerne les problèmes de maintien de l'ordre bien évidemment, mais pour une petite part seulement. Il concerne aussi les questions de santé publique - pensons au rôle qui est donné à cette époque à la gestion des épidémies - et bien sûr à tout ce qui a trait à l'organisation économique, c'est-à-dire la vie des corporations et à l'organisation sociale.

La santé fait donc partie de la "police". Ce qui va être nouveau à partir de la Révolution française, est qu'on va passer du concept de "police sanitaire" à une vision "hygiéniste". Ce qui caractérise ce changement, c'est que les problèmes de santé ne sont pas simplement considérés comme des problèmes sanitaires, mais comme l'objet d'une utopie sociale. Cette utopie sociale c'est que l'Etat, à travers la santé, doit produire une société meilleure. L'Etat doit régénérer les individus et améliorer l'espèce humaine.

Ces deux idées sont liées pendant la Révolution :

- celle de régénération : régénérer l'Homme, produire un Homme nouveau, qui ne soit plus l'homme encombré des préjugés, celui de l'Ancien régime, mais qui soit le citoyen averti, cultivé, qui peut vraiment être le citoyen démocratique. Régénérer, faire un Homme nouveau, c'est un thème qui est partagé pendant la Révolution française, aussi bien par la Droite que par la Gauche. Il faut se rendre compte que n'est pas simplement une idéologie extrémiste, mais l'idéologie moyenne de la Révolution française.

- En même temps qu'il y a l'idée de régénération des individus (produire l'homme démocratique) il y a l'idée de régénération de la société elle-même, de l'espèce humaine.

Ce qui dessine le programme de cet hygiénisme, c'est à la fin du XVIIIe siècle, disons juste avant le début du Consulat, ce qu'on a appelé les "grands médecins réformateurs" que sont Cabanis, Bichat et Vicq d'Azyr. Ils disent : *Dans l'ordre de la nature, les jardiniers ont appris depuis des siècles à produire de nouvelles espèces, qui produisent en quelque sorte une nature dans laquelle il n'y a plus de défauts, une "pure" nature.* Eh bien le but de l'Etat c'est de produire une nature humaine sans défauts. Et ils disent même : *Il faut que l'hygiène aspire à perfectionner la nature humaine.* Dans son grand livre "Le Rapport du physique et du moral

de l'Homme", Cabanis écrit : *Après nous être occupés des moyens de rendre plus belles et meilleures les races des animaux ou des plantes, après avoir remanié cent fois celles des chevaux et des chiens, après avoir transplanté, greffé, travaillé de toutes les manières les fruits et les fleurs, combien n'est-il pas honteux de négliger encore la race de l'Homme !* Il va donc ouvrir la voie à une sorte d'utopie sociale, celle de refaire une nature humaine, qui va être développée et radicalisée un siècle plus tard avec les idées eugénistes, idées qui participent de la même perspective.

L'idée de refaire un Homme nouveau et l'idée de refaire une espèce humaine ne sont pas de même nature. Refaire l'espèce humaine, c'est une vision de gestion de population, refaire l'Homme nouveau, c'est une éducation morale et intellectuelle des individus. Il ne faut donc pas confondre l'idée "hygiéniste" et l'idée "régénératrice". Dans un cas, il s'agit d'une requalification des individus, alors que dans l'autre, il s'agit d'une transformation de l'espèce humaine.

A partir de cette époque, c'est le passage d'un Etat de police à un Etat hygiéniste. C'est la plus grande rupture qu'il y ait eu dans l'histoire de l'Etat moderne. Cela pour deux raisons. La première est que les rapports entre le privé et le public vont être complètement bouleversés, car l'idée de l'Etat hygiéniste est que l'Etat doit pénétrer à "l'intérieur" de la maison. Les questions d'hygiène publique invalident la vieille conception de la séparation entre l'espace privé et l'espace public. La vision hygiéniste a donc plus fait pour étendre le rôle de l'Etat que toutes les idéologies socialistes. Pasteur a plus fait pour l'extension du rôle de l'Etat que Karl Marx, parce que là où on voyait des rapports privés, il a dit "non, circule du social derrière le microbe !" et qu'il y a du social là où vous n'en voyez pas. Il faut donc de l'action de l'Etat là où elle ne se déploie pas encore. C'est une rupture, car cela a bouleversé complètement les rapports du privé et du public, et aussi car l'Etat s'est dorénavant donné une tâche fondamentale, une tâche de requalification de la société. C'est pourquoi les deux grands terrains de la requalification de la société et de l'individu au XIXe siècle, ont été l'asile et la prison. Dans les deux cas, c'était les figures d'individus qui paraissaient en marge du rapport social, le prisonnier, ou plutôt le "criminel", car il s'est mis au ban de la société, et puis le fou car il est au bord de la nature humaine par sa maladie. Il faut donc les réintégrer à l'intérieur de la nature humaine. On voit que dans cette idée, il y a à la fois la redéfinition de la modernité et une utopie extrêmement dangereuse. Je crois que dans l'idée de régénération-requalification de l'individu, comme dans l'idée des politiques hygiénistes, il y a la fois la découverte positive d'un nouveau champ (qu'on pourrait qualifier de "sanitaire") à l'action de l'Etat, et en même temps la formulation d'une nouvelle utopie dangereuse.

C'est là la difficulté en général de l'Etat moderne, car se mêlent en lui le "neuf", le "progressif" et le "dangereux". Comment faire la part entre les "voies nouvelles du progrès" et les dangers de l'utopie ? C'est la même chose dans le domaine de la démocratie. On voit bien comment dans l'histoire des démocraties sont superposés à la fois les dangers et les possibilités. Je pense que cette question des politiques sanitaires est particulièrement intéressante, car on voit bien en elle ce rapport trouble entre le positif et l'utopie dangereuse.

Comment faire la différence entre la vision positive de l'hygiénisme, qui serait une politique sanitaire au bon sens du terme (c'est-à-dire avoir une gestion non pas simplement des individus mais des populations) et une utopie sociale dangereuse ? Plusieurs points méritent d'être pris en considération.

Le premier, c'est que l'utopie sociale dangereuse commence quand la société est gérée d'en haut, c'est-à-dire quand l'expert et le fonctionnaire se superposent. Le problème de cette superposition, c'est qu'il s'agit d'une redéfinition des besoins, qui sont définis par la théorie sociale, la politique globale, et que ce ne sont plus les besoins "d'en bas". S'opposent besoins

"d'en haut" et besoins "d'en bas". C'est une des grandes différences entre une politique sanitaire positive et une utopie sociale. Cette dernière réalise la fusion de l'expert et du fonctionnaire, alors que c'est dans la séparation, me semble-t-il, au moins dans le dédoublement des positions qu'il y a la garantie de ne pas tomber dans l'utopie dangereuse.

Le deuxième point qui fait la différence entre la politique sanitaire positive et l'utopie sociale dangereuse, c'est justement la nature de l'ambition que l'on a. Est-ce que l'ambition est de refaire la nature sociale, d'avoir, comme le disaient les socialistes suédois à la fin du XIXe siècle, une "société d'individus bien portants" ? Vous savez que la Suède a été l'un des pays tout à fait en pointe pour l'invention socialiste de l'eugénisme à la fin du XIXe siècle, jusqu'à récemment encore. Tout au moins, c'était l'un des premiers pays à avoir développé cela. Cette différence, c'est de considérer les habitants d'un pays non pas seulement comme une "population", mais aussi comme des "citoyens". Car la différence entre une population et des citoyens, c'est que la population est toujours l'objet d'une politique, alors qu'un citoyen est le sujet d'une action. C'est complètement différent. Or cette vision de gérer des populations a été fondamentale dans le passage à l'Etat hygiéniste. On ne gérait plus simplement des situations, on s'est mis à vouloir gérer des populations. La démocratie apprend qu'on ne gère pas simplement des populations, mais qu'on met en action des citoyens. C'est une deuxième différence absolument fondamentale entre l'hygiénisme comme politique sanitaire et l'hygiénisme comme utopie sociale.

La troisième différence, c'est que l'hygiénisme comme utopie sociale va développer et décliner le thème de l'hygiène dans l'ensemble des sphères de l'imaginaire social. L'hygiénisme devient une utopie quand les problèmes de l'hygiène sont transposés dans le domaine de la pureté, dans celui de la propreté, et va insidieusement glisser de la question médicale vers la ressaisie de l'ensemble du champ social. Il y a dans le livre *Utopies sanitaires* un certain nombre de développements sur cette question-là, qui me semblent extrêmement importants. C'est le passage de l'hygiène comme "réparation" à l'hygiène comme concept général, organisateur du social, qui peut être, à la limite, assimilé à une théorie qui devient purement raciale. L'exemple suédois est très intéressant là aussi. A l'inverse, on sait à quel point les thèmes de la pureté et de la propreté ont été centraux dans toute la rhétorique national-socialiste allemande des années 1930.

Il y a enfin une quatrième différence, c'est que l'Etat hygiéniste n'est pas l'Etat providence. L'Etat hygiéniste s'intéresse uniquement au social, pour gérer abstraitement des populations et non pas pour rééquiper des personnes. Je pense que la logique moderne de l'Etat providence tend de plus en plus à équiper des individus et à gérer des situations personnelles, et non plus simplement à gérer des populations. C'est encore plus vrai aujourd'hui. C'est d'ailleurs la définition qu'on peut donner en général du service public aujourd'hui. Le service public, tel qu'on l'imaginait au XIXe siècle, consistait à produire des réseaux sur un territoire. Et à travers cette production de réseaux, produire une population cohérente. C'était l'idée du service public de la Révolution à la fin du XIXe siècle. Aujourd'hui, le concept central du service public, c'est l'équipement des personnes, l'équipement des individus. C'est pour cela que les questions qui touchent à la formation sont si centrales, ainsi que celles d'un autre ordre, comme le droit au logement. J'attire votre attention sur le fait que le terme qui a été le concept fondamental dans les années 60 était celui "d'équipement collectif". On disait que le but de la vie publique était de multiplier et développer les équipements collectifs. On dirait aujourd'hui que le but, c'est d'équiper les individus. Je pense que cela fait une différence considérable et que là aussi, entre Etat hygiéniste et Etat providence, il y a une très grande différence.

Pour résumer les choses d'un mot et pour les lancer dans la discussion, rappelons les différentes étapes. Par exemple le basculement qui s'est produit et qui a été très important en

France, autour de l'épidémie de choléra de 1832, a été une occasion de reformulation complète de l'Etat hygiéniste. Il a d'ailleurs suivi - c'est un peu le hasard - de quelques années à peine le lancement de cette grande revue qui était "Les Annales d'hygiène publique et de médecine légale" en France (1828).

La conclusion qu'on peut tirer de tout cela, est que le danger de l'hygiénisme, c'est l'Etat trop puissant, c'est l'Etat qui pense qu'il peut, "d'en haut", refaire la société. Au fond, le problème, c'est de savoir quel est l'acteur du changement. Derrière l'idéologie hygiéniste, il y a l'idée que l'acteur du changement, c'est l'Etat. Il y a l'idée que la société est une sorte d'argile molle, qu'elle est de la cire dans laquelle, selon une formule révolutionnaire connue, l'Etat doit "imprimer sa marque". Et c'est pour cela que la question décisive qui permet de juger le problème de l'hygiénisme et de faire le partage entre un dangereux hygiénisme comme utopie sociale et une politique sanitaire, c'est la question de la démocratie. C'est de savoir quel est l'acteur de production de la société. C'est la différence qui ne trompe pas. Quand on dit que la société se produit elle-même, on ne va jamais vers l'utopie dangereuse. Quand on dit que la société est produite "d'en haut", la question est au moins ouverte. C'est cela, l'ambiguïté de l'Etat moderne, dans lequel vont de pair la possibilité d'ouvrir de nouveaux champs et le danger de produire de nouvelles catastrophes. Dans l'ordre de la politique, cette question-là, on l'appelle la différence entre totalitarisme et démocratie.

C'est quelque chose dont on n'a pris conscience, j'insiste, que très récemment. Les grands livres parus sur l'histoire de l'eugénisme n'ont qu'une dizaine d'années. Ce sont des choses qui étaient considérées comme taboues auparavant. La raison en est qu'on ne comprenait pas clairement où était le point de basculement. C'est pour cela qu'il y avait toujours - c'était très frappant chez les Suédois - un rapport très gêné à la question de l'eugénisme. C'est pour cela que, si on prend l'exemple de la tradition socialiste et de la Ligue de l'enseignement des années 1870, dont la devise était "par le livre et par l'épée", je vous assure qu'il y a des choses qu'on n'aimerait pas relire aujourd'hui. Il est intéressant de voir que la compréhension de cette histoire de l'eugénisme, de cette histoire de l'hygiénisme, a connu les mêmes difficultés pour être mise à jour que la compréhension de la question du totalitarisme. Les deux ont été de pair. C'est en quelque sorte la compréhension, dans les deux cas, d'un même type de point de basculement, et cela ne veut pas dire évidemment que toute politique sanitaire ne devient pas "hygiène". La compréhension de ce point de basculement permet parfois d'éviter des erreurs et des dérives dont on ne comprend pas l'origine. Le totalitarisme est en partie cela, une dérive dont on n'a pas compris tout de suite l'origine. Si on comprenait tout de suite, ce serait simple, justement.

L'historien peut attirer l'attention sur ce qu'a signifié le passage de la vision d'un Etat de police sanitaire à un Etat hygiéniste. C'est ce basculement-hésitation entre politique modeste et utopie puissante qui a été décisif. Tant qu'on restait dans la politique modeste, faute de moyens, il n'y avait pas de problèmes, mais dès qu'on voit apparaître la puissance jumelée à l'utopie, c'est là que les difficultés commencent...

Jean-Hervé Bradol :

Je vous remercie.

Rony Brauman :

Je vais aborder cette même question par un tout autre angle, plus anecdotique, plus pratique, en proposant à la réflexion un certain nombre d'exemples. J'ai été passionné par ce que nous a dit Pierre Rosanvallon, mais de plus stimulé, car je voyais se dérouler les différents exemples que j'avais choisis. Je vous propose, pour l'exercice, que dans nos esprits, l'Etat soit "l'Autorité", et que l'ONG, les institutions d'aide en général, soient étroitement associées à cette autorité. De fait, nous sommes bien souvent, qu'on le veuille ou non, qu'on en soit conscient ou non, des relais de politique publique, soit parce qu'on a adopté cette position pratique, soit parce qu'on a intériorisé cette nécessité. Finalement les organisations non gouvernementales sont assez souvent "étatiques" dans leur comportement. C'est autour de ce lien entre Etat, ONG, hygiène et démocratie, que je voudrais proposer ces exemples.

D'abord sur les questions d'hygiène, non pas au sens de politique publique mais au sens de leur confusion avec la propreté et ses normes, je voudrais vous livrer deux petites anecdotes, concernant la partie la plus massive de l'hygiène c'est-à-dire la "merde".

Cela se passe dans des camps de réfugiés, l'un en Amérique centrale, l'autre en Afrique. Peu importe les camps, car cela peut se passer n'importe où. Dans un camp salvadorien, les latrines sont bouchées. Ce petit camp assez fermé sur lui-même, avec une population relativement concentrée, se trouve brutalement privé de cette commodité importante apparemment pour la santé. On prévoit le pire, d'autant plus qu'il y a une très grande agitation politique, une très grande mobilisation autour de ces camps qui sont très emblématiques. On sonne l'alarme et on prévoit déjà la montée des diarrhées, du choléra, etc. Bizarrement, c'est plutôt l'inverse qui se produit, c'est-à-dire une baisse des consultations pour ces causes d'infections digestives. L'affaire a duré deux mois, au bout desquels les latrines ont été remises en place et la vie normale a repris son cours. Mais dans cette situation très concentrée, apparemment, cet objet vital pour la communauté n'était plus aussi vital que ça, si on tient compte de l'expérience.

En Afrique, c'était autre chose, un très grand camp de réfugiés (500 000 réfugiés), dans un endroit très marécageux. Dans un des quartiers de cette véritable ville, la terre était bourbeuse, en lisière d'un lac, donc il était impossible de faire des puits correctement protégés, impossible d'installer des latrines qui fonctionnent convenablement. Et puis à peu de distance de là, au contraire, un quartier de ce camp parfaitement bien organisé, sur un terrain qui se prête à l'apport d'eau propre et à l'évacuation des déchets et des excréments. C'est une région d'endémie de choléra. Une épidémie de choléra survient, où éclate-t-elle ? Evidemment, vous vous en doutez maintenant, dans la partie "saine" du camp ! Bizarrement elle ne se répand même pas jusqu'à la partie la plus "malsaine", la plus susceptible d'accueillir une épidémie de choléra.

Je ne veux évidemment pas dire que les latrines provoquent le choléra. Je me situe exactement dans la perspective qu'a donnée à la fin Pierre Rosanvallon, à savoir que ce serait trop simple et que le problème, c'est de trouver le problème. Mais ce que je veux indiquer par là, c'est la fragilité des relations de causalité qu'on établit entre des dispositifs sanitaires et une efficacité qui leur est directement attachée. Parce qu'après tout, si le contraire s'était produit, comme cela "aurait dû" se produire, on en aurait immédiatement tiré la conclusion que les latrines et l'eau propre avaient effectivement protégé une population, on aurait redoublé de précautions pour toutes les autres situations. Là, on n'a tiré aucune conclusion, d'ailleurs à mon avis on a bien fait car on ne pouvait pas en tirer. Sauf qu'en toute logique, on aurait dû tirer la conclusion inverse à la logique communément admise, si le raisonnement se faisait sur une base hypothético-déductive cohérente.

Deux autres exemples plus brefs. Dans le Quotidien du médecin, sont parus deux articles assez drôles concernant notre hygiène à nous tous, les Occidentaux. Une enquête européenne réalisée, avec la collaboration de l'Institut Pasteur, pour Procter et Gamble, grande société fabriquant des lessives, a interrogé 2 500 personnes sur leur hygiène domestique. On s'interrogeait sur le classement entre le lavage de torchons, le lessivage de sol de cuisine, sur la fréquence du ménage, le changement des draps, enfin toutes sortes de comportements quotidiens. Cela de la façon la plus normale pour Procter et Gamble, qui étudiait son marché de façon à le pénétrer de la façon la plus efficace possible. Mais quand l'Institut Pasteur se mêle de cela, ça donne dans un quotidien médical, un article titré : "Hygiène, les Français ont des progrès à faire". Sous-entendu, si on est propre on est moins vulnérable, moins malade, et si on se lavait plus, ça irait quand même beaucoup mieux. D'ailleurs l'article se termine, sans autre interrogation, sur un point extrêmement important : "*à noter au chapitre des méconnaissances, que neuf personnes sur dix pensent que mettre de l'ordre a un effet positif sur l'hygiène de la maison*". Eh bien cette fin là en dit beaucoup sur ce que l'hygiène signifie pour nous, dans l'acception quotidienne du terme. L'hygiène c'est l'ordre, et l'ordre c'est la bienséance sociale. Autrement dit on a là une convergence entre ce qui est de l'ordre d'une "norme scientifique", en tout cas c'est comme cela que nous, médecins, prétendons l'utiliser, et puis une simple norme de convenance sociale. L'alliance de ces deux normes devrait toujours éveiller un soupçon, car quand il y a une convergence aussi nette, il y a un "truc", un tour de passe-passe quelque part.

Pierre Rosanvallon a cité un article d'*Utopies sanitaires* dans lequel une ancienne infirmière, maintenant anthropologue, travaille sur les rites de propreté, non pas Cambodgiens, mais plutôt sur ceux des ONG. Elle montre que la confusion entre sain et malsain, propre et sale, en forme ou pas en forme, c'est-à-dire ce qui a une limite et un ordre clairs et ce qui n'en a pas, pèse lourdement sur les prescriptions de comportement de nos équipes médicales. Nos équipes, pour prendre l'un des nombreux exemples qu'elle cite, profitent d'une journée de mobilisation de la jeunesse pour nettoyer le jardin de l'hôpital. Les jeunes arrivent et nettoient en arrachant les mauvaises herbes, car pour eux nettoyer, c'est cela. Le désordre, ce qui n'est pas la bonne forme, ce sont les mauvaises herbes qui poussent dans ce jardin. Quand l'équipe revient le soir, elle trouve les papiers gras, les canettes, les boîtes de conserve, les bouteilles vides, toujours aussi nombreuses, qui jonchent l'ensemble du parterre de l'hôpital, et pense donc que rien n'a été fait. S'installe alors un malentendu assez fort entre les uns et les autres, les uns prétendant que la cour est propre et les autres qu'elle est dégueulasse. Choc des cultures, qui ne peut pas totalement se résoudre par une acceptation de différences de conception, tout simplement parce que l'importance de nettoyer l'hôpital était sous-tendue par la nécessité "scientifique" de le faire. Comme si des canettes et des bouteilles vides dans la cour d'un hôpital représentaient une menace pour la santé des patients et du personnel, un trouble grave à l'ordre sanitaire. Eh bien c'était l'ordre social, évidemment, qui était dans la tête de nos équipes et non pas la santé de qui que ce soit. Cet exemple pour remettre en cause certaines de ces conceptions que nous véhiculons avec un certain impérialisme scientifique qui confond les différents ordres.

Le deuxième exemple que je voudrais donner s'appuie aussi sur ce qui est dit dans ce livre, à savoir l'éradication de la tuberculose. Vous savez que l'OMS s'est fixé, parmi ses nombreux buts, d'éradiquer la tuberculose. Il se trouve qu'à partir du moment où l'on se fixe pour but d'éradiquer la tuberculose plutôt que de soigner des tuberculeux, on en arrive vite à considérer une partie des tuberculeux comme très menaçants pour le programme d'éradication lui-même. Car à traiter un peu trop facilement, on répand des résistances au traitement et par conséquent on diminue les armes qu'on a sur les prochaines années pour traiter les tuberculeux. C'est un problème réel, je ne dis pas qu'il est fabriqué, loin de là, et il est grave.

Mais ce qui me semble également grave, c'est qu'au nom de cette politique d'évitement des mauvais traitements, on en arrive à sacrifier des groupes entiers de population, dont une partie au moins pourrait être traitée. Alors on peut se dire, après tout, que les Etats, les pouvoirs politiques, ont presque pour "racine" de pouvoir exercer ce sacrifice, que ça fait partie de la structuration des sociétés, de l'histoire des hommes dans leur vie en collectivité... Et après tout, l'Etat a le monopole de la violence, il peut donc envoyer des gens se faire tuer ou tuer d'autres gens. Ce pouvoir sur la vie et la mort est un pouvoir qu'on accorde plus ou moins à l'Etat. Mais ce qui est frappant, c'est que des institutions infra-étatiques ou supra-étatiques, des ONG et des institutions internationales, qui ne sont pas du tout dans ce registre-là, reprennent à leur compte ces comportements qui ont quelque chose de "sacrificiel". Il me semble qu'il y a un problème que l'on voit se cristalliser sous nos yeux dans le fait que l'humanitaire, dont on pourrait résumer la définition à cette volonté de refuser le sacrifice humain, n'a pas peur finalement de passer par-dessus ce principe fondateur, en disant qu'une population entière ne doit pas bénéficier de traitement, alors qu'une partie significative de cette population pourrait bénéficier de traitements qui font la différence entre la vie et la mort. Là encore, cette contradiction fondamentale est surmontée au nom, je ne dirai pas de la science car j'ai du respect pour la science, mais plutôt d'une vision scientiste du monde, qui renvoie précisément à cet Etat hygiéniste dont parlait Pierre Rosanvallon. C'est notamment en pensant à cela que je vous proposais, au début de ma présentation, d'établir un lien clair entre l'Etat et l'ONG, au nom justement de cette position de détenteur légitime d'autorité.

Lorsqu'un expert, fixant une politique, dit que pour éradiquer la tuberculose il faut qu'on ne traite que les cas contagieux - pas une tuberculose par exemple - quel est celui qui accepterait cela pour un proche ? Quel est le médecin ou le haut fonctionnaire, l'agent sanitaire, qui dirait non, je ne vais pas traiter cette tuberculose de la hanche parce que ce n'est pas utile, ça ne sert pas l'intérêt du programme d'éradication et nous divertit de tâches bien plus nobles ? Il me semble que c'est peut-être la caractéristique principale de ce que je reprendrai, derrière Pierre Rosanvallon, sous le terme de "politique par le haut". Ce qui vaut pour les autres ne vaut certainement pas pour le cercle des initiés. C'est quand même une loi particulière que cette loi-là, cette loi qui vaut pour le reste de l'humanité, de préférence évidemment la marge, les pauvres, les sans voix, mais certainement pas pour les autres.

J'en viens maintenant à mon exemple suivant : l'éducation sanitaire. Là c'est moins un exemple direct que l'évocation d'un grand programme. En 1978, à Alma Ata, l'OMS a lancé un grand programme qui s'appelait "La Santé pour tous en l'an 2000", c'est la raison pour laquelle je n'ai pas résisté au plaisir de reprendre la formule pour cette réunion.

Cette santé, telle que définie précisément par l'OMS en 45 ou 46, lors de sa création, est un "état de complet bien-être mental et social et ne consiste pas en l'absence de maladie ou d'infirmité". Cette santé-là, il n'y a que l'état d'orgasme qui peut la procurer ! On ne voit pas à quel autre moment un être humain peut se sentir dans cet état-là, décrit par l'OMS. Ou alors, on pense à la santé d'une botte de poireaux ou d'un troupeau de vaches. Ce qui est frappant d'abord dans cette définition, c'est qu'elle a été adoptée par une assemblée internationale d'experts et de fonctionnaires qui étaient tous des gens qui avaient sans doute un certain niveau d'élaboration mentale, un niveau de formation universitaire probablement assez élevé, et qui ont été capables de pondre une définition aussi ahurissante de bêtise. Au nom de cette politique dite de "soins de santé primaires" - c'était elle qui devait produire cet état de santé pour tous en l'an 2000 - on a formé des brigades, des armées d'agents de santé villageois qui étaient censées, en disposant d'une petite pharmacie et équipés de quelques principes simples d'hygiène, venir à bout de 90% des pathologies essentielles.

Résultat : ces "brigades de santé" ont servi de substitut à des politiques de santé, l'évangélisation sanitaire a remplacé l'effort de construire des centres de santé et des hôpitaux ruraux. Et cela, avec un brevet de vertu décerné par l'OMS. Naturellement, aucun des apôtres des soins de santé primaires ne se serait fait soigner par un agent de santé... Là encore, on est dans la distinction radicale entre "eux" et "nous".

Aujourd'hui on n'en parle plus, on s'abstient aussi d'en tirer le bilan, comme si finalement cela n'avait jamais existé. C'est plutôt par l'amnésie que par l'analyse que cette question est traitée. Jamais par exemple, on ne s'est préoccupé d'étudier la santé de ces agents de santé. Après tout, si leur formation avait été efficace, sans aucun doute c'est à eux-mêmes en premier lieu que ce bénéfice aurait pu être apporté, c'est-à-dire l'usage des médicaments, l'usage des prescriptions d'hygiène et de comportement quotidien, censés restaurer la santé ou la conserver. Je ne peux pas dire s'ils ont été moins malades, parce que ça n'a jamais été étudié, mais je trouve que dans cette absence, il y a quelque chose d'assez significatif : on n'a même pas eu l'idée de démontrer que ce que l'on voulait mettre en pratique avait une efficacité, soit parce que l'on était tellement convaincu que c'était vrai - auquel cas on est totalement en dehors du minimum de logique scientifique - soit parce que peut-être on pressentait que ce ne serait pas si brillant que cela et qu'il valait mieux s'abstenir. Les institutions ont horreur de se remettre en cause, surtout lorsqu'il s'agit de politiques qui ont été si mobilisatrices, si envahissantes.

Je termine sur la prévention et prévention-dépistage. C'est l'élargissement du propos à l'ensemble des gens, y compris évidemment ici.

On ne cesse de nous rebattre les oreilles de tous les facteurs de risque, nous sommes peu à peu des nuages de probabilités, définis par nos comportements à risque, ou nos bons usages par rapport aux risques. Il se trouve qu'il y a une étude assez bizarre publiée en 1991, que je ne résiste pas au plaisir de citer. C'est une étude du JAMA (Journal of American medical association), un des très grands journaux médicaux internationaux. Elle rend compte d'un essai contrôlé assez unique, qui s'est passé en Finlande. On a pris 1 200 cadres d'une cinquantaine d'années et on les a divisés en deux groupes au hasard. C'est un essai dit "randomisé". Pour l'un de ces groupes, on a totalement éradiqué les facteurs de risque. Ils ont arrêté de fumer, de boire, ils ont eu un régime alimentaire quasiment hospitalier, ils étaient médicalement suivis pour tout ce qui concernait une variation de cholestérol, une variation de la tension, enfin tous les paramètres cardio-vasculaires, puisque c'était la prévention des maladies cardio-vasculaires qui était à l'étude. Cette étude de morbidité et de mortalité s'est étalée sur cinq ans. Le groupe sur lequel on intervient est le groupe dit d'intervention et l'autre est le groupe témoin, celui qui ne change pas ses habitudes. A la fin de l'essai, on observe que le groupe d'intervention a de bien meilleurs résultats que le groupe contrôle, donc éliminer les facteurs de risque, c'est bon pour la santé, apparemment. Et puis, quand on examine ce qui se passe dans les cinq ans qui suivent l'essai, ils disent très pudiquement que les résultats se nivellent entre les deux groupes. Mais en réalité ils ne se nivellent pas du tout, puisque c'est le groupe d'intervention qui a des risques bien plus grands d'être malade ou de mourir, tandis que le groupe de contrôle, c'est-à-dire celui qui vit normalement, est moins malade et meurt moins! On a donc l'impression que prendre un groupe et lui appliquer un régime de vie conforme aux prescriptions médicales ou hygiéno-diététiques de la médecine, c'est en fait l'exposer à un risque plus grand ! Evidemment, ce n'est pas la conclusion qu'ils tirent parce qu'ils ne s'y attendaient pas et ils sont bien embêtés. Ils disent : "*Ces résultats inattendus ne doivent pas mettre en question la prévention multi-factorielle en tant que telle, mais ils soutiennent le besoin, l'intérêt d'une recherche pour la sélection d'interaction de méthodes, etc.*". Enfin, un article scientifique se conclut toujours par "il faut d'autres études

scientifiques", naturellement. Je ne nie pas qu'il en faille d'autres, mais ce que je trouve cocasse, c'est la pudeur et le sens de la litote dont ils font preuve pour envelopper ces résultats qui semblent montrer le contraire de ce qui était imaginé et prévu.

J'ai souvent exhibé comme un trophée cette étude devant des médecins de santé publique et d'épidémiologie, je peux n'en avoir eu d'autre qu'une moue boudeuse et suspicieuse quand je la produisais. C'est le JAMA, alors c'est embêtant parce que ce n'est pas une obscure feuille de chou, mais un journal prestigieux. Le seul argument qu'on m'a donné est que "ce n'est pas complet, pas net, les conditions de l'essai ne sont pas claires, etc." Enfin bref, si une expérience amène des résultats inattendus, on la rejette. En astronomie, en chimie, en biologie, jamais on ne s'autoriserait de tels tours de passe-passe. Mais en médecine et en santé publique, on se les autorise à tour de bras, toujours, me semble-t-il, dans cet esprit de faire coïncider une sorte de morale ou de moralisme social avec une science du comportement.

Je terminerai en reprenant ce qu'a dit Jean-Hervé Bradol au début. Parmi les différentes questions, celle de notre statut "social", mais également celle du statut de nos connaissances en général, est posée de manière centrale. A partir de quelle position parlons-nous lorsque nous allons au devant d'une population pour lui conseiller de faire comme ci plutôt que comme ça, de boire telle eau plutôt que telle autre, d'élever et de nourrir leur enfant comme ci plutôt que l'élever comme ça ? C'est à la fois le problème de notre statut social local et le problème du statut de nos connaissances, qui est posé là. Ce qui est grave dans cette question, c'est que ces problèmes ne se posent que très rarement. Problèmes que l'on réserve aux anthropologues, à des gens qui brassent des questions abstraites dans des cercles universitaires ou des laboratoires de recherche, mais qui semblent pratiquement sans aucune portée, sans aucune conséquence pour les praticiens que nous sommes. Par praticiens, je veux dire les médecins, les soignants en général, pas spécialement les ONG, car le problème ne se pose pas de façon spécifique pour les ONG. C'est cette ingénierie des comportements individuels et sociaux que l'on a voulu remettre en cause dans ce livre et qui était la raison de cette réunion.

Je terminerai en disant que personnellement, en tant que médecin, je trouve qu'on devrait commencer et finir ses études par l'évocation précise de deux grands personnages, dont le sérieux et l'importance n'ont jamais été suffisamment soulignés à mes yeux, il s'agit de Knock et de Diafoirus.

Je vous remercie et nous allons pouvoir passer au débat.

Débat

Michel Rey :

Bravo pour la contestation, ça fait du bien de se remettre en question. Maintenant il faut peut-être réfléchir à certaines attitudes. J'ai fait pas mal d'épidémiologie, pas mal de travail d'observation en Afrique, et j'ai été très sensible à l'exemple des latrines. J'ai vu construire dans un village africain du Cameroun par un chirurgien tout à fait idéaliste, une latrine par concession, ça a été l'horreur ! Cela puait, il y avait plein de mouches, et les gens ne les utilisaient pas parce qu'il préféreraient aller dans la nature. Je n'ai pas su le résultat quant au passage du choléra. Cela étant, il y a quand même des choses à expliquer. C'est vrai que la latrine n'est pas le seul moyen de propagation des maladies d'origine fécale. On peut s'interroger sur la différence de prévalence de l'hépatite A, qui est de nos meilleurs indicateurs du péril fécal dans une population. On a quelques indices de prévalence en Europe, on en a en Afrique bien sûr, ainsi qu'au Japon. Le Japon nous intéresse particulièrement. En Afrique, dès l'âge de 8 ou 10 ans, cent pour cent de la population a attrapé l'hépatite A. En général c'est beaucoup plus par contact de personne à personne. En Europe, on n'était pas brillant, on était au milieu du Nord et du Sud. Les Suédois ont acquis bien avant nous le zéro pour cent à l'âge de vingt ans, chez les conscrits. Nous en sommes à un peu moins de dix pour cent chez les gars de vingt ans. Il y a trente ans, on en était encore à cinquante pour cent, on a fait quand même quelques progrès.

Alors est-ce qu'on se lave plus les mains ? C'est un des problèmes que vous avez débattus. Les Japonais ont zéro pour cent. Ils ont le niveau de vie des Européens occidentaux, alors pourquoi cette différence entre le Français et le Japonais ? Le Japonais est très sensible à la turista - je vous signale qu'il attrape beaucoup de turista à Paris - il est "trop propre". Est-ce que c'est le fait que les latrines japonaises n'ont pas de lunette ? Est-ce que c'est la lunette qui est responsable chez nous d'une transmission ? J'ai une autre interprétation : les Japonais ne se touchent jamais les mains. De temps en temps ils le font mais dans des circonstances exceptionnelles. Nous nous serrons souvent la main, en Afrique on se la serre dix ou cinquante fois par jour, toutes les fois qu'on rencontre la même personne. C'est la transmission de personne à personne sur laquelle il faut peut-être s'interroger, encore plus que sur l'existence de latrines. Cela nous ramène au problème du lavage des mains, dont je pense qu'il est utile. Tout ça pour dire qu'il faut absolument se remettre en question, mais que c'est multifactoriel, qu'il ne faut pas trop condamner certaines actions et savoir que les comportements humains sont complexes, qu'il y a des tas de choses qu'on ne connaît pas encore, mais que certains facteurs - ceux qu'on connaît - peuvent peut-être quand même être mis à contribution pour élever le niveau d'hygiène.

Pour en revenir au choléra, il ne s'est pas répandu en Afrique seulement dans les pays humides et pleins d'eau, on l'a vu exploser au désert de façon encore plus épidémique, et on s'y est aperçu de la transmission inter-humaine du choléra. Il y a une expérience très amusante : on a bariolé la région péri-annale du chef de tribu chez des Maures avec de la fluorescéine. Au bout de 48 heures, on a regardé ce qui se passait dans la tribu. Eh bien tout le monde avait de la fluorescéine sur les mains ! Ils n'avaient pratiquement pas d'eau. L'impossibilité de se laver a quand même été un facteur, mais ça montre que les choses sont plus compliquées qu'on ne le croit et qu'il faut remettre en question les vieux dogmes. Merci de l'avoir fait.

Jean-Hervé Bradol (à Pierre Rosanvallon) :

Vous nous avez présenté cette évolution historique entre l'action de police sanitaire et l'Etat hygiéniste, mais comment voyez-vous aujourd'hui la situation, dans une société comme la nôtre, quant à la tension entre les deux conceptions de l'intervention de l'Etat ?

Pierre Rosanvallon :

Je pense que la tension est très forte. Il y a sans arrêt la tentation de passer de l'un à l'autre, car ce qui alimente l'action de l'Etat, ce n'est pas simplement l'action des fonctionnaires, mais c'est l'action des "militants" de l'hygiénisme. Toutes les politiques d'hygiène n'ont pas simplement été le fait, ni de l'expert, ni des fonctionnaires, mais d'une troisième catégorie, les militants de l'hygiénisme qui étaient toujours des associations. Quand on voit par exemple l'histoire de la lutte anti-tuberculeuse en France, bien sûr il y a eu de grands médecins experts, bien sûr il y a eu des fonctionnaires, mais il y a eu aussi le rôle central des associations. Non seulement le rôle central des associations françaises, mais même, en l'occurrence, la fondation Rockefeller qui a financé dans les années 1920 l'ensemble des associations de lutte contre la tuberculose. Le fonctionnaire de la fondation Rockefeller, à Paris, a tenu pendant trois ans un journal quotidien sur ce que faisaient les associations. On a là un témoignage exceptionnel de première main sur ce qu'étaient les militants de l'hygiénisme. On voit que cette idéologie militante, c'est elle qui en quelque sorte pousse tout le temps à la fois le fonctionnaire et l'expert. Il y a les trois figures : l'expert, le fonctionnaire et les militants. Donc de quel côté est l'ONG ? Sûrement du côté du militant

Ce qui fait la limite entre ces deux questions de l'Etat, c'est la résistance du citoyen dans un certain nombre de cas. C'est-à-dire que le citoyen demande toujours plus de politique hygiéniste pour les autres en termes généraux, mais il résiste lui-même à cette emprise croissante. Cette dialectique entre une demande et une résistance existe toujours. Et heureusement, car sinon ce serait l'idéal d'une surveillance sociale absolument complète, dans la mesure où une bonne politique hygiéniste est la politique qui va au fond de l'intimité des gens.

La révolution de l'hygiénisme, c'est que l'intimité est quelque chose de social. On n'a pas attendu tous les débats sur le HIV pour le savoir. C'est dès le XIXe siècle que l'intimité fait partie du social. Il n'y a pas, à mon avis, une politique libertaire qui consisterait à dire, de façon un peu utopique : "mettons à distance ces politiques dangereuses" et de l'autre côté le plein pouvoir des fonctionnaires. Il faut montrer comment fonctionne cette tension et cette dialectique, avec à chaque fois les types de danger qu'il peut y avoir. Il faut se garder de penser qu'il y a *une* bonne solution, car c'est là que s'engouffre la visée utopiste dangereuse. De même qu'il n'y a pas une bonne solution, de façon scientifique, il n'y a pas *une* bonne corrélation. Ce que j'ai retiré comme leçon des différents chapitres de ce livre "Utopies sanitaires", c'est qu'au fond, on est très incertain sur un certain nombre de corrélations. Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait pas de corrélations, mais qu'elles ne sont pas toujours où l'on croit.

D'un certain point de vue, c'est la critique que je vous ferais, vous brillez dans la critique, mais pas dans l'explication. C'est-à-dire que vous dénoncez justement des corrélations qui sont fausses en montrant qu'il n'y a pas forcément de corrélation entre tel type d'action qu'on pense hygiéniste et tel résultat. Cela ne veut pas dire qu'il n'y ait pas de corrélation quelque part, mais qu'on ne les connaît pas forcément. D'ailleurs c'est l'histoire des sciences sociales, qui consistent tout de même à essayer de faire des corrélations. Les sciences sociales, c'est expliquer des problèmes en mettant en relation des séries de facteurs. Il faut faire la critique des mauvaises corrélations, mais il faut aussi essayer d'en trouver de bonnes. La responsabilité du médecin sanitaire, c'est sûrement à la fois d'avoir un rôle critique pour dénoncer les illusions, et de réfléchir aussi à ce que sont des corrélations plus opérationnelles.

Rony Brauman :

En effet, je me suis livré à ce petit jeu de démolition, qui n'est pas très difficile. Mais le fait que ce ne soit pas très difficile indique déjà quelque chose, parce que c'est quand même un

système extrêmement élaboré avec un appareil méthodologique très sophistiqué. Je pense que la faille principale, c'est le statut de la corrélation. Si je mets en cause les corrélations ce n'est pas pour nier leur existence, c'est pour démontrer la transformation de la corrélation en causalité. Il y a là un passage en force qui est opéré en permanence, que j'ai essayé d'illustrer avec le premier et le dernier exemple, l'histoire du choléra et des latrines, qui ne colle pas avec ce qu'on imaginait. Si cela avait collé à l'ordre qu'on avait en tête, la corrélation aurait été immédiatement vérifiée. Cependant elle ne fonctionne pas. De même pour cette étude sur les facteurs de risque.

Pierre Rosanvallon :

Savez-vous quelle est la meilleure corrélation dans les années soixante ? C'est entre le nombre de naissances et le développement des ascenseurs. C'est un fait, je pense, de hasard, mais on pourrait en conclure que les enfants se faisaient uniquement dans les ascenseurs !

Rony Brauman :

Où la corrélation entre le port de la cravate et l'infarctus du myocarde...

Question dans la salle :

Rony, tu as bien détruit, c'est bien. On connaît tous les latrines, le constat d'échec sur les agents de santé villageois. Mais quel est ton programme pour la santé pour tous en l'an 2050 ou 2100 ? Des pistes ?

Rony Brauman :

Je ne serais bien incapable de donner un programme. Mais on pourrait déjà commencer à réfléchir à une conception moins folle de la santé, et moins, aux rapports entre santé et soins médicaux et aux dispositifs préventifs qui ont vraiment démontré leur efficacité. Ce qu'on peut reprocher aux dispositifs préventifs en général, ce n'est pas d'exister, c'est d'exister en dépit des démentis qui sont apportés à leur efficacité.

Par exemple, pour ce qui est de la définition de la santé, je pense que cette conception globalisante, d'une ambition démesurée, peut être avantageusement remplacée par une définition plus libérale, toujours au sens où Pierre Rosanvallon en parlait : la santé, c'est la capacité à produire ses propres normes dans ses relations avec le milieu, avec son environnement. Cette puissance normative de chaque individu, qui peut se traduire dans des situations très différentes, c'est à mon avis une conception qui ménage beaucoup plus d'humanité et qui a l'avantage de réconcilier les points de vue du patient et du soignant. Alors qu'il y a bien des définitions qui ne sont produites que par les médecins. Comme si, d'ailleurs, les médecins avaient quelque chose à dire de particulier sur la santé. Quand ils ont quelque chose à dire de pertinent sur la maladie, ce n'est déjà pas mal. La santé déborde de très loin, toute l'histoire le montre, le champ de nos compétences. Réduisons donc ce champ et labourons-le un peu mieux à travers une conception qui serait à la fois plus pragmatique et plus humaniste.

Ce sont les principales lacunes de cette définition officielle, à laquelle personne ne croit, mais que tout le monde continue à répéter indéfiniment. Quant au problème concret de la pratique, de l'organisation, je ne vais me donner le ridicule de démarrer sur ce terrain.

Pierre Rosanvallon :

Je vais poser une question de béotien. J'ai l'impression qu'il y a une différence considérable dans la façon dont on approche les problèmes de politique publique de santé dans le tiers-monde, qui est l'endroit où vous intervenez, et la manière dont on les définit dans

les pays développés. Quand vous parlez implicitement des politiques de santé, vous parlez d'objectifs : on gère des populations avec des objectifs quantitatifs généraux. Alors que quand on parle de politique sanitaire publique, on ne les perçoit plus du tout de cette façon chez nous. Ce n'est plus simplement un raisonnement économique moyen. Quand vous parlez de politique de santé c'est un raisonnement économique moyen : si on investit tant, qu'est-ce qu'on peut attendre raisonnablement ? On raisonne en termes statistiques sur des populations.

Les politiques sanitaires publiques dans les pays développés sont de moins en moins pensées en termes de population, et de plus en plus en termes d'individus. Même si 99,9% de la population sont traités, le problème est considéré comme non résolu. C'est la question du principe de précaution. C'est le 0,01% qui n'est pas traité dans la politique publique.

Comment ressentez-vous cette différence ? Uniquement comme un problème économique? Ou est-ce que derrière ce problème économique il n'y a pas aussi une question philosophique, à savoir qu'on raisonne sur des populations en des termes qui ne sont pas les mêmes dans les deux aires géographiques ? Grosso modo on prend son parti, pour des raisons peut-être inévitables, de dire que si la moitié des gens meurent ça veut dire que la moitié des gens sont sauvés. C'est déjà énorme en termes de politique publique. Ce serait impensable de raisonner comme cela dans les pays occidentaux développés. Cette question béotienne qui fait sûrement votre quotidien, quelle réponse lui apportez-vous ?

Jean-Hervé Bradol :

Je pense que la radicalité apparente de la critique, dans ce livre, est à replacer dans un contexte où aujourd'hui, l'agence des Nations unies pour le développement (le PNUD), par exemple, nous explique qu'elle va éradiquer l'extrême pauvreté en dix ans. Où l'OMS nous explique, dans un discours où Madame Brudtland - discours titré "Check for delivery" - que depuis le début des années 90 on a montré scientifiquement la corrélation entre pauvreté et maladie. Qu'on sait donc maintenant comment s'y prendre pour non seulement éradiquer l'extrême pauvreté, mais à l'aide de grandes actions sanitaires, contrôler les trois maladies les plus tueuses. On va diminuer de 50% la tuberculose, on va réduire de 25% la progression de l'infection à VIH, et comme les ressources matérielles sont limitées, l'affectation des moyens va aller à ces grandes actions. Ce qui reste de soins individuels pour les patients, d'à peu près organisé et de fonctionnel, risque de disparaître sous les coups de bélier de telles politiques. C'est pour cela que le propos du livre apparaît relativement radical. Nous avons, quant à nous, l'impression d'être face à un grand délire.

J'ai reçu il y a dix jours dans mon courrier un document du PNUD qui commençait comme cela : "Vous avez été choisi parmi les personnes qui vont nous aider à éradiquer la pauvreté dans le monde", courrier qui m'était adressé personnellement. J'étais évidemment extrêmement flatté, mais immédiatement très inquiet ! Vous avez donc tout à fait raison d'émettre l'hypothèse qu'il y ait un problème de contexte.

Françoise Saulnier :

Je voudrais poser une question au regard de ce que vous avez dit sur les politiques sanitaires. La question s'adresse à Monsieur Rosanvallon. A quel moment, dans nos pays, s'organise la bascule entre une politique hygiéniste, qui n'est pas forcément utopique, et un droit aux soins, non pas un "droit à la santé" mais bien un "droit aux soins" ? On a l'impression que ces politiques hygiénistes sont là pour éviter qu'il y ait des maladies, ce qui permet de faire de grandes économies parce qu'on n'aura plus besoin de soigner les gens. On s'adresse donc à la maladie pour éviter d'avoir besoin de s'adresser et de soigner des individus. Je voudrais savoir concrètement comment s'organise, dans nos pays, ce basculement entre des politiques hygiénistes - dont vous dites quand même qu'elles sont poussées par des militants -

et comment à un moment on arrive au fait que les gens aient accès aux soins ? On ne demande pas l'éradication des maladies, parce que cela conduit souvent à éradiquer les malades, et derrière les malades, éradiquer les personnes. Comment s'organise cette prise en compte du droit au soin, plutôt que l'élaboration de politiques qui ont pour but d'éviter que des maladies existent, ou soient reconnues comme telles et donc nécessitent une réponse coûteuse ?

Pierre Rosanvallon :

Le problème se développe sur une double échelle. L'histoire de l'hygiénisme se développe d'abord sur une échelle de la connaissance, c'est à dire que c'est une certaine vision de la société, c'est une certaine connaissance scientifique qui a développé la vision de l'hygiénisme. On avait une vision de populations à traiter. L'hygiénisme est un point de vue de l'Etat sur la gestion des populations, point de vue qui est transformé par un certain regard scientifique. La deuxième histoire c'est celle de la démocratie, c'est à dire celle des sujets et des citoyens. La question du soin est liée non pas simplement à la gestion d'une population d'un point de vue sanitaire, mais à la revendication des moyens de l'autonomie. La santé et le soin sont un des moyens de l'autonomie personnelle. Il faudrait donc faire une histoire de la revendication de l'autonomie, dans son lien à la question de la santé.

Cette question de la santé est au croisement des deux, elle est un problème social public (traiter des populations) et un problème des individus (garder et conquérir les moyens de l'autonomie). Car la plupart des maladies sont des obstacles à l'autonomie. De la même façon, quand on a inventé l'Etat providence, le raisonnement était que malgré la maladie, malgré l'accident, on allait conserver les moyens du revenu, qui sont les moyens de l'autonomie. Je crois donc que les problèmes de la santé sont bien au carrefour des deux. Une logique de l'autonomie et une logique de la gestion des populations. Evidemment, quand on se situe dans la logique de la gestion des populations, c'est le point de vue de l'Etat, d'en haut, qui a sa légitimité, mais la définition de la santé dont il faudrait se rapprocher, c'est peut-être "la construction de l'autonomie" et pas simplement l'espèce d'utopie, de nirvana, correspondant à la définition que vous avez citée tout à l'heure.

D'ailleurs, on peut dire que c'est un des grands problèmes, dans un certain nombre de cas, dans le rapport au corps médical. Car ce dernier a très souvent une vision de la maladie en termes de gestion sanitaire et de population et souvent moins, me semble-t-il, en termes d'autonomie de la personne. Alors que la revendication du malade est plus axée sur le point de vue individuel que social.

Rony Brauman :

Cette notion d'autonomie me rappelle ce qu'Illich écrivait dans les années 70 dans "La némésis médicale". Ce qu'il voyait dans le développement de la médecine moderne, c'était bien au contraire la destruction de cette autonomie dont vous parliez. Je suis évidemment d'accord avec les deux. Je suis bien d'accord avec vous lorsque vous dites que la santé, c'est la capacité de produire ses propres normes, et c'est cela qu'il faut défendre. Et en même temps, les relations de dépendance que crée la médecine entre l'individu et une espèce de "tout social" censé lui dispenser un certain nombre de bienfaits, est une source de destruction de l'autonomie.

Certains journaux médicaux publient quotidiennement une météo solaire. Il s'agit de l'index qui caractérise le rayonnement d'ultra-violets dans l'endroit où l'on se trouve. C'est un indicateur de menace, c'est une alerte. Donc tous les jours avant de sortir, on devrait consulter la météo solaire, et puis il faudrait voir aussi quel est le dernier seuil tolérable de cholestérol et de glycémie qui a été fixé, parce qu'il varie. A mesure qu'il varie, on a un plus grand nombre de "malades" susceptibles d'absorber du chlofibrate ou des hypolipidémifiants ou des

anticholestérolémiants. Quand on fait descendre le taux de glycémie nécessaire pour décréter le diabète, lorsqu'on modifie les seuils au-delà desquels on est considéré comme hypertendu, on rentre dans la catégorie des "patients". Lorsqu'on se fait faire un check-up et qu'on trouve une variable qui sort de la moyenne, on se sent vulnérable et on ressent ce qui est une des grandes peurs modernes, la peur de la maladie. Notons au passage cette confusion entre la norme et la moyenne, qui est le pendant de cette confusion entre corrélation et causalité.

Il me semble que cette peur répond à des angoisses sociales mais aussi à des intérêts économiques. Il suffit d'entrer dans une pharmacie pour voir à quel point le management de la peur de la maladie est soigneusement organisé en termes de marketing, avec le produit qui est toujours susceptible d'être la réponse à un problème qu'on se pose. Cette conception de la santé par le dépistage précoce, la prévention de tous les instants, la médicalisation de la vie quotidienne, n'est pas seulement l'entretien d'une peur (dont on peut se demander si elle n'est pas elle aussi pathogène), mais aussi une source de profits. D'ailleurs ce sont des laboratoires qui sont derrière ces journées Alzheimer, ces journées du cholestérol, ces journées du coeur, cette météo solaire etc.

Question dans la salle (à Rosanvallon) :

Je voudrais poser une question sur les rapports entre la politique sanitaire, l'hygiénisme et la démocratie. Je me pose la question de savoir si les systèmes politiques ne sont pas contraints d'avoir des politiques sanitaires coercitives sur les individus, dans la mesure où dans tous les pays, qu'ils soient développés ou non, il y a une collectivisation des ressources nécessaires au traitement des maladies. C'est une question que vous n'avez pas abordée mais qui me paraît fondamentale. Finalement la politique sanitaire, dans la mesure où il y a une collectivisation des ressources nécessaires pour la réaliser, peut très bien être un choix extrêmement contraignant pour les individus. Je ne suis pas du tout d'accord avec vous sur la différence entre la médecine dans les pays développés, qui s'adresserait à des individus et la médecine dans les pays en voie de développement, qui s'adresserait à des populations. Quand on est médecin à l'hôpital, on est exactement sous les mêmes contraintes, on n'a plus une logique d'individu mais une logique de raisonnement socio-économique global.

Pierre Rosanvallon :

Je pense qu'il y a une tension entre la logique en termes de population et celle en termes d'individus. J'avais le sentiment que dans un certain nombre de pays en voie de développement, c'était davantage, voire uniquement, la logique en termes de population qui existait, surtout de la part des acteurs de la politique publique. C'est au moins une question que je posais.

Mais l'hygiénisme c'est tout de même cela. Si votre santé est un problème social, l'Etat a le droit de vous contraindre à un certain nombre de choses. C'était un sujet de discussion sur des questions que vous connaissez mieux que moi. L'histoire des vaccinations obligatoires, celle des dépistages, celle aussi de précautions dans le monde du travail.

On peut dire que ce rapport entre l'autonomie et la coercition, c'est le problème fondamental de la société moderne. Dans la société moderne, on ne peut pas exister comme individu pur, on existe toujours comme individu social. C'est la limite d'un certain point de vue libéral ou libertaire, qui ne pense la question du social qu'à partir de l'idée de l'individu et de l'autonomie. Or on doit penser le social aussi à partir du "lien social". Et qui dit lien social implique évidemment des formes de coercition. Pour le dire dans les termes du droit, il n'y a pas de droit sans responsabilité. Les droits politiques et les droits civils sont certes différents. Le droit civil, c'est le droit de me séparer de la société. La première conquête juridique moderne, c'était le droit de mettre un écran absolument étanche entre la puissance publique et

moi. Qu'appelle-t-on la propriété privée, la liberté de parole, la liberté de circulation, si ce n'est le fait de mettre une barrière infranchissable entre soi comme un territoire propre et l'Etat.

La personne se définit donc comme se qui est radicalement séparé de la collectivité. Mais l'histoire moderne, et celle de la démocratie, c'est aussi l'idée de faire puissance collectivement ensemble. Entre cette idée et celle de conquérir son autonomie, il y a eu une tension, voire une contradiction. Cette tension et cette contradiction sont le problème des démocraties modernes. Ceux qui pensent que l'autonomie est la seule valeur suffisante se trompent. Il y a aussi le lien social, la responsabilité, et n'hésitons pas à le dire, les devoirs de la coercition, dans un certain nombre de domaines. D'autre part, la construction de la démocratie c'est l'organisation de ce rapport entre des droits et des formes coercitives du lien social. La démocratie n'est pas simplement l'organisation de libertés personnelles, mais l'organisation d'une communauté, d'une vie sociale commune. Qui dit vie sociale commune ne dit pas simplement des droits mais dit aussi des devoirs, pour employer les mots qui peuvent fâcher dans certains cas.

Rony Brauman :

Quand je vous entends parler de coercition, je sais bien qu'elle fait partie de la vie sociale, mais la question qui me vient à l'esprit, c'est qui a le droit de l'exercer ? Quelle est la légitimité de l'autorité qui exerce la coercition ? Pour reprendre le point de passage que j'avais établi entre votre présentation et la mienne - cette relation entre l'Etat et l'ONG sous les auspices de l'autorité - il me semble qu'on voit à quel point les institutions d'entraide en général se drapent dans un manteau de vertu étatique. Elles reprennent à leur compte un discours qu'on peut considérer comme légitime à partir du moment où il est celui de l'Etat démocratique, tandis que là, il y a des intervenants extérieurs dont on ne sait pas très bien d'où ils sortent, qui viennent imposer de nouvelles normes sociales, interdire ce qui se faisait pour imposer d'autres choses. Donc cette question de la coercition se pose différemment selon que l'on est une institution non étatique ou un Etat avec obligation de répondre de ce qu'on a décidé, et éventuellement d'être sanctionné.

Pierre Rosanvallon :

On peut donner la définition suivante très simple. La démocratie est l'état social dans lequel personne n'est propriétaire et titulaire de la coercition. C'est l'état social dans lequel il y a délibération et discussion sur les normes collectives de la coercition. Elles ne sont jamais données mais toujours reformulées, discutées, délibérées. On le voit effectivement en permanence. Regardons tous les débats qu'il y a eu sur les problèmes de chiens dangereux, etc. On voit bien à quel point les normes sont discutées dans une tension entre des préjugés, des intérêts, des libertés individuelles, des conflits sociaux. Elle n'est jamais "pure", elle est toujours discutée et délibérée.

Rony Brauman :

Dans un cadre démocratique, qui n'est pas le cadre de l'aide.

Pierre Rosanvallon :

Bien sûr.

Question dans la salle :

Je suis d'accord pour dire que c'est la confusion entre l'expertise et le pouvoir qui crée problème. Prenons l'exemple de l'énergie nucléaire en France, où pendant des années ce sont

les mêmes qui décidaient qu'il était bien d'avoir l'énergie nucléaire et les mêmes qui disent qu'à l'heure actuelle cela pose des problèmes. Que ce soit dans une association ou au niveau de l'Etat où il y a un débat démocratique, c'est là que se situe le problème. Une politique sanitaire ne veut pas dire pour moi simplement l'organisation d'une coercition négative. Il y a forcément une coercition dans une politique sanitaire qui s'oppose à l'autonomie, en partie, de certains individus. D'ailleurs on voit bien que dans les systèmes où il n'y a pas de collectivisation des ressources, les systèmes ultra-libéraux, toute une partie de la population est totalement laissée pour compte, de façon beaucoup plus importante que dans les systèmes où il y a une relative collectivisation des dépenses de santé.

Rony Brauman :

Je ne voudrais pas qu'il y ait de malentendus sur des présupposés idéologiques. Si la première personne à qui je me suis adressé pour participer à cette réunion était Pierre Rosanvallon, c'est précisément à cause de ce que j'ai lu de lui sur la distinction et l'opposition entre l'Etat social-démocrate et l'Etat hygiéniste. C'était bien parce que je me reconnaissais totalement dans cette distinction.

Philippe Biberson :

Jean-Hervé a dit quelque chose au début, qui est un peu passé inaperçu. Il a dit que dans une mission MSF au Liberia, en cherchant à savoir si on faisait correctement notre travail, nous nous sommes rendus compte que nous soignons une maladie très répandue dans le monde, le paludisme, avec un médicament qui sept fois sur dix, était inefficace. Je m'interroge sur cette indigence des politiques publiques en matière de santé, notamment dans le pays pauvres où nous travaillons, et par extension cette indigence au niveau de ceux qui ont la responsabilité d'établir ces politiques publiques ou de les financer. Tout à l'heure vous disiez que dans nos démocraties, aujourd'hui les politiques publiques étaient davantage à l'affût de répondre aux besoins de l'individu plutôt qu'obnubilées par le bien public. Je crois que vous avez raison et qu'il existe chez nous la capacité des individus ou des groupes d'individus, comme les associations de malades, de faire jouer cette tension entre l'intérêt du plus grand nombre ou du plus petit nombre. Ce qui n'existe absolument pas dans les pays où nous travaillons. On peut, dans ces pays, faire n'importe quoi pendant des années et dans une totale impunité, sans que personne n'ait son mot à dire. Ce qu'on vit sur le terrain est caricatural, ce n'est pas ce que Rony a dit qui est caricatural. Quelquefois, nous sommes des médecins caricaturaux, par défaut de lucidité. Je pense que ni les scientifiques, experts, médecins ou fonctionnaires ne sont a priori des gens particulièrement inspirés. Ils le sont lorsqu'ils sont en position d'avoir à rendre des comptes. Je crois que c'est la voix des individus qui manque dramatiquement dans les pays où nous travaillons. J'ai l'impression que cette situation se dégrade. Je me demande si l'Etat de police sanitaire et plus tard l'Etat hygiéniste, n'ont pas été aussi des moteurs importants du progrès, et ce qui fait qu'aujourd'hui, malgré les progrès considérables réalisés en médecine, on constate ce manque de dynamique. Cette tension est le ressort du progrès. Là où elle n'existe pas, on recule très vite.

Pierre Rosanvallon :

Est-ce que chez vous, organisations humanitaires dans le domaine de la santé, cette tentation hygiéniste ne serait pas due au fait qu'il n'y pas d'espace public dans lequel seraient discutées les politiques sanitaires ? On peut dire qu'ici, les politiques de santé sont au centre des débats dans l'espace public et que la moindre étude est tout de suite publiée dans les journaux et discutée. Si vous dites que vous pouvez faire de grosses bévues, c'est parce que ce n'est pas dans l'espace public. Est-ce que ce n'est pas justement, pour vous, confortable de ne

pas être dans l'espace public ? Mais au fond, l'honnêteté scientifique, qui est liée à ce que vous disiez tout à l'heure sur le fait qu'on n'est pas sûr des corrélations, ce serait de mettre ces incertitudes dans l'espace public, enrichi par la discussion scientifique.

Il est certain qu'au fond, c'est peut-être la réponse à la question que je posais tout à l'heure sur la différence entre la politique sanitaire dans les pays développés et en voie de développement. Indépendamment des moyens économiques qui ne sont pas de même nature, indépendamment de la tension entre le social et l'individuel, il y a le fait que dans un cas les politiques sanitaires sont dans le débat public et dans l'autre cas elles ne le sont pratiquement pas. C'est pour cela qu'aujourd'hui, l'Etat ne prend pas n'importe quelle décision sur les farines animales, etc. Le moindre sujet est immédiatement discuté. Alors que là, tranquillement, pendant cinq ans, on a l'impression que quelqu'un peut mener une politique sans que ça ne pose aucun problème. C'est peut-être cela la grande différence. Vous n'êtes jamais discutés. Quand un certain nombre d'associations comme vous se sont mises à intervenir en France, dans le domaine de l'exclusion, il y a de l'expertise sociale et de la discussion. Tout est soumis à débat et critique. On n'avance pas la fleur aux lèvres. Alors que quand vous intervenez sur des "théâtres d'opérations extérieurs", la discussion et la critique n'ont lieu que lorsque vous discutez entre vous ou avec d'autres, mais pas dans l'espace public.

Rony Brauman :

Effectivement et lorsqu'il y a des corrections apportées par les autorités locales, ce sont des corrections normatives. Il y a des protocoles (tel médicament traite telle maladie) et chaque ministère de la Santé publique a les siens, dont il nous faut toujours nous rapprocher. Mais c'est à peu près la seule correction qu'il y ait. Je vais donc dans votre sens. S'il y a éventuellement débat et rectification, c'est en-dehors de l'espace public et dans le cercle des fonctionnaires et des experts.

Pierre Rosanvallon :

Avez-vous déjà vu l'exemple dans des endroits où vous interveniez de gens locaux protestant contre votre action ?

Rony Brauman :

Non. C'est plutôt la défection que la prise de parole, c'est plutôt l'évitement gentil que l'accusation.

Je voudrais revenir à ce que vous disiez à l'instant. Je n'ai pas l'impression qu'il y ait d'opposition aussi radicale entre des pays industrialisés et démocratiques, dans lesquels toute mesure sanitaire fait l'objet d'un débat public, et une absence totale d'espace public de l'autre côté. D'abord parce que l'espace public existe aussi ailleurs et qu'il y en a beaucoup moins ici que ce que vous dites. Certes l'angoisse de l'aliment toxique a réapparu avec la vache folle, les farines, etc., mais quand on voit par exemple les émissions médicales, les magazines médicaux qui font fureur et répondent à une attente de consommation de santé importante, on est dans la bien-pensance hygiéniste totale. Pour moi, l'hygiénisme est un mélange bizarre de stalinisme et d'ultra-libéralisme.

Il me semble que dans notre société à nous, aujourd'hui, l'individu prétendument souverain est tenu pour responsable de sa santé. Autrement dit, que si on tombe malade, c'est parce qu'on n'a pas pris les précautions nécessaires, et non parce que la maladie fait partie de la vie, ou parce que les conditions de travail sont telles qu'il est difficile d'éviter de tomber malade, etc. On est renvoyé à une sorte de souveraineté absolue, parce que si on fume, si on boit, on ne fait pas ce qu'il faut, on est responsable de sa maladie. Finalement la conception de la maladie tend, me semble-t-il, vers une conception de plus en plus "assurantielle" : elle

devient une infraction, quelque chose qui va donner lieu au paiement d'une prime, donc il faut la réduire. Je crois qu'il y a quelque chose comme un néo-hygiénisme à l'oeuvre, qui est en dehors de tout débat public. Ces "normes" qui séparent le normal du pathologique, c'est l'autorité publique qui les fixe, en dehors de toute discussion. A partir du moment où j'ai tant de cholestérol, je suis dans un état pathologique. Ce n'est pas ce qu'on peut appeler une délibération ou un débat public.

Dans la salle :

Je voudrais ajouter un point sur les politiques publiques sanitaires. En fait ces politiques sont nées de l'émergence de la démocratie à partir de la Révolution française, donc ont été portées par les individus eux-mêmes. Si on compare avec les pays dans lesquels nous travaillons, ces politiques publiques sanitaires n'ont jamais été instaurées par les populations, mais au contraire ont été modelées par une notion de l'Etat qui a été exportée. Bon nombre de pays africains ont importé et plaqué le vieux modèle occidental de l'Etat, ce qui crée une grande différence entre ce qui se passe chez nous aujourd'hui et ce qui se passe dans les pays du Sud. Les blocages qui sont patents actuellement proviennent de là. Les ONG ne sont plus tellement militantes, mais au contraire rapprochées de l'Etat et d'une autorité. Depuis environ vingt ans, on n'est plus forcément des activistes mais plutôt des managers.

Dans la salle :

Je suis heureux des dimensions que ce débat a pris et des réponses que vous avez apportées à certaines questions. La liberté des individus s'arrête quand commence la liberté de l'entourage. On est obligé quelquefois de la limiter.

Est-ce que dans les contraintes des stratégies et des politiques de santé que les pays riches définissent, on ne va pas voir apparaître bientôt le retrait de l'avantage de la protection sociale pour cette maladie dont vous prenez le risque ? On peut prendre l'exemple du tabac, etc. C'est un discours qu'on pourrait entendre et qui commence à venir : retirer les avantages, le bénéfice de la communauté à ceux qui ne respectent pas les règles qu'on leur a recommandées.

Rony Brauman :

C'est un peu la conception "assurantielle" dont je parlais.

Michel Rey :

En effet, c'est plutôt un problème de pays riches actuellement, mais qui va se poser aussi dans d'autres pays. Les ONG sont un peu l'immixtion des riches chez les pauvres, c'est comme ça que ça a fonctionné au départ. Vu du terrain comme je l'ai vu quelquefois, et ayant un âge suffisant pour avoir connu le colonialisme avant l'indépendance, j'ai quelquefois accusé certaines ONG (pas MSF France, mais d'autres) d'un point de vue néo-colonialiste. C'est-à-dire apportant des modèles de pays riches, qu'on impose aux pauvres et qui ne correspondent pas toujours, ni à une bonne politique sanitaire, ni aux besoins de cette population, ni aux attitudes de cette population. C'est une mise en garde que certaines ONG ont comprise, mais pas toutes.

Et puis petite défense de l'OMS, où j'ai été consultant. On a cassé du sucre sur le dos de l'OMS, c'est facile, c'est vrai que l'OMS a dit et fait beaucoup de bêtises... Il y a un livre en préparation depuis dix ans, par le général Lapeyssonie, inventeur de la "ceinture de la méningite", sur l'OMS. Il a été longtemps consultant de l'OMS et si vous le mettez sur ce sujet, il est intarissable. Ce livre, il voulait l'appeler "Les Couilles du Pape". Je lui ai demandé pourquoi : "Parce que ça ne sert à rien". En fait, je crois que quand même, l'OMS avec tous

ses défauts, a servi un peu et qu'on pourrait difficilement s'en passer. Mais enfin c'est vrai que de temps en temps, il faut la remettre dans le droit chemin. J'en donne comme exemple, pour finir avec la prévention. J'ai vécu la lente émergence des vaccinations à l'OMS, qui a mis 25 ans pour accepter la vaccination comme moyen de prévention. On ne comptait que sur l'hygiène, les agents de santé communautaire, etc. Il a fallu se bagarrer, alors que cela répondait en Afrique à un besoin exprimé par les populations elles-mêmes. Eh bien j'ai assisté à un refus de l'OMS, jusqu'en 75, à prendre en considération une prévention utile. Donc que tout le monde ne sorte pas de cette salle en se disant la prévention c'est de la connerie !

Rony Brauman :
Merci !

- FIN -