

La recherche en sciences sociales de la santé appliquées à l'Afrique : un rôle pour l'ORSTOM ?

Il a été beaucoup question, lors de la préparation des dernières Journées d'étude de l'ORSTOM (4-6 septembre 1990), de la place et du rôle des sciences sociales, et à l'occasion de leur contribution à l'étude des problèmes de santé.

On a par exemple constaté que "l'ORSTOM est trop absent de domaines importants où il est attendu. On peut citer au hasard des réflexions entendues : les grands choix stratégiques des politiques de développement, les déterminants et conséquences des politiques d'Etats (politologie), la sociologie religieuse en relation avec les contextes économique et géographique, le langage (individuel ou médiatisé) analysé comme vecteur d'information, les conditions sociales et biologiques de protection des biocénoses (ce qui nécessiterait des spécialistes de la grande faune)" ([1] p. 13, où le lecteur aura compris que ce qui est imputé au hasard a, bien sûr, été mûrement réfléchi). On a par ailleurs estimé que, "dans les sciences sociales, c'est dans une meilleure prise en compte d'échelles "macro" que l'on attendrait le plus d'innovation" (cf. [1] p. 14) et des échelles de temps qui conviennent (avec une illustration tirée de travaux de géographes utilisant les dépouillements d'archives pour fonder leurs interprétations (cf. [1] p. 15).

De même, à propos des conditions d'une agriculture viable à long terme dans les milieux tropicaux fragiles, apparemment l'une des priorités pour les années à venir, on estime que les sciences sociales devraient pouvoir "contribuer de manière significative à l'étude des modes et des systèmes d'exploitation des ressources naturelles renouvelables : pêche, élevage, forêt, énergie, agriculture... Le programme d'étude des pêches artisanales dans le Delta central du Niger, au Mali, en constitue un premier et positif exemple" (cf. [2] p. 4). Dans le même document, les questions touchant à "environnement et santé", sont présentées elles aussi comme une des priorités des prochaines années, et sont traitées sous un angle qui va de l'étude du terrain, voire de la biologie moléculaire, à l'épidémiologie (même si cette dernière peut être sociale, c'est-à-dire prendre en considération des aspects culturels et sociaux, voire déboucher sur l'étude des comportements), et qui ne fait place, mais place à part, qu'à la géographie de la santé (cf. [2] pp. 5-6).

On peut retenir aussi du même document l'interprétation qu'il propose de l'évolution qui aurait été celle des recherches sur les grandes endémies tropicales à l'ORSTOM. D'abord conduites sur une base disciplinaire, elles se seraient fédérées autour de l'étude de la maladie, chaque maladie étant étudiée sous ses différents aspects : parasitologie, entomologie, épidémiologie, etc.

Aujourd'hui se manifesterait une seconde évolution, "le passage de la maladie au complexe de maladies représentatif d'une région donnée", "approche plus intégrée prenant en compte l'étude de la transmission, de l'infection, des manifestations cliniques des diverses parasitoses (ou viroses), en liaison avec l'environnement et en intégrant également des recherches plus fondamentales sur les vaccins ou les médicaments" ([2], p. 6). L'idée est de celles auxquelles on se plairait à voir correspondre la réalité, mais la seule question est de savoir, non pas s'il y a de multiples aspects et donc de multiples disciplines scientifiques dans l'étude d'une affection, mais bien quelle est la réalité de l'intégration annoncée.

En outre, il est facile d'imaginer une étape supplémentaire, après la description du complexe pathologique : l'étude de son évolution, qui met en jeu d'une part la dynamique en quelque sorte spontanée de l'environnement et celle des comportements (exposition au risque, prévention, cure), et d'autre part l'ensemble des effets des activités mises en oeuvre (avec leurs efficacités et leurs coûts) pour aménager ou protéger l'environnement, soigner ou prévenir la maladie, activités qui peuvent être tutélaires et de ce fait confiées à la puissance publique, ou bien laissées à l'initiative de tout un chacun. Il va de soi que nous avons subrepticement introduit ici presque toutes les sciences sociales, là où l'on ne voyait jusqu'à présent que toute la géographie (physique, humaine, comme d'antan, et tout à la fois physique et humaine, comme on la veut aujourd'hui).

Plus généralement, et selon les termes du Directeur Général, la personnalité scientifique de l'ORSTOM s'exprime par des programmes de recherche qui affrontent les questions émises par les acteurs du développement en recourant à diverses "approches thématiques qui, tôt ou tard, ex ante ou ex post, conjuguent diverses disciplines" (cf. [4] p. 13 ou [5] p. 17) ; alors il n'est pas interdit de réfléchir, si possible dès la formulation du programme, à ses connexions avec les autres disciplines.

UNE PERSPECTIVE EQUESTRE

Pour faire le point d'une façon plus précise sur les sciences sociales appliquées à la santé dans les préoccupations des équipes et chercheurs de l'ORSTOM, nous proposons ci-dessous une vue cavalière de la situation, selon la double acception du mot : une vue prise d'un tout petit peu plus haut que d'habitude, quitte à négliger les détails qui seraient de la plus grande importance au ras du sol, et --en partie pour la raison précédente-- une vue impertinente. Nous aborderons ensuite deux aspects complémentaires de cette perspective équestre.

Une vue cavalière du manège

La santé paraît si bien être devenue une des priorités des prochaines années que chaque discipline semble vouloir s'y donner le rôle essentiel. A cet égard, les documents distribués lors des Journées de septembre constituent un florilège.

Qu'il s'agisse d'une priorité, en voici quelques illustrations. C'est la recherche en santé publique qui est mentionnée --en caractères minuscules, mais s'en inquiéter serait assurément faire montre d'une inquiétude suspicieuse-- lorsqu'il s'agit d'illustrer ce que pourrait être l'émergence de nouvelles disciplines (cf. [3] p. 8). Ailleurs encore on voit, sans savoir exactement s'il émerge ou s'il en est déjà à se consolider, un thème "population, santé publique et aménagement du territoire", rangé parmi les thèmes fédérateurs clairement affichés grâce auxquels l'ORSTOM marque sa "priorité au rassemblement" ; et, pour en favoriser la consolidation, il est explicitement prévu que des disciplines comme la démographie et la santé publique doivent être soutenues en priorité (cf. [4] pp. 20-21 ou [5] pp. 23-24).

Qu'il y ait engouement ? On lit par exemple que les **priorités de la démographie** sont "les relations crise agricole-dynamique démographique, les réseaux migratoires, les relations population-environnement, les déterminants de la santé et l'influence du SIDA" (cf. [1] p. 12). Plus exactement, parmi les orientations de la démographie à l'ORSTOM, il en est une qui s'intitule

explicitement "santé et population", et qui "consiste essentiellement en une approche épidémiologique, avec comme thèmes principaux : les déterminants de la fécondité, les facteurs de la morbidité et de la mortalité, la santé maternelle et infantile, les comportements en matière de santé (notamment les itinéraires thérapeutiques et les relations mère-enfant), l'évaluation des systèmes et des politiques de santé, les relations entre les niveaux de santé et les mouvements démographiques" ([7] p. 2), programme dont l'ambition ne peut que laisser perplexe quand on lit au même endroit que tout ce travail serait assuré par sept chercheurs (la perplexité ne fait que s'accroître si le lecteur pousse l'investigation jusqu'à prendre connaissance du rapport de l'UR 4I pour l'audit, cf. [8]).

Conséquence ? Toujours est-il que les anthropologues de l'UR 4H plaident pour un rapprochement, voire pour une unification avec l'UR 4I. La première compte une douzaine de chercheurs, dont chacun trace son sillon, si possible à grande distance du sillon du plus proche collègue. Sous le titre "Systèmes de santé et représentations de la maladie", il s'agit, en terme très généraux, d'une part d'étudier les médecines traditionnelles, notamment en s'intéressant "aux solutions et capacités de prise en charge que recèlent les pratiques traditionnelles ou néotraditionnelles", d'autre part de répondre aux demandes des "collègues bio-médicaux à l'endroit de telle ou telle maladie" sur laquelle ils travaillent (par exemple paludisme, maladie du sommeil, MST et SIDA), enfin, et nous voilà bien évidemment, chacun l'aura compris, au coeur de l'anthropologie de la santé, "d'appréhender plus directement les systèmes de santé publiques et les politiques sanitaires ou ce qui en tient lieu", c'est-à-dire "d'évaluer la place et les effets des structures et stratégies sanitaire, notamment de cette politique de santé communautaire évoquée précédemment", ou bien "de mener cette évaluation autour d'une pathologie ou d'un problème particulier de santé publique (comme la malnutrition ou la mortalité infantile)" (cf. [9] pp. 2-4).

Les dits "bio-médicaux" ne sont d'ailleurs pas seulement demandeurs. Ils sont présents sur le terrain des sciences sociales appliquées à la santé, avec un grand programme "eau et santé", où ils sont en écrasante majorité, ce qui les autorise à préciser que chez eux "aucune discipline ou groupe de disciplines ne doit être maître d'oeuvre ou prestataire de service" (cf. [11] p. 2). Quant au programme, il a pour finalité "la mise au point ou l'adaptation aux conditions nouvelles de méthodes de prévention ou de lutte pour les principales maladies liées à l'eau", actions "qui devraient s'intégrer à des activités inter-sectorielles" (cf. [11] p. 3). On voit assez clairement le travail qui peut être nécessaire, dans les sites choisis, pour dresser une typologie des zones d'étude en fonction de caractéristiques géographiques, socio-économiques ou épidémiologiques (dont on suppose qu'elles se correspondent d'une façon ou d'une autre), puis pour suivre longitudinalement les phénomènes épidémiologiques et socio-économiques (qui sont donc supposés localement interdépendants), puis pour apprécier l'infléchissement apporté à cette évolution par la mise en oeuvre des aménagements, etc. Mais nous avons brodé, en truffant d'hypothèses un projet qui ne les explicite aucunement (cf. [11], p. 3-4).

D'une façon plus générale, la lecture des rapports préparés pour les auditions des UR montre que toutes celles qui travaillent sur une pathologie tropicale se montrent préoccupées des aspects géographiques, socio-économiques, anthropologiques... de leurs activités. Ainsi, le "grand programme 1" de l'UR Paludismes s'intitule de façon significative "Etudes et lutte contre les paludismes humains selon les conditions éco-épidémiologiques et socio-économiques", et il comporte notamment une étude de l'impact de l'urbanisation sur le paludisme à Dakar, et une évaluation longitudinale d'un programme villageois de moustiquaires imprégnées dans un village rizicole de la vallée du Kou ; et le "grand programme 2" de la même UR, traitant de "mortalité infanto-juvénile au Burkina Faso" regroupe en particulier un programme d'étude des itinéraires thérapeutiques et de la consommation médicale, et un autre d'anthropologie de la maladie, tout simplement (cf. [12]). On ne voit pas comment est organisé le travail, mais on croit deviner que les "bio-médicaux" de l'UR ont eu la possibilité (la chance ?) de travailler avec de vrais spécialistes des sciences sociales, en même temps que la sagesse de les laisser faire ce qui pouvait les intéresser. Ailleurs, la coopération paraît au contraire s'être traduite par des travaux communs, ou par un suffisant décentrement des bio-médicaux vers une problématique provenant des sciences sociales pour qu'on puisse parvenir à des articles co-signés. C'est ce que laisse entendre le rapport de l'UR Trypanosomiasés et leishmaniosés (cf. [13] p. 2), et tout lecteur de *Social Science and Medicine* en aura eu une confirmation remarquable en 1989 (cf. [37]).

Dans d'autres cas, on ne peut pas s'empêcher de penser que l'allusion aux sciences sociales est une sorte de litanie, dont on pourrait craindre qu'elle traduise plus une certaine capacité des "bio-médicaux" à utiliser le vocabulaire à la mode qu'une réelle prise de conscience de ce que pourrait être une approche différente de leurs propres problèmes (cf. [14] p. 2 et 4, [15] pp. 3 et 5, [16] p. 4). On en vient à apprécier ceux qui se situent clairement à contre-courant : "Par nature (l'homme n'est qu'un "accident"), l'étude des arboviroses ne peut bénéficier que très occasionnellement de la compétence des sciences sociales" (cf. [17] p. 22). Quelle belle figure de style que la litote !

Mais il y a d'autres façons encore d'être en vue dans la carrière. L'une d'elle consiste pour certaines UR, et quel que soit leur programme scientifique, à mettre un pied dans le domaine de la santé. Comment expliquer le rattachement de G. SALEM, pour ses travaux sur Dakar, à l'UR 5C "Réseaux, territoires et dynamiques rurales", où la ville est évidemment à sa place, et où, il est vrai, se trouvent beaucoup de ses collègues géographes ; comment expliquer l'accueil de M. VUARIN, pour travailler sur les politiques de protection sociale et les rapports d'entraide, dans l'UR "Innovations, pouvoirs, dynamiques sociales", qui est, tout simplement, celle des sociologues ? De même, l'UR 5F "Villes, espaces, aménagements" abrite le programme "Urbanisation et santé" ; et l'UR 3I "Histoire et dynamique des milieux arides" a un programme "Suivi des populations concernées par la remise en eau des lacs Daounas".

On peut encore travailler en marge des UR. Ainsi, en marge de l'UR Population et santé, mais aussi de l'UR Filarioses, les géographes tiennent à faire entendre leur différence et leur ambition. Ils ont organisé un **grand programme "Environnement et santé"** dont les objectifs impliquent en particulier que soit étudié "l'impact des systèmes de santé usités sur les équilibres entre l'environnement et la santé", ce qui "doit autoriser la formulation de recommandations pour la définition de stratégies de prévention et de contrôle des grandes endémies adaptées à chaque situation" (cf. [10] p. 3). Comme on l'a signalé plus haut, les questions touchant à "environnement et santé" sont désormais une des priorités des années à venir pour l'ORSTOM, et font grande place, mais place à part, à une géographie de la santé capable d'embrasser toute l'étude des comportements (cf. [2] pp. 5-6).

Enfin, il y aurait encore pis : il y aurait ceux qui forceraient l'entrée pour profiter de l'aubaine. Ainsi, l'économie de la santé n'est citée que pour mémoire dans le rapport de prospective de l'économie politique. "Non que le thème ne soit pas important. Au contraire. Mais il a en quelque sorte fait son apparition par effraction. Une initiative non maîtrisée a impliqué l'ORSTOM dans un programme de recherche en santé publique, et notamment en économie de la santé, pour lequel il ne disposait pas de chercheurs (...). De sorte que c'est par l'accueil d'un universitaire que l'Institut a pu répondre à l'engagement dans lequel il s'était trouvé pris par mégarde" (cf. [6] p. 7). Il n'est que juste de reconnaître que le même texte se poursuit par ces mots : "L'intérêt et la réussite du programme de recherche en santé publique mis en oeuvre au Mali et la qualité des recherches effectuées dans ce cadre pourraient toutefois amener la Commission des sciences sociales à décider de prochains recrutements sur ce thème" (cf. [6] p. 7).

Les sciences sociales de la santé sont à la mode, et pas seulement à l'ORSTOM, mais comme les ressources sont surabondantes, on peut les disperser, peut-être même les gaspiller. Si non, comment comprendre que N. SINDZINGRE, qui n'est tout de même pas une inconnue, ait été un temps à l'ORSTOM associée à un programme "Secteur informel, emploi, formation, revenu", dirigé par J. CHARMES à l'UR 5B, comme s'il n'avait été possible ni au CNRS (qui l'a bien embauchée, et probablement pour travailler dans le domaine de sa compétence !), ni à l'ORSTOM (qui se l'est associée !), ni au Ministère de la Coopération (qui a des ambitions en matière de recherche !) de lui donner les moyens de travailler sur les sujets qui sont les siens ?

L'épreuve de saut d'obstacles

Si les rapports préparés pour l'audition des UR nous donnent une image assez fidèle des activités actuellement menées par les chercheurs, on trouve dans les documents plus synthétiques qui traitent de la prospective des disciplines un certain nombre de considérations générales sur l'intérêt et les limites de la pluridisciplinarité. Comme, à notre point de vue, il n'y a pas d'intérêt à imaginer que les sciences sociales de la santé puissent avoir une place à l'ORSTOM en l'absence d'une coopération effective entre plusieurs d'entre elles, il faut examiner de près les obstacles explicites ou tacites à cette perspective.

On serait tenté de penser que, sur la question du recours aux soins, qui est un point de départ presque obligé de toute enquête sur la santé, la coopération la plus naturelle devrait rapprocher les économistes des anthropologues-ethnologues, des sociologues et très probablement des linguistes. Passons sur les disputes de bornage entre certains de ces groupes, et concentrons nous sur l'essentiel : "L'ethnologie n'est pas, par essence, une discipline vouée à l'application ; elle n'est pas une science de la gestion des ressources humaines dans des contextes multi- ou pluri-culturels ; elle n'est pas non plus une discipline d'appoint destinée à faciliter le travail d'autres chercheurs en butte aux résistances culturelles opposées au développement. Elle pour vocation d'étudier des configurations sociales pour ce qu'elles sont, en respectant les valeurs, les dynamiques et les évolutions, dans une perspective qui privilégie l'ensemble des dimensions symboliques qui structurent l'univers social" (cf. [18] p. 4). Une position assez similaire de réserve est exprimée par les sociologues : "si les sociologues ont quelque chose de spécifique à apporter en matière de développement, c'est plutôt en le prenant comme objet d'étude que comme objectif à atteindre" (cf. [19] p. 5).

Dans le même temps, les anthropologues constatent (et ils semblent même s'en réjouir) que le développement de la linguistique suit celui de l'anthropologie : ses "programmes subissent actuellement une réorientation tout-à-fait décisive en ce que l'accent est moins mis sur la description morphologique et lexicale des langues que sur des questions qui touchent très directement ce qui est parfois nommé socio-linguistique (pratiques langagières dans des situations de multilinguisme, transcription et pédagogie des langues" (cf. [18] p. 3) ; mieux, ces orientations nouvelles méritent d'être développées, et la description des langues ne doit pas être négligée, parce que "les structures proprement linguistiques ne sont pas sans rapport avec les modes de pensée qu'elles permettent d'exprimer" (cf. [18] p. 5).

Au delà de l'agacement que traduit le ton du rapport sur l'anthropologie, et que reconnaît son auteur, les évolutions qu'il décrit font clairement entrevoir comment l'ethnologie peut, avec la linguistique, permettre de comprendre la façon dont les "configurations sociales" (ou plus communément : ethnies) structurent leur univers social, en utilisant des structures linguistiques originales pour traduire les opérations et résultats de modes de pensée qui diffèrent de celui qu'impose la tradition occidentale (on trouverait facilement des illustrations plus détaillées de ces perspectives, deux exemples récents sont [20] et [21]).

L'agacement est justifié par la pression qu'exerceraient d'aucuns en faveur d'une cohérence formelle des programmes de recherche, au détriment de l'approfondissement par les chercheurs, voire par les équipes, de leurs itinéraires intellectuels ; et par la crainte d'un asservissement aux manoeuvres à courte vue, toujours misérables, toujours vouées à l'échec, des développeurs, aménageurs ou planificateurs et de leurs suppôts (ici, qui se sent morveux se mouche !). Ces réactions sont largement partagées. Si quelques économistes étaient visés, ils ont répondu comme un seul homme : "ce qui fait la force de la discipline (son caractère opérationnel et appliqué même lorsque la démarche se veut fondamentale) devient une faiblesse rédhibitoire lorsque l'économiste fait équipe avec d'autres disciplines, car celles-ci prétendent alors lui dicter les objectifs opérationnels et la traiter en discipline de service, ce qu'elle n'est évidemment pas" (cf. [6] p. 8). Mais peut-être se sont-ils montrés bien susceptibles, alors que d'autres avaient depuis longtemps exposé candidement une position que tous ne pouvaient visiblement pas bien comprendre (cf. [22]).

Un second type d'obstacle à la coopération est l'incapacité, pour une discipline, à définir son domaine propre de compétence, et les raisons pour lesquelles elle décide de travailler sur tel terrain et sur tel sujet. Par exemple, le rapport de la commission de sociologie insiste lourdement sur le fait qu'on ne peut utiliser aucun critère scientifique pour privilégier tel ou tel thème de recherche, ce qui est sans doute à ses yeux une justification suffisante au fait que des sociologues s'intéressent à une anthropologie de la santé définie de façon si large qu'on puisse y aborder sans donner d'autre précision des sujets tels que "l'étude des expériences de santé communautaire", "l'étude des politiques et des interventions sanitaires" ou le sida (cf. [19] p. 6-7).

Le cas n'est pas très différent lorsque les démographes prétendent s'intéresser aux itinéraires thérapeutiques, ou à l'évaluation des systèmes et des politiques de santé, sans autre précision (cf. [7] pp. 2 et 5). Le cas n'est pas très différent lorsque les géographes, après avoir fait effort pour préciser les caractéristiques de leur approche "directement issue du groupe des ruralistes", utilisant des méthodes issues de l'école des "terroirs" pour une "approche fine de l'environnement dans un cadre régional", de sorte qu'il s'agit d'une "géographie très globale au service d'objectifs finalisés très précis", reconnaissent que seuls trois chercheurs travaillent dans cette perspective, un autre étudiant "les questions de santé sous l'angle des soins traditionnels" (que nous voilà bien renseignés !), le dernier, travaillant sur "urbanisation et santé", ayant été rangé avec les géographes urbains "pour des raisons de méthodologie sensiblement différente et d'affinités fortes avec ce dernier groupe" (cf. [23] p. 2).

N'est-il pas pourtant évident que l'espace qu'analyse le géographe, s'il fournit des contraintes, et éventuellement des types variés d'évolution sous l'action humaine ou d'adaptation des sociétés à ces contraintes, ne peut pas se muer en cadre théorique utilisable pour interpréter les phénomènes dont il n'est que le théâtre (et les géographes qui travaillent dans le domaine qui nous intéressent n'ont nul besoin de pareilles théorisations pour faire un travail passionnant, cf. par exemple [24])? N'est-il pas pourtant évident que, pour remplir les ambitions, au demeurant fort louables, d'une épidémiologie "sociale", en ce qu'elle ferait une place à des déterminants tenant aux conditions de vie, il est parfois nécessaire de recourir aux techniques et représentations spécifiques des disciplines qui se donnent pour objet l'étude des comportements dans les sociétés. N'est-il pas pourtant évident, plus généralement, que les déterminants de la santé, les comportements en matière de santé, et à plus forte raison l'évaluation des systèmes et politiques de santé n'intéressent pas que les sociologues, démographes ou géographes, dont l'avantage comparatif sur ces terrains devrait bien être évalué.

Il faut bien reconnaître que la démarche de certaines commissions se situe à l'opposé de ce tourisme intelligent qui permet de parler de tout, comme faisaient les premiers explorateurs, et qui prétend en même temps ne pas se salir les mains avec les colonisateurs ou avec les planificateurs. On en trouvera des illustrations en dehors du domaine de la santé (voir notamment [25] p. 4, à propos des systèmes de production agricoles) et d'autres dans ce domaine même : par exemple, pour les nutritionnistes, "la venue de chercheurs en sciences sociales sur des problématiques de nutrition santé publique est certainement une des priorités à développer, notamment dans le domaine des déterminants sociaux, dans celui des comportements et des attitudes alimentaires des mères, et dans celui des représentations de la malnutrition et de la croissance de l'enfant, les objectifs étant de dégager des hypothèses étiologiques et d'identifier les freins et blocages existants ou potentiels des interventions nutritionnelles" (cf. [26] p. 6).

Evidemment, dans les deux cas qui viennent d'être cités, les scientifiques ne montrent aucune réticence à intervenir : on vient de lire que les nutritionnistes ne dédaignent pas de s'intéresser à des interventions nutritionnelles, et les agronomes, préoccupés de l'échec de nombreuses opérations de mise en valeur ou de développement agricole, estiment qu'il est de leur rôle de participer à des recherches pluridisciplinaires qui appréhenderaient l'ensemble des facteurs impliqués pour proposer une solution (cf. [25] p. 10).

Mais il est encore, croyons-nous, un autre obstacle à la coopération entre disciplines, c'est celui qui consiste à s'attaquer d'entrée de jeu à des problèmes gigantesques. Cet obstacle est si important que nous lui réservons une section entière.

Où placer la barre ?

Nous devons nous garder de mettre la barre trop haut. La monture et son élan --les hypothèses et les méthodes dont nous disposons-- ne nous permettent pas de franchir des falaises abruptes, les gigantesques problèmes que la réalité nous présente.

"Un fait est à retenir : on ne peut plus, même dans les pays "les moins avancés", aborder le développement **hors du contexte des relations internationales**, c'est-à-dire par le simple biais de problèmes sectoriels, dans des champs qui ont pu être critiques, mais qui le sont ou le seront de moins en moins : la production agricole, la santé, les ressources naturelles, la mise à disposition de techniques. Les questions modernes du développement (industrialisation, urbanisation, formes sociales de leur régulation) sont autres" (cf. [27] p. 6).

Le fait est peut-être vrai à un certain niveau de généralité, mais il est des pays, peut-être des continents entiers, dans lesquels les ressources naturelles et humaines ne permettent pas d'envisager, même avec une importante aide extérieure, qu'on puisse viser, pour les deux ou trois générations qui sont devant nous, un meilleur résultat que la satisfaction des besoins alimentaires et la résolution au jour le jour des problèmes de survie. Des visions prophétiques un peu similaires, au cours de la génération précédente, n'ont pas empêché que la croissance du produit par tête a été négligeable ou nulle en Afrique au Sud du Sahara. Ce "petit fait" dérangeant, avéré pour le passé, plus que probable pour l'avenir, situe bel et bien l'économie des pays africains dans un contexte de relations internationales, puisque l'aide est plus que jamais nécessaire, malgré tous les problèmes qu'elle crée, et que le nouveau projet scientifique du SDU évoque à juste titre. Mais dans ce contexte, la production agricole, la santé, les ressources naturelles, la mise à disposition de techniques restent des problèmes sectoriels de la première importance.

En outre, le fait serait-il avéré, il n'en résulterait en aucune façon qu'on ait les moyens de l'affronter avec des dispositifs autres que rhétoriques. L'histoire des sciences est encombrée de ces propositions prétendument novatrices dont il n'est jamais rien sorti, parce qu'il ne suffit pas d'avoir une intuition juste pour faire progresser les connaissances. Il ne suffit pas toujours de réordonner les faits, de choisir de nouveaux "angles d'attaque" ou de procéder à de "nouvelles coupes" (cf. [28] pp. 31-34) pour mieux comprendre. Il ne suffit pas toujours de réorganiser ses forces, ses programmes, ses unités de recherche. Il y faut en général de nouvelles hypothèses et parfois de nouvelles méthodes. Si nous n'entrevoions ni les unes, ni les autres, il est plus prudent de continuer à travailler dans les paradigmes en vigueur, en les poussant dans leurs retranchements, dans l'espoir qu'apparaîtront alors de nouvelles représentations nécessaires.

Cette prudence conseille de n'afficher aucune prétention en matière d'interdisciplinarité ou de transdisciplinarité, et même pas en matière de multidisciplinarité. Ces distinctions sont trop subtiles pour être efficaces, elles risquent même d'échapper à ceux qui les proposent. Relevons par exemple, à l'étage le plus élémentaire, que multidisciplinaire peut signifier soit "résultant d'un travail d'intégration éditorial" (notre adaptation d'après SWANSON, cité in [29] p. 17) ; soit résultant d'une addition "d'approches sectorielles pour aboutir à des catalogues" (J. Y MARCHAL, cité in [29] p. 17) ; soit résultant d'une organisation de "la juxtaposition de plusieurs investigations portant sur une même région ou sur un même groupe ou sur un même thème défini de façon très large" (cf. [29] p. 17) ; soit résultant d'un programme dans lequel il faudra "à partir d'une question commune et d'un corps d'hypothèses accepté par tous, élaborer une méthode d'investigation et de vérification qui fera place, selon des étapes à définir, à l'emploi de diverses techniques, parmi lesquelles le dénombrement statistique par sondage ou le recensement" (cf. [29] p. 24), ce qui est tout autre chose ; soit résultant d'une démarche qui "exige, au sein d'une méthode unifiée, la coalition de techniques --celles du biologiste de laboratoire, mais aussi celles du naturaliste, du médecin, de l'anthropologue-- sans laquelle il est impossible de réintroduire la diversité du qualitatif dans une liste de variables explicatives" (cf. [29] p. 28), alors que, hélas, reste encore à résoudre "un problème méthodologique essentiel (...) qui est celui de la saisie d'un même objet à des échelles différentes par plusieurs disciplines" (cf. [29] p. 29). Comprenez qui pourra !

Osons dire que nous ne savons pas faire ce que nous souhaiterions au moins entreprendre, et que nous sommes indifférents aux exhortations qui nous viennent des milieux des médias et de ceux de l'administration de la recherche. N'est pas PRIGOGINE qui le veut, ne l'est pas qui le cite. KANT déjà dénonçait le "ton grand seigneur" dans les propos des "mystiques" qui méprisent le travail laborieux des chercheurs. Nous ne sommes que chercheur, et même chercheur captif du sous-développement ambiant, malgré nos efforts pour y échapper. Nous ne sommes que "somnambule kuhnien" (cf. [30] p. 289), et craindrions de jouer les funambules : notre prospective ne peut être que pédestre, nous ne savons que partir de problèmes concrets et tenter de les résoudre. Essayons encore une fois.

UNE PROSPECTIVE PEDESTRE

Le fait concret est que nous assistons, horrifiés, à l'effondrement des cadres matériels et intellectuels des services de santé modernes dans les pays d'Afrique, et que nous ne pouvons pas rester impassibles, alors même que nous ne savons pas comment intervenir. Nous pouvons toutefois identifier un certain nombre de zones dans lesquelles les déficiences sont évidentes et profondes, et nous pouvons espérer qu'une meilleure connaissance de ces déficiences permettrait de définir des actions efficaces.

L'une des déficiences est que les services de santé, même lorsqu'ils sont encore presque gratuits, ne sont plus fréquentés par les malades. Il y a longtemps qu'on a décrit la situation de "pluralisme médical", mais elle disparaît actuellement au profit d'une situation de "confusion médicale", qui tient en partie aux comportements des patients et de leurs familles, en partie aux comportements des agents des services de santé. Ces comportements sont évidemment interdépendants, et on les présentera séparément faute de savoir faire mieux. Il faudra aussi tenir compte de l'évolution de l'environnement naturel dans lequel ces nouveaux problèmes se posent.

Comment survivre à la confusion médicale ?

Nous plaçant ici du côté des patients et de leurs familles, nous proposons de tenter de voir quelles sont les conséquences déjà observables, et de prévoir les conséquences à attendre de phénomènes tels que :

- le recul dramatique des taux d'alphabétisation depuis dix ans, parfois depuis vingt ans, comme conséquence d'une diminution des taux de scolarisation et d'une diminution de l'efficacité de l'enseignement (taille des classes, matériel pédagogique, qualification des maîtres...);
- la disparition, ici progressive et là soudaine, des espoirs de progrès qui ont pu être représentés par la colonisation, puis par l'indépendance, parfois par un début de croissance économique (équipement du pays, augmentation du produit par tête...);
- la généralisation, dans des médias dont la diffusion s'est sensiblement étendue, d'un discours schizophrénique qui combine une appréciation exaltée des faits et gestes d'une administration qui a enrichi tous ses hauts cadres et appauvri ses administrés, et un fatalisme (internationaliste ou climatique) absolu pour expliquer toutes les difficultés dont souffrent les pauvres bougres;
- la généralisation, dans la vie sociale, d'une opposition constante entre les discours que tiennent les serviteurs des Etats et partis uniques en matière de participation des populations à leur destin (et par exemple prise en charge de leurs problèmes de santé, dans le cadre de la santé pour tous, puis des soins de santé primaires, puis aujourd'hui de l'Initiative de Bamako), et les pratiques quotidiennes des mêmes serviteurs à l'égard des mêmes populations, pratiques qui ont nom clientélisme, caporalisme, affairisme.

Il n'est pas sûr qu'on puisse organiser une étude de la dynamique de ces phénomènes. On pourrait cependant envisager d'enquêter auprès de trois générations: des vieillards ayant connu "le temps de la force", des adultes ayant vécu les premières années de l'indépendance, et des jeunes pour qui tout cela n'est qu'une histoire apprise.

Par contre, il est sûr qu'on peut faire beaucoup pour décrire ce que sont aujourd'hui les représentations qu'ont les gens des services de santé modernes et des messages qu'ils diffusent (par les consultations, par l'éducation pour la santé, par la radio et la télévision, par les campagnes d'affichage). Peut-être de là pourra-t-on inférer les lignes de force d'une évolution, qui nous permettraient d'imaginer comment seraient compris, demain, les messages que nous tenterions de faire passer.

Reprenons ici une idée déjà exposée ailleurs (cf. [31]). La communication à propos de la santé véhicule des notions qui doivent être interprétées de part et d'autre. Ce que dit le patient doit être interprété par le praticien au moment où il cherche à établir un diagnostic ; cette interprétation est peut-être aussi difficile pour un médecin partageant la même culture que le malade que pour un médecin étranger, bien que ce soit pour des raisons différentes. Ce que dit le médecin sera nécessairement interprété par le patient, et ce que ce dernier en comprendra dépendra beaucoup de la façon dont le thérapeute aura su formuler son message. En outre les gestes du médecin peuvent aussi transmettre un message, dont il n'aura pas conscience, et qui interdira toute autre communication. Ces problèmes ont été perçus il y a des décennies, mais ils n'ont pas été inventoriés systématiquement, et la solution à y apporter est très différente, sans aucun doute, d'un pays à l'autre, et pour chaque groupe socio-culturel. On ne sait pas que de grands efforts y aient été dévolus dans des pays africains, où la difficulté est considérablement majorée par l'hétérogénéité culturelle qui y prévaut ; par voie de conséquence, les solutions envisageables ne sont pas enseignées dans les écoles de médecine, non plus que dans les écoles qui forment le personnel paramédical.

La qualité de la communication et l'instauration d'un climat de confiance entre le thérapeute et le patient ont un effet, depuis longtemps bien établi, sur l'efficacité des prescriptions. L'exercice de la médecine est, dans le contexte sub-saharien comme dans quelques autres, privé de ce catalyseur indispensable à l'efficacité de la mise en oeuvre des connaissances médicales ; ce qui n'est pas dirimant en matière de chirurgie le devient évidemment lorsqu'il s'agit de soins médicaux à proprement parler, et plus encore dans le domaine de la prévention.

La question est donc de savoir si on peut aller au delà du constat de résistance qui a été dressé en maints endroits. Est-il inéluctable que toute information remettant en cause le système des représentations et des interprétations soit traitée de façon symbolique ?

Dans cette perspective, on doit très probablement partir d'une étude linguistique du vocabulaire des conversations et consultations relatives à la santé, en recueillant de façon systématique et en analysant le vocabulaire effectivement employé dans les communications entre patients, infirmiers et médecins, comme entre patients et tradipraticiens (comme éventuellement entre patients, ou entre professionnels), pour parler des symptômes de chaque maladie, de ses causes, de son traitement, mais aussi du corps humain et de son fonctionnement, des remèdes et des raisons de leur efficacité, etc. On devra naturellement distinguer le vocabulaire utilisé par les patients et celui dont se servent les professionnels, car les conditions d'acquisition et les circonstances de l'emploi de ces mots diffèrent, donc leurs connotations et leurs sens. Ce qui est proposé ici a déjà été entrepris dans d'autres contextes que celui de l'Afrique, par exemple lorsque des spécialistes de la communication inter-ethnique s'intéressent à la communication entre les médecins, élèves infirmières et malades dans un hôpital canadien. On pourra donc tirer parti d'expériences antérieures, et tenter d'utiliser la démarche dans une perspective plus spécifique.

En effet, pour les raisons qu'on a laissé entendre ci-dessus, on ne s'en tiendra pas à décrire les vocabulaires : il apparaîtra nécessaire de décrire comment ces vocabulaires servent à traduire des notions et représentations physiologiques, étiologiques, sémiologiques, thérapeutiques et **des relations entre ces notions**. Il n'est pas sûr qu'on puisse limiter l'investigation au vocabulaire, et aux notions ou représentations relatives à la santé, parce qu'elles s'insèrent dans un ensemble

cohérent (et c'est l'étude de cet ensemble, ou de sa partie concernant la santé comme élément de l'ensemble, qui a intéressé les anthropologues français). Il n'est pas sûr non plus que les représentations puissent être traduites par des schémas fondés sur des concepts et relations répondant aux conditions que nous leur imposons d'ordinaire (par exemple répondre à une définition précise, unique et immuable dans l'espace et le temps considérés). La seule chose sûre est que les compétences des anthropologues et des linguistes sont ici indispensables, et que le chantier est immense.

Il le sera plus encore si on imagine que certaines questions tenant à l'efficacité de la médecine traditionnelle ne peuvent pas être abandonnées aux seuls politiciens, mais devraient être affrontées courageusement pas les scientifiques eux-mêmes. Pour des scientifiques, il est inadmissible de laisser entendre que certains résultats sont établis, et que certaines pratiques sont donc licites, tant que la preuve de l'efficacité et celle de l'innocuité n'ont pas été apportées dans les règles de l'art ; pour des scientifiques, il est inadmissible d'évoquer une efficacité symbolique et de passer son chemin, sans dire au profane (politicien par exemple) ce qu'il peut en conclure en pratique ; il incombe donc aux scientifiques des diverses disciplines impliquées de travailler ensemble sur ces sujets délicats, qui les divisent, ou bien de se taire.

Le chantier sera encore plus vaste, si on imagine que les mêmes problèmes se posent à propos de la compréhension de consignes concernant l'organisation des services, par exemple la "prise en charge par la communauté", la "constitution d'un comité de gestion", la "désignation d'un agent de santé de village". D'une analyse du vocabulaire et des notions qu'il connote éventuellement dans la tradition ou dans l'histoire récente, d'une analyse des relations entre les notions, on inférerait peut-être une meilleure prévision de ce qui est possible et de ce qui est exclu, en matière d'"ingénierie sociale", puisque c'est de cela qu'il s'agit, et qu'on s'est contenté jusqu'à présent d'imiter servilement le Nord ou l'Est (qu'il repose en paix !).

Comment survivre à la faillite de la santé publique ?

Du côté des agents des services de santé des questions complémentaires se posent. D'abord, dans la ligne de ce qui précède, les difficultés croissantes qu'éprouvent visiblement les élèves des écoles professionnelles à acquérir les notions scientifiques essentielles à l'exercice de leur métier, et à les distinguer des notions héritées de la tradition montrent qu'il faut ouvrir un autre champ d'investigation, dans lequel on se demanderait comment les connaissances nouvelles sont comprises et intégrées dans les représentations de ceux qui les reçoivent, qu'ils soient en formation ou déjà professionnels patentés de la santé. On pourrait supposer que si certains cadres de la pensée sont définitivement en place, la recherche de solution à des problèmes nouveaux ne peut pas s'engager dans n'importe quelles voies. Dans ce cas, la discussion sur tel ou tel problème nouveau fourni par l'actualité permettrait d'apprécier si les cadres sont en place. Il va de soi qu'une meilleure compréhension des phénomènes d'acquisition chez les scolarisés de longue date permettrait probablement de rendre plus efficaces les programmes de formation, ainsi que les activités de supervision.

En second lieu, les systèmes actuellement utilisés par les administrations pour recruter, promouvoir, superviser, motiver, et rémunérer les agents sont à l'expérience totalement pervers. Les systèmes de santé ont sombré aussi (ou peut-être : d'abord) parce qu'ils sont au service exclusif de leurs agents et de quelques dignitaires, et pas du tout au service des malades. Dans la situation de confusion médicale qui a été évoquée plus haut, aucune institution ne défend les intérêts de la santé publique : ni l'Etat, ni les ordres professionnels n'en sont actuellement capables, du fait de leur collusion et de leur commune incapacité à sanctionner les comportements contraires à la déontologie. Il semble nécessaire de tenter de comprendre comment on en est arrivé là et comment on pourrait envisager d'en sortir. Il est possible que la greffe, tentée par la puissance coloniale, d'institutions nées en Occident en même temps que la scolarisation massive de la population y était entreprise, échoue définitivement ici, aujourd'hui, en même temps que régressent l'alphabétisation et la scolarisation. Mais il n'est pas dit que la recherche ne doive être que spectateur ; la sociologie politique pourrait peut-être nous aider, sur ce point aussi, à comprendre le monde dans lequel nous vivons.

Les systèmes de financement des services de santé sont, eux aussi, complètement dépassés. Les Etats ont conservé le discours de la santé gratuite alors même qu'ils laissent s'organiser la santé payante au profit de leurs agents ; lorsque les instances internationales ont lancé le mouvement en faveur de la participation financière des communautés, les Etats en ont profité pour abandonner toutes les formations sanitaires périphériques à leur triste sort, et concentrer leur moyens sur les agglomérations plus importantes où se trouvent leurs fonctionnaires. La pratique est que la population paie cher des soins de mauvaise qualité. Pour éviter de froisser des susceptibilités bien mal placées et des intérêts bien identifiés, l'OMS a réduit les ambitions et les moyens de son programme des médicaments essentiels, et ne s'occupe pas de la qualité des soins dans les pays pauvres. La recherche n'a pas montré de façon assez convaincante l'ampleur du gaspillage de ressources dans le secteur de la santé, et par suite elle n'a pas prouvé avec assez de force qu'il est possible de réduire le coût des soins, et qu'il est nécessaire de le faire. La recherche n'a pas montré de façon assez convaincante qu'il est possible d'accroître considérablement la qualité des soins à ressources constantes. La recherche n'a pas montré de façon suffisamment courageuse l'inanité des investissements réalisés pour le prestige dans des systèmes de santé complètement décérébrés. Ces tâches restent à remplir, même s'il faut pour cela vaincre l'opposition d'une partie influente et majoritaire du corps médical, qui trouve son intérêt dans la situation présente.

Dans ce domaine, toute une gamme d'investigations s'imposent, dont on donne ci-dessous quelques exemples seulement :

- certaines seront destinées à éclairer la marge de manoeuvre des stratégies nationales, par exemple : à quelles conditions macro-économiques et sectorielles peut-on passer de l'approvisionnement actuel en spécialités médicales à un approvisionnement en médicaments essentiels ? à quelles conditions concernant les capacités de gestion nécessaires à la réalisation des opérations d'appels d'offres, d'importation, de règlements internationaux, de répartition et de distribution au sein du territoire national ?
- d'autres porteront sur la faisabilité des certaines tâches locales : par exemple, quelles sont les conditions concrètes à remplir par une "communauté" pour qu'elle puisse raisonnablement prendre en charge telle ou telle opération qui lui incomberait ?
- d'autres concerneront la gestion des formations sanitaires : par exemple, quelles sont les interventions chirurgicales qui peuvent être menées à bien, dans des conditions techniques acceptables au regard des critères internationaux, dans tel ou tel type de formation sanitaire ? et, compte tenu des conditions matérielles dans lesquelles chacune d'elles sera exécutée, quel en sera le coût ? et quel en sera le nombre ? et enfin, comment pourra-t-on financer cette activité ? ou encore : quels sont les traitements qu'on peut envisager de mettre à la disposition des malades, pour telle ou telle affection grave ou coûteuse (avec les problèmes éthiques qui se présentent inévitablement, et qui sont en pratique résolus, sans que les professionnels aient le courage de dire comment, ni les politiques celui de trancher), etc.

Ces quelques exemples montrent que les compétences sollicitées sont à la fois celles de l'épidémiologiste, celles du clinicien ou du chirurgien averti des conditions concrètes du contexte, celles du pharmacien ou du biologiste, celles de l'économiste et du gestionnaire, etc. Des études de cas sur ces points manquent cruellement, puisque, depuis l'apparition de la médecine moderne sur le continent, on a laissé l'organisation et la gestion des services de santé à des officiers d'administration sans prise sur la technique médicale, ou à des médecins sans formation en santé publique, qui compensaient leur absence de compétence dans ce domaine par un grand appétit de pouvoir, un grand sens des intérêts de leur corps, et éventuellement une belle conviction.

Comment survivre dans l'environnement naturel ?

L'environnement naturel n'est pas particulièrement favorable à la survie des Africains. Il y a quelques années, les travaux de prospective de la démographie africaine aboutissaient à l'image d'un continent entièrement centrifugé de sa population, expulsée vers les océans, massée sur les côtes, dans des bourbiers urbains géants atrocement surpeuplés, et incapables de survivre sans être perfusés de l'extérieur grâce à un gigantesque dispositif de survie artificielle (l'aide alimentaire): on prévoyait pour 2010 16 millions d'habitants à Kinshasa, 15 à Lagos, 10 à Abidjan, 6 à Dakar, plus de 3 à Bamako, etc. (cf. [32] p. 57), un taux d'urbanisation moyen pour l'Afrique au sud du Sahara supérieur à 50 %, contre environ 30 % en 1980 (cf. [32] p. 41), avec des flux migratoires portant sur environ 40 millions d'habitants en 30 ans, au détriment des pays sahéliens notamment et au profit de pays comme le Zaïre, la Côte d'Ivoire, le Cameroun, l'Afrique du Sud... (cf. [32] p. 39-40). L'insertion ultérieure de "éléments culturalistes et technologiques pertinents" (cf. [33] p. 6) n'a pas rendu le tableau beaucoup plus encourageant, au moins en ce qui concerne les pays du Sahel : la prolongation des tendances passées conduit à une dépendance croissante, notamment en matière d'importations alimentaires, jusqu'à une inéluctable crise majeure (cf. [33] p. 177), mais les scénarios de développement auto-centré (avec réduction drastique des importations de toutes natures) ou au contraire d'insertion dans le marché mondial paraissent tout aussi impraticables (cf. [33] pp. 191-196).

C'était compter sans un nouveau risque majeur, qui rendra cet environnement encore plus dangereux pour ceux qui survivront à la famine. "Dans dix ans et quoi qu'on fasse, il y aura, pour ne parler que du continent africain, entre vingt et vingt-cinq millions d'adultes infectés par le virus du sida et plus de dix millions d'enfants orphelins à cause de cette maladie" (cf. [34] p. 17). "Aujourd'hui, l'épidémie de sida n'est plus seulement un problème de santé, elle est un problème de développement, en ce sens qu'elle a et qu'elle aura un impact considérable sur le développement socio-économique des pays du tiers-monde touchés par ce fléau" (cf. [34] p. 19). De fait, les travaux actuels de la Banque Mondiale laissent prévoir un recul de 30 % des taux de croissance des économies de l'Afrique au sud du Sahara, par rapport au niveau (déjà insuffisant pour assurer une croissance du produit par tête) qu'avaient ces taux avant l'épidémie (cf. [35] p. 10). Même si on ne doit pas exclure que ces déclarations soient dramatisées (elles interviennent dans un contexte de lutte pour l'obtention de ressources supplémentaires pour les programmes de recherche contre le sida), il faut aussi considérer que les enjeux socio-politiques du sida en Afrique (cf. [36]) ont déjà servi de prétexte à propos dilatoires, effets de manche, indignation outrée et inaction.

Il semblerait indiqué, dans ce contexte, de tenter un effort de prospective de la santé publique, lié aux efforts de prospective démographique et socio-économique déjà réalisés ou qui seraient entrepris dans un cadre régional (à la suite de [32] et [33]), mais qui aurait pour tâche spécifique de préciser :

- du côté des ressources alimentaires, ce qu'on peut attendre, et à quelles conditions exactement, des surfaces irrigables encore disponibles ; la confiance aveugle dans les petits projets de maraîchage, réaction bien compréhensible d'un lobby des ONG face aux échecs faciles à critiquer de leurs anciens devenus experts, a probablement cédé le pas, aujourd'hui, à une plus juste appréciation de l'ampleur du problème : tant qu'on ne nourrira pas des millions de personnes avec quelques plants de tomates et quelques poignées de haricots verts, il faudra se préoccuper d'améliorer les rendements des cultures de céréales traditionnelles si c'est possible, et, dans le cas contraire qui paraît assez probable, d'améliorer les rendements sur les rizières et d'augmenter leurs surfaces, et d'apprendre à gérer des plantations de plusieurs milliers d'hectares et de plusieurs milliers de familles, éventuellement immigrantes ; les risques présentés par les pathologies liées à l'eau sont connus, ils ont souvent été majorés par le corps médical pour obtenir des moyens qui étaient bien incapables de les conjurer ; l'analyse technique, économique et anthropologique de ces risques et des moyens d'y faire face reste à faire, et on peut considérer que c'est une priorité ; de même, les problèmes organisationnels, sociaux et politiques des institutions de grande taille qui sont nécessaires aujourd'hui pour assurer la survie alimentaire doivent être étudiés, si on veut y

trouver des solutions, sauf s'il s'avérait qu'ils naissent seulement du fait que l'aide est -quoi qu'en disent les intéressés- plus confortable pour les dirigeants que d'avoir à assumer les responsabilités qu'ils revendiquent ;

- du côté de la santé, ce qu'on doit craindre dans ses grandes lignes et comment on devrait envisager d'y faire face ; les dernières années ont montré à la fois que les petits Etats de l'Afrique au sud du Sahara n'étaient capables de faire face ni à l'organisation de soins de santé élémentaires pour l'ensemble de leur population (que ce soit sur le modèle administratif hérité de la colonisation ou sur le modèle prôné aux grandes tribunes internationales, d'Alma Ata à Genève, celui des soins de santé primaires), ni à la surveillance des grandes endémies (trypanosomiase, lèpre, tuberculose...) et au traitement de leurs victimes, et que dans le même temps un effort de coopération internationale permettait d'obtenir des résultats incontestés et exemplaires dans la lutte contre l'onchocercose ou dans les programmes élargis de vaccination, largement financés et étroitement contrôlés de l'extérieur ; en s'inspirant de ces enseignements, un effort de prospective à long terme peut aller dans deux directions, dont l'une serait le scénario démagogique (que d'aucuns appellent "dévolution"), dans lequel les pays du Nord continuent à distribuer aux pays d'Afrique au sud du Sahara ce minimum d'aide qu'ils considèrent comme perdue, mais qui leur permet d'acheter la tranquillité des dirigeants au prix de l'appauvrissement des plus pauvres ; et dont l'autre serait un scénario technocratique (ce qui ne signifie pas qu'il soit inacceptable pour des représentants du peuple avec lesquels il serait discuté, mais il faut pour cela qu'il existe des représentants du peuple) dans lequel, au lieu de se bercer d'illusions, on déterminerait les actions de santé de masse qui sont accessibles avec les ressources extrêmement limitées qui seront disponibles, et on organiserait leur exécution sur une base transnationale chaque fois que cela s'avérerait utile.

Envoi

Il n'y a rien, dans aucune des directions qu'on vient d'évoquer, qui permette de se satisfaire de l'étude de quelque réalisation particulière, à laquelle des chercheurs se consacraient amoureusement pendant des années. Il n'y a rien, non plus, qui permette de se contenter de révéler aux consommateurs d'images exotiques ce que chacun connaît sur le terrain (le pluralisme médical, les enjeux socio-politiques qui dissolvent toute question technique de telle sorte que les décisions ont une probabilité considérable d'être techniquement absurdes, etc). Il n'y a rien qui permette d'en rester à ces généralités qui ne conduisent jamais à une décision, parce qu'elles sont trop vagues (la plupart des évaluations sont de ce type, et les organisations internationales préfèrent d'ordinaire que leurs experts jouent ce jeu-là).

Par contre, rien ne se fera dans cet effort de prospective sans la matière venant d'une multitude d'études de cas, charpentées, irréfutables, orientées par la volonté d'être clairement opposables au mensonge intelligent du politique, par la conscience de l'urgence, par l'ambition de proposer une solution pratique au problème posé.

Quant à l'ORSTOM, sa vocation est-elle de s'engager dans cette voie ? Ses moyens sont-ils suffisants ? Sont-ils adaptés ? Sont-ils adaptables ? Ses structures le lui permettent-elles ?

J. BRUNET-JAILLY

Références :

- [1] Y. GILLON : **Synthèse de l'axe 2 "Prospective des disciplines scientifiques à l'ORSTOM"**, PEO-Document d'étape, 17 p.
- [2] H. DE TRICORNOT : **ORSTOM : mise en perspective, priorités scientifiques et programmes**, Document annexe, février 1990, 8 p.
- [3] H. DE TRICORNOT : **Synthèse de l'axe 1 "Politique scientifique, politiques régionales"**, PEO-Document d'étape, 18 p.
- [4] G. WINTER : **Le projet de l'ORSTOM**, Journées d'études 4-5-6 septembre 1990, 31 août 1990, 78 p. (format 21 x 27)
- [5] G. WINTER : **Le projet de l'ORSTOM (première proposition)**, Journées d'études 4-5-6 septembre 1990, sans date (octobre 1990), 75 p. (format 14 x 21)
- [6] J. CHARMES : **Prospective de l'économie politique**, in : **PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 2 "Prospectives des disciplines scientifiques à l'ORSTOM"**, août 1990
- [7] P. VIMARD : **Prospective de la discipline "démographie"**, in : **PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 2 "Prospectives des disciplines scientifiques à l'ORSTOM"**, août 1990
- [8] M. GARENNE : **UR Population et santé, Rapport d'activité, avril 1990**, in : **PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 1 "Politique scientifique, politiques régionales"**,
- [9] J. DOZON : **Rapport de l'unité 4H "Systèmes de santé et représentations de la maladie"**, in : **PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 1 "Politique scientifique, politiques régionales"**,
- [10] M. HERVOUET : **Environnement et santé**, in : **PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 1 "Politique scientifique, politiques régionales"**,
- [11] **Audition Grand Programme "Eau et santé dans les contextes du développement" (24 avril 1990)**, in : **PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 1 "Politique scientifique, politiques régionales"**,
- [12] P. CARNEVALE : **UR Paludismes**, in : **PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 1 "Politique scientifique, politiques régionales"**,
- [13] J.L. FREZIL : **Audition de l'UR 4C "Trypanosomiasés et leishmaniosés"**, in : **PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 1 "Politique scientifique, politiques régionales"**,
- [14] J. PROD'HON : **Département Santé, UR 4D "Filariosés et bilharziosés"**, in : **PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 1 "Politique scientifique, politiques régionales"**,
- [15] J.M. HOUGARD : **Unité de recherche 4E "Moyens de lutte contre les vecteurs"**, Situation actuelle et perspectives de recherche au 01/01/90, in : **PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 1 "Politique scientifique, politiques régionales"**,

[16] F. DELPEUCH : Unité de recherche 4F "Maladies de dénutrition", Politique scientifique et prospective pour une stratégie de programmes, in : PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 1 "Politique scientifique, politiques régionales",

[17] R. CORDELLIER : Note de synthèse, bilan des activités, perspectives d'avenir de l'UR4A "Arboviroses et fièvres hémorragiques", in : PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 1 "Politique scientifique, politiques régionales",

[18] B. GERARD : Prospective de l'anthropologie, in : PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 2 "Prospectives des disciplines scientifiques à l'ORSTOM", août 1990

[19] J.P. CHAUVEAU, M.J. JOLIVET : A propos du projet d'établissement de l'ORSTOM, in : PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 2 "Prospectives des disciplines scientifiques à l'ORSTOM", août 1990

[20] N. SINDZINGRE, G. JOURDAIN : Le sida, épidémiologie et anthropologie, *Politique africaine*, 28, 33-41 (décembre 1987)

[21] C.C. TAYLOR : Condoms and cosmology : the "fractal" person and sexual risk in Rwanda, *Social Science and Medicine*, 31, 9, 1023-1029 (1990)

[22] "Pour une interdisciplinarité bien comprise", pp. 732-733 in *Compte-rendu des journées d'études de l'ORSTOM*, 2ème session, Paris janvier 1983, ORSTOM, 1983

[23] P. PELTRE : Prospective de la géographie, in : PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 2 "Prospectives des disciplines scientifiques à l'ORSTOM", août 1990

[24] J.P. HERVOUËT, C. LAVEISSIERE : Les grandes endémies, l'espace social coupable, *Politique africaine*, 28, 21-32 (décembre 1987)

[25] G. HAINNAUX : Sous-commission 45 "Agronomie", Prospectives de la discipline à l'ORSTOM, in : PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 2 "Prospectives des disciplines scientifiques à l'ORSTOM", août 1990

[26] F. DELPECH : Nutrition et sciences des aliments, in : PEO-Document d'étape : Rapport du groupe de travail de l'axe 2 "Prospectives des disciplines scientifiques à l'ORSTOM", août 1990

[27] R. WAAST, J. BONNEMAISON : SDU, vers un projet scientifique, *Chroniques du Sud*, n° 1, pp. 5-18, ORSTOM, Paris, sd

[28] R. WAAST : Le questionnaire "Propositions pour un projet scientifique SDU", *Chroniques du Sud*, n° 1, pp. 19-34, ORSTOM, Paris, sd

[29] P. COUTY : Sciences sociales et recherche multidisciplinaire à l'ORSTOM, Document annexe, Journées d'études 4-5-6 septembre 1990, ORSTOM, juin 1990, 45 p.

[30] I. PRIGOGINE, I. STENGERS : *La nouvelle alliance, métamorphose de la science*, Gallimard, 1979

[31] J. BRUNET-JAILLY : Langues et développement, en général et dans le domaine de la santé, proposé à *Cahiers des Sciences Humaines* (1991)

[32] Etude d'une image à long terme de l'Afrique au Sud du Sahara, Rapport de la deuxième phase : Présentation provisoire de l'image à long terme, Commission des Communautés Européennes, Caisse des Dépôts et Consignations, SCET International, SEDES, 114 p., sans date (1983 ?)

[33] **Le Sahel face aux futurs : dépendance croissante ou transformations structurelles ? Etude prospective des pays sahéliens 1985-2010**, CILSS-Club du Sahel, juillet 1987, 251 p.

[34] Un entretien avec le docteur Michael H. MERSON, **Le Monde**, 31 octobre 1990

[35] La cinquième conférence internationale de Kinshasa : le combat inégal de l'Afrique contre le sida, **Le Monde**, 13 octobre 1990

[36] J.P. DOZON, D.FASSIN : Raison épidémiologique et raisons d'Etat, les enjeux sociopolitiques du SIDA en Afrique, **Sciences sociales et santé**, 7, 1, 21-36 (février 1989)

[37] M. LEYGUES, J.P. GOUTEUX : La lutte communautaire contre une endémie tropicale, croyances surnaturelles et pièges à tsé-tsé au Congo, **Social Science and Medicine**, 28, 12, 1255-1267

Brunet-Jailly Joseph

La recherche en sciences sociales de la santé appliquées à
l'Afrique : un rôle pour l'ORSTOM

s.l. 1990: ORSTOM, 16 p. multigr.