



Atelier "L'approche gouvernementale et la réponse communautaire pour une démarche coordonnée dans la lutte contre les MST-Sida"

Dakar, 23-28 octobre 1995

**La réponse communautaire :
perspectives historiques et problématique**

Charles BECKER
ORSTOM-CNRS, Dakar

René COLLIGNON
CNRS, Paris

CRDD
CRDD - Dakar
date 16/01/96
n° 1110 date FI/BEK



Fonds Documentaire ORSTOM
Cote : B*18065 Ex: *unq*

La réponse communautaire : perspectives historiques et problématique

Charles BECKER (ORSTOM-CNRS, Dakar) et René COLLIGNON (CNRS, Paris) ¹

Les présentations des deux journées précédentes et nos débats ont déjà largement abordé certaines questions que je vais évoquer de manière générale, et concrète cependant.

La question que nous nous posons est : "quelle est la réponse communautaire aujourd'hui, dans notre pays, quels en sont les acteurs, les moyens, les actions, quels sont nos succès, nos échecs face à l'épidémie ?"

Mais nous sommes conscients, comme on l'a si justement noté Elizabeth Reid en ouvrant en juin 1994 la consultation inter pays sur les problèmes éthiques et juridiques, l'épidémie survient à un moment de l'histoire de l'Afrique qu'on peut caractériser comme un temps de crise : Afrique confrontée à des massacres brutaux et insensés comme au Rwanda et auparavant en Angola, au Mozambique, au Liberia, où les conditions d'existence se dégradent dans les bidonvilles à Abidjan, Nairobi, Lagos, Soweto, et ailleurs, où les effectifs de déshérités grossissent si rapidement, où la corruption et le manque de courage des élites éduquées sont fréquents, où la désintégration des nations est en cours avec l'amenagement du contrôle de l'état sur des zones entières au bénéfice de bandes armées criminelles, illégales et brutales, où l'environnement se dégrade par l'érosion et la pollution industrielle, où se renforcent les pressions des anciens pouvoirs coloniaux, des organisations internationales ou des firmes multinationales, des cartels de la drogue. Ces constats ne sont pas là pour décourager mais pour souligner l'ampleur de la tâche et la nécessité de chercher et bâtir les formes d'une réponse communautaire éthique, forte.

Un autre rappel général est nécessaire : l'épidémie du sida apparaît à un moment de l'histoire où les grands efforts pour vaincre la maladie et les épidémies semblent remis en cause. Des maux anciens qu'on pensait avoir éradiqué ou pouvoir bientôt éradiquer définitivement sont bien là, de nouveaux sont apparus, et la perspective de la santé pour tous en l'an 2000 est lointaine... Que dire de la tuberculose, de la bilharziose qui est apparue là où elle n'était pas connue jusque là, du paludisme qui est si présent avec la propagation des souches résistantes à la quinine, du choléra qui touche aujourd'hui Dakar comme le pays voisins, de la peste qui peut resurgir. Mais aussi que dire des endémies qui se transforment souvent en épidémies et n'en finissent pas de tuer, de tuer les enfants comme la rougeole, la coqueluche, la méningite, que dire du terreau de la plupart des maladies : la malnutrition qui rappelle si fortement la part de la pauvreté et du contexte économique dans l'accès à la santé.

Enfin rappelons que les réactions face à l'épidémie de sida en Afrique se sont transformées avec le développement de l'épidémie. Une réflexion devrait s'instaurer sur les raisons qui ont entraîné de si fréquentes réactions initiales de déni face à une épidémie dont on savait qu'elle s'installait, qui ont tant retardé la réponse communautaire. Il serait par exemple très intéressant de relire les journaux et de nous souvenir de la manière dont on a commencé (et peut-être longtemps continué à parler chez nous de l'épidémie (ou dont on n'en a pas parlé en parlant par exemple de l'épidémie ailleurs... ou en désignant quelques personnes ou groupes comme touchés voire comme les causes de la propagation de l'épidémie). Cet exercice est instructif pour mieux cerner les raisons de ces attitudes, les

¹ NB. Ce texte représente un document de travail. Il utilise et cite des études réalisées et rédigés en commun avec René Collignon (CNRS, Paris). Certaines parties seront publiés prochainement dans des études plus élaborées.

motivations de ces réactions, de ces réponses si inappropriées qui ont laissé trop de personnes désemparées ou sans défense.

Un détour historique qui nous ramène au présent

Le tableau qui ressort des documents anciens est fort sombre et généralement inquiétant : on relève des mortalités effroyables et souvent la vanité des efforts des personnels de santé en Afrique ; peurs et terreurs face aux épidémies meurtrières sont le partage des Européens. L'existence et les conséquences des crises sanitaires au sein des sociétés ouest-africaines sont par contre mal connues, décrites de manière imprécise, ou restent largement ignorées jusqu'au milieu du XX^e siècle, sauf lorsqu'elles touchent la population des comptoirs commerciaux où sont relevés les épisodes d'épidémie.

L'analyse historique des politiques sanitaires — de prévention et d'intervention —, ainsi que les données épidémiologiques actuelles révèlent de grandes inégalités devant la maladie et la mort. Les populations rurales ont, bien moins encore que les sociétés urbaines africaines, été considérées comme maîtresses ou responsables de leur niveau de santé. En déniaient la validité des divers recours thérapeutiques autochtones traditionnels et en ignorant les stratégies locales de gestion écologique de leur milieu par les populations, les autorités sanitaires coloniales ont privilégié des interventions parfois efficaces lors des crises sanitaires, mais aux effets également parfois désastreux lorsque ces dernières étaient imposées aux populations au mépris des sensibilités et des valeurs propres de ces sociétés. Ainsi les logiques de l'intervention sanitaire coercitive, dont l'efficacité technique en certaines circonstances ne saurait être déniée, ont souvent refusé de prendre en compte les dynamiques sociales à l'œuvre face à la maladie et à la mort.

L'évocation et la description de l'œuvre sanitaire coloniale et de ses entreprises et progrès ont fait longtemps l'objet d'une appréciation élogieuse et hagiographique : elle faisait en quelque sorte l'objet d'un a priori d'inconditionnalité positive dans les appréciations qui pouvaient être portées sur l'entreprise coloniale elle-même. Plus récemment les historiens de l'Afrique tropicale se sont intéressés à ce champ nouveau de la recherche historique sur le continent en ouvrant les problématiques notamment par la prise en compte des travaux des démographes sur les incidences sociales des maladies et des crises de subsistance (famines, sécheresse, maladie) qu'ont connues les groupes humains à diverses époques de leur histoire, ainsi qu'en s'intéressant aux travaux récents dans le champ de l'anthropologie sociale, dans les registres notamment des représentations et des pratiques des populations en matière de santé et de maladie dans un contexte marqué par le pluralisme des recours thérapeutiques. En ces matières, force est de constater que les travaux de recherche publiés en langue anglaise, marquent une certaine avance sur les recherches francophones. Nombre de ces travaux abordent notamment les problèmes de l'introduction de la médecine occidentale et de ses modèles dans les sociétés africaines colonisées.

On remarque dans l'application des politiques de santé que :

— l'état sanitaire des populations africaines ne fut généralement considéré que comme une condition nécessaire du développement des colonies et de leur rentabilité (Cf. le Plan Sarraut ; Packard 1989) ;

— les structures de santé furent développées prioritairement en milieu urbain (hôpitaux et laboratoires) où elles servaient la population européenne et les populations autochtones engagées dans la production ;

— le maillage en structures de soin permanentes dans les centres secondaires se réalisa, dans des zones privilégiées en fonction de critères économiques ;

— l'Assistance Médicale Indigène fut mise en œuvre en grande partie auprès des populations rurales, pour enrayer les épidémies. Si les campagnes de vaccination et les tournées sanitaires ont eu un impact certain, elles restèrent cependant des opérations ponctuelles imposées, et surtout sans réel effort conséquent d'éducation sanitaire. Si la recherche et l'expérimentation ont connus certains développements (l'Afrique perçue comme laboratoire privilégié) ces interventions furent réalisées sur le mode autoritaire de solutions non négociables avec ceux qui étaient censés en tirer le bénéfice. Des essais nombreux ont été effectués en Afrique qui ont permis les progrès indiscutables dans la mise au point de vaccins et de médicaments.

— Peu d'interrogations semblent s'être manifestées sur les pratiques médicales mises en œuvre, leur légitimité ; on se borne à l'enregistrement des succès en terme d'épidémiologie, avec le recul et parfois la fin des épidémies. Mais ces succès ne sont-ils pas relativisés aujourd'hui au vu de la résurgence de problèmes sanitaires anciens qu'on croyait surmontés

Un constat brut et massif fait question : après un siècle au moins de présence médicale en Afrique, l'œuvre sanitaire coloniale n'a pas évincé la médecine traditionnelle, les arts traditionnels de guérir subsistent toujours. Aujourd'hui leur vitalité est bien réelle et souligne d'une certaine manière les limites et les carences des réponses biomédicales technicistes aux problèmes de santé.

La dualité des recours thérapeutiques dans les sociétés ont insuffisamment retenu l'attention². Elle a existé cependant lors des épidémies historiques de l'époque coloniale, les documents d'archives l'attestent. On n'ignore pas par exemple que certains savoirs et pratiques médicales telles que l'inoculation antivariolique étaient d'un usage bien établi dans certaines populations du Soudan occidental et central avant la présence européenne ; l'attitude autoritaire des mesures sanitaires des pouvoirs coloniaux et l'hostilité des médecins à ces techniques de "varioloisation sauvage" les contraignirent à une rigoureuse clandestinité.

Par ailleurs l'attention portée plus récemment par les chercheurs aux manifestations de la mémoire collective des groupes telle qu'elle se manifeste sous diverses formes dans les traditions recueillies dans des régions différentes témoignent de la prégnance d'une image du "temps de la mort" attachée à la sombre période de la conquête et de l'implantation de l'emprise du pouvoir colonial. L'épisode de la première épidémie de peste à Dakar en 1914 illustre fort bien en quoi et comment la question strictement médicale des causes d'un fléau prenant la figure d'une maladie contagieuse ne saurait constituer la vérité entière d'un phénomène aux conséquences collectives et politiques qui ouvrent à la dimension réellement *historique* de cette calamité qui n'est à proprement parler qu'exceptionnellement une maladie humaine aux allures de catastrophe. Cette épidémie fut l'occasion d'affrontements sérieux entre les autorités sanitaires — fort préoccupées de maintenir une domination politique mise en péril par l'élection du premier député sénégalais, Blaise Diagne, l'emportant sur des concurrents français —, et la vive résistance des populations autochtones par rapport aux manœuvres de la communauté européenne qui tenta de mettre à profit la situation du péril épidémique pour accroître sa mainmise sur leurs biens et leur vie en instaurant une ségrégation résidentielle au prétexte de considérations sanitaires (M'Bokolo 1982, 1984). Le décès de certaines personnes vaccinées sous la contrainte nourrit la méfiance populaire envers les méthodes françaises et contribua à alimenter certaines interprétations imputant ces morts d'Africains à une vengeance des vaincus du suffrage. La réaction de la population indigène face aux autorités prit diverses formes, allant de la dissimulation des morts, au refus de se prêter aux actions médicales, et à la résistance passive ou plus violente aux mesures d'isolement et de dissémination militairement encadrées. Quant à Myron Echenberg (1993), il a montré comment le souvenir entretenu de cette épisode politisé — qui a fait somme toute beaucoup moins de victime à l'échelle de la population de l'ensemble du pays que l'impact de l'épidémie de grippe espagnole de 1918 — en est venu à dominer dans la mémoire sénégalaise son mémorial des épidémies du passé et a éclipsé jusqu'au souvenir même de la grippe.

Les services créés durant le 20^e siècle ont comme mission importante — particulièrement bien remplie — l'observation des maladies, en particulier de celles à déclaration obligatoire qui sont centralisées par l'Office International d'Hygiène Publique, dont l'OMS est issu et a conservé le rôle centralisateur dans la déclaration des cas de certaines maladies. Cependant d'autres maladies importantes considérées comme non contagieuses sont également observées et des décomptes de plus en plus précis sont opérés dans les services et les offices spécialisés dans leur prévention et leur traitement.

² Signalons à cet égard le travail novateur de John Janzen (1978) dans le Bas-Zaïre sur la recherche de soins et ses logiques en constante réélaboration au sein du groupe autour du malade (*therapeutic managing group*, groupe organisateur de la thérapie) qui prend en charge le problème de santé à traiter. Son ouvrage vient d'être traduit et publié en français : *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris, Karthala, 1995 : 287 p.

L'exploitation de ces statistiques manifeste à quel point était forte la volonté d'avoir une idée extrêmement précise de la situation sanitaire, pour prendre le plus vite possible les mesures assurant la protection des populations européennes et aussi africaines, pour mettre en œuvre les stratégies curatives lorsqu'elles étaient disponibles. On note ainsi que les comptages effectués à de grandes échelles devaient permettre — comme les statistiques démographiques — de contrôler les hommes, leurs maladies et leur mort, servant à leur imposer des règles de conduite face à la maladie. A travers la précision et la profusion des chiffres, percent aussi les certitudes des médecins, sûrs de leur savoir et de leur pouvoir, qui apportent inéluctablement le progrès sanitaire et la victoire sur les maladies voire leur éradication.

Cependant, rétrospectivement à l'analyse, l'abondante documentation portant électivement sur les épidémies qui font l'objet de relevés scrupuleux, peut en creux faire apparaître ce qui constitue la tache aveugle de ce regard sanitaire colonial : certains problèmes de santé plus généraux non soupçonnés ou négligés à l'époque. À côté des grandes épidémies, il y a certaines endémies et maladies aux effets moins redoutables dans d'autres régions du monde (d'où sont originaires les médecins coloniaux) ; ces affections ne seront parfois reconnues qu'assez tard : la rougeole par exemple, et la coqueluche aux effets ravageurs chez les enfants, ainsi que le problème majeur de la malnutrition. La prise de conscience et la prise en compte de ces problèmes de santé n'apparaissent vraiment que dans les années 1950 — encore faudra-t-il que la communauté internationale exerce une certaine pression en ce sens sur les métropoles coloniales en les plaçant sur la scène internationale devant leurs responsabilités en matière de bien être des populations sous tutelle.

Ainsi la réponse aux épidémies et aux maladies a été prioritairement inspirée par les autorités médicales agissant par le contrôle, par le développement de la recherche et par des interventions (vaccinations, réglementations sanitaires, organisation et financement des systèmes de soins) Ces héritages demeurent encore largement et déterminent dans une large mesure la possibilité de réponses communautaires.

Nous restons sur des modes de fonctionnement où le contrôle biomédical domine et suggère des réponses à l'épidémie. N'avons nous souvent géré le sida sur ce modèle, avec la priorité accordée au décompte, à l'épidémiologie (dont les moyens sont dérisoires par rapport à ce qu'ils étaient autrefois par exemple pour les MST et la trypanosomiase), à la surveillance (qui rassure parfois à bon ... ou plutôt à mauvais compte). Ce faisant a-t-on compris que la maladie, la santé, la mort ont été et demeurent vécues et gérées avant tout par les communautés à qui on a souvent voulu imposer des solutions, mais qui aujourd'hui sont si souvent délaissées et ont donc à trouver leurs solutions, leur réponse.

Les réponses des communautés lors des crises de santé

Il s'agit d'un sujet neuf pour les historiens et les anthropologues, qui ont trop privilégié l'étude des savoirs et des progrès biomédicaux, ainsi que des politiques appliquant les connaissances. Par contre ils n'ont commencé que très récemment à s'intéresser à la manière dont les sociétés et les communautés ont réagi face aux crises et aux mesures sanitaires adoptées par le pouvoir colonial, puis par les pouvoirs des états africains indépendants.

— On a rappelé que dans le domaine de l'éducation, les tentatives ont été limitées : elles visaient à suggérer ou à imposer des modèles de comportement et d'attitudes différents ou nouveaux en matière de santé. C'est toujours un pouvoir extérieur qui a tenté de convaincre d'une nécessité de changer les attitudes et s'est donc heurté souvent aux raisons des communautés et à leurs actions pour résoudre les problèmes de santé.

— Les attitudes des médecins et des agents de santé par rapport aux usages sociaux et aux formes non occidentales de soins ont été négatives. Des enquêtes récentes, réalisées dans une région très touchée par la peste, ont montré des souvenirs très vivants dans la mémoire populaire à propos des interventions sanitaires coloniales et de leur rejet fondamental des conceptions médicales autres. Des entretiens avec des thérapeutes peuvent s'avérer très illustratives et montrer la prévalence encore très actuelle des anciennes attitudes de simple mépris.

— Les communautés ont élaboré des stratégies lors des crises, avec des recours aux thérapeutes traditionnels et avec des oppositions aux politiques officielles qui ont parfois trouvé lors des crises des opportunités pour appliquer des mesures de ségrégation et donc d'exclusion. Ces politiques et les mentalités qui les sous-tendent n'ont pas disparu : ne retrouve-t-on pas encore des discours et des propositions qui demandent des mesures de ségrégation, d'exclusion à l'égard des personnes vivant avec le VIH.

— Les maladies et les maux du passé, même les épidémies violentes, n'ont pas suscité des réactions de rejet comparables à celles qui sont apparues par rapport au sida. Au contraire, les études historiques et anthropologiques montrent bien que les thérapies traditionnelles ont privilégié des pratiques d'intégration et non d'exclusion des malades. La stigmatisation des malades est donc un phénomène assez récent et s'est imposé par rapport à cette maladie où le sang et le sexe sont en question.

— Cependant il n'est pas possible non plus d'idéaliser toutes les situations appelées traditionnelles, car dans la recherche des causes des maladies et des épidémies, il pouvait y avoir désignation de coupables et mise en cause de personnes qui se trouvaient rejetées par le groupe social. Parfois des accusations très fortes étaient portées, pouvant aboutir même à des exclusions du groupe ; ainsi des personnes ont été forcées à l'exil ou la migration hors de la communauté villageoise. On sait qu'aujourd'hui dans la recherche des causes du mal qu'est le sida, ces interprétations subsistent et que la sorcellerie peut être évoquée pour désigner des coupables et provoquer leur exclusion.

— Par rapport aux pratiques du pouvoir colonial, qui a légiféré beaucoup en s'appuyant sur les conseils des médecins et qui a imposé ses mesures sanitaires, après les indépendances les pratiques des communautés ont été de se transformer, avec la nécessité de prendre de plus en plus en charge leurs problèmes, en tenant compte des problèmes de plus en plus graves de fonctionnement des services de santé : en particulier les communautés paysannes se trouvent souvent désemparées et fréquemment délaissées par les autorités.

Le regard de l'historien-anthropologue sur la gestion sociale des maladies et de la santé manifeste bien les efforts réalisés par les responsables des politiques et par le corps médical. Ces efforts qu'on doit apprécier à leur juste mesure se sont situés dans le cadre d'une croyance au pouvoir de la science médicale, qui a souvent justifié l'édiction de lois et l'application de mesures coercitives. Ils ont aussi maintenu à l'écart les thérapeutes traditionnels, et ignoré leurs tentatives de prise en charge de la santé, au sein des communautés.

Ces réflexions sur la gestion des épidémies et des maladies durant l'histoire mériteraient de longs développements. Elles permettent une mise en perspective des problèmes de santé actuels pour lesquels les enjeux sont aussi grands que par le passé, et où la société entière est confrontée, de manière peut-être plus massive, à des formes de maladie nouvelles, mais aussi semblables aux formes d'autrefois. Des craintes, voire des frayeurs plus fortes que celles du passé se manifestent. Devant les difficultés de la prise en charge, due pour beaucoup à des peurs irrationnelles, dont souvent celles des médecins, trop de réactions de rejet et d'exclusion ont encore cours. Ce qui est nouveau aujourd'hui c'est qu'on commence à percevoir mieux, devant les urgences, la nécessité d'une jonction entre les demandes et les actions des communautés, en matière de santé, et les actions des pouvoirs publics et médecin. Devant les incertitudes des médecins quant aux possibilités de traitement et de vaccination, on se rend compte que les solutions ne sont pas techniques. Grâce au vécu des communautés et des personnes en contact avec le mal ou la maladie, on comprend que la vraie question est de chercher les moyens pour que les communautés et les personnes choisissent autre chose que l'exclusion et, par rapport aux thèmes de nos débats, que le respect des droits individuels et de droits de la société ne soient pas contradictoires, grâce à des efforts plus grands d'information, d'éducation et de responsabilisation des acteurs sociaux.

Des réponses diverses et multiformes pour une réponse communautaire forte

Le travail que nous avons commencé dans cet atelier et que nous allons à poursuivre est d'identifier les acteurs, les lieux les discours, les pratiques de la réponse communautaire et leur place dans nos pays respectifs, avec les outils et le schéma proposé hier (épicerie, vagues), avec une grande attention aux diversités des situations qui peuvent être très

contrastées dans les parties d'un même pays : telle région en est à peine aux débuts de la visibilité de l'épidémie et donc la réponse y est faible, alors qu'ailleurs la réponse se précise. L'attention se portera aussi sur la complémentarité, parfois les difficultés voire les oppositions entre les initiatives des acteurs sociaux et des responsables de la politique.

La réponse au sida ne peut se situer que dans le contexte général de la crise sociale-économique, de la désagrégation des systèmes de soins et de la résurgence des crises sanitaires du passé : d'où la réponse communautaire face au sida est aussi une réponse à la pauvreté.

La liaison si évidente du sida avec la tuberculose et la malnutrition en Afrique suggère elle aussi la nécessité de faire porter la réponse communautaire sur le terrain de la pauvreté et de susciter tous les engagements possibles pour l'amélioration des conditions de vie et de la situation économique, pour une participation plus grande des personnes encore exclues dans les pays.

Donc les objectifs sont d'agir :

- en vue de l'instauration d'espaces de dialogue
- en vue d'un partage plus réel des biens (de l'avoir), du pouvoir et du savoir.

Les acteurs de la réponse communautaire

- les acteurs individuels de la prévention et de la prise en charge
- les groupes, associations intervenant dans la prévention et la prise en charge
- les responsables politiques qui coordonnent mais sont souvent des gestionnaires de moyens limités
- les médecins, le corps médical (qui comme certains ne peuvent pas être là car ils ont en ce jour même d'autres problèmes urgents à traiter)
- les juristes qui ne sont pas assez impliqués et se trouvent trop peu représentés.

Les lieux de la réponse communautaire

- la famille
- les villages
- les villes avec leurs quartiers divers
- les lieux de travail
- les lieux de discussion et de communication
- les lieux de soin et de prise en charge des malades
- les lieux d'éducation et de prévention

C'est sur leurs lieux, dans leurs réseaux, que les acteurs participent à des réalisations

- l'élaboration de réponses,
- l'instauration d'écoutes,
- l'élaboration de consensus,
- l'exigence ferme du respect des droits.

La réponse communautaire comme pratiques sociales et discours novateurs

Face à la spécificité de la pandémie du Sida, diverses réponses communautaires ont été apportées qui se réfèrent à des modèles différents. Dans un article stimulant, Gill Seidel a évoqué ces réponses qui apparaissent au niveau des discours concurrents à propos du Sida en Afrique sub-saharienne. Ces discours évoquant la maladie, ses causes, son contexte, ainsi que les sociétés qui y sont confrontées, sont souvent insuffisants, décevants : ils peuvent être de type médical, médico-moral, développemental, légal, éthique. Parmi ces discours concurrents, les discours répandus suite aux pratiques sanitaires coloniales prônent surtout le contrôle et l'exclusion, et demandent un changement des comportements sans tenir compte des possibilités ouvertes aux personnes et aux sociétés, sans tenir compte aussi du fait que ces changements ne peuvent pas être imposés mais doivent être voulus et vécus par des femmes et des hommes responsables.

Mais divers groupes sociaux — et sans doute en premier les associations qui se sont créées suite à l'apparition du sida parmi les personnes touchées et conscientes de leur vulnérabilité — ont proposé de privilégier des pratiques et des discours neufs évoquant les droits et la responsabilité à la fois celle des personnes et celle des communautés. Des oppositions et parfois des conflits réels entre ces groupes et les responsables des politiques de

santé et de la lutte contre le sida ne doivent pas être dramatisées : ils ont été à l'origine de mutations profondes et de transformations des relations entre les uns et les autres.

Pour une réponse guidée par des principes forts

Pour le dialogue des acteurs

Pour une responsabilisation de tous face au sida et pour la santé

Pour une éthique commune

Pour une réponse avec des principes qui se nomment :

- du principe du droit à l'information
- du principe de l'association avec les personnes touchées par l'épidémie
- du principe d'engagement
- du principe de responsabilisation
- du principe de recherche du consensus
- du principe du droit de connaître
- du principe de la dignité humaine
- du principe de la protection
- du principe de l'inclusion
- du principe de la représentation des personnes affectées ou fragilisées
- du principe de la compassion et de la solidarité.

C'est à nous tous d'instaurer, d'exiger le respect de ces principes. Beaucoup d'acteurs sont encore à convoquer pour participer à cette *quête* de la santé qui n'est pas l'œuvre des seuls "spécialistes" mais qui est bâtie par des hommes et des femmes qui ne se résignent pas à la pauvreté, au malheur et à la fatalité.
