

## Remarques concernant les sauvages de l'Amérique du Nord

Extraits d'un texte de Benjamin Franklin, écrit vers 1784<sup>1</sup>

Au traité conclu à Lancaster, Pennsylvanie, en 1744, entre le Gouvernement de la Virginie et les Six Nations (groupe fameux de tribus indiennes de la partie Nord-Est des actuels Etats-Unis [Note du traducteur]), les commissaires de Virginie informèrent les Indiens dans un discours qu'il y avait à Williamsburg un collègue qui disposait d'un fonds destiné à l'éducation de la jeunesse indienne; et que si les chefs des Six Nations voulaient bien y faire descendre une demi-douzaine de leurs fils, le gouvernement s'assurerait qu'ils ne manquent de rien et qu'ils soient instruits dans toutes les connaissances du peuple blanc.

Le porte-parole des Indiens répondit:

«Nous savons que vous tenez en haute estime le type d'enseignement donné dans ces collèges, et que l'entretien de nos jeunes hommes, pendant qu'ils seraient auprès de vous, vous coûterait fort cher. Nous sommes convaincus par conséquent que vous voulez notre bien par cette proposition et nous vous en remercions sincèrement.

»Mais vous qui êtes sages devez savoir que différentes nations ont des choses des conceptions différentes; et vous n'en prendrez par conséquent pas ombrage si nos idées quant à cette sorte d'éducation se trouvent ne pas être les mêmes que les vôtres. Nous en avons eu quelque expérience; dans le passé, plusieurs de nos jeunes gens ont été élevés dans les collèges des provinces du Nord; ils furent instruits dans toutes vos sciences; mais, quand ils nous revinrent, ils étaient mauvais à la course, ignorant tout de la façon de vivre dans les bois, incapables de supporter le froid ou la faim; ils ne savaient ni construire une cabane, ni attraper un daim, ni tuer un ennemi, ils parlaient imparfaitement notre langue et n'étaient par conséquent utiles ni comme chasseurs, ni comme guerriers, ni comme conseillers; ils étaient totalement bons à rien.

»Nous ne vous sommes cependant pas moins obligés de votre aimable offre, quoique nous la déclinions; et, afin de vous montrer notre gratitude, si les messieurs de Virginie désirent nous envoyer une douzaine de leurs fils, nous prendrons soin de leur éducation, les instruirons dans tout ce que nous savons et ferons d'eux des hommes.»

<sup>1</sup> Traduction de l'anglais de J. Martin.

## L'envers de la santé médicalisée<sup>1</sup>

Valentine Borremans<sup>2</sup>

**Pouvons-nous échapper aux monopoles professionnels qui régissent dans la société occidentale, et celles qu'elle influence, la santé, l'instruction, l'emploi?... A chaque culture sa conception et sa réalité de la santé, dans le cadre d'une société «conviviale», où les individus dépendront le moins possible de services produits par d'autres, c'est ce que proposent les travaux du CIDOC de Cuernavaca.**

### Introduction

Ivan Illich, Cuernavaca

Il ne faut surtout pas confondre les formes administratives neuves que revêt la médicalisation de la santé et le renversement de la tendance actuelle à médicaliser tout soin de santé. Dans le premier cas, on s'oriente vers une aggravation considérable de cette utopie qui guidait déjà la «santé publique» au cours de l'après-guerre: les soins de santé imposés comme «biens de consommation». Le

second cas, quant à lui, relève d'une nouvelle vision sociale n'attachant de valeur au progrès technique que dans la mesure où il accroît le pouvoir que possèdent les individus et les groupes primaires de satisfaire leurs besoins par des activités autonomes, J'appelle «autonomes» les activités par lesquelles les gens définissent leurs besoins tout en créant des valeurs qui les satisfont. Le choix auquel est confrontée la médecine – en grec, la «crise» de la médecine – ne peut être compris si l'on n'opère pas cette distinction philosophique.

La principale réaction à l'effondrement du paradigme militaire de la «guerre pour la santé», qui prévalait chez les praticiens et les administrateurs des années cinquante et soixante, s'est traduite par apparition de multiples types d'activités *professionnelles* liées à la santé – styles très neufs et souvent compatibles. On a vu se combiner de plus en plus étroitement le dirigisme de la «santé publique», la planification centralisée des soins de santé, l'insertion des professions paramédicales dans le système médical, l'enseignement sanitaire obligatoire, et une obsession médicale de la «bonne», de la «pleine» santé, ainsi que l'incorporation, dans l'arsenal thérapeutique, de pratiques populaires et même occultes. La crise de la médecine a, de la sorte, servi – du moins dans une large mesure – à élargir à de nouveaux groupes de patients l'emprise des «professions de santé», sanctionnées par des diplômes *ad hoc*, conditions neuves exigeant régulation et surveillance ainsi que de nouvelles formes de contrôle social. Et si, dans ce processus, les praticiens ont pu se voir dépouillés de certaines de leurs attributions, l'orientation vers de nouveaux styles compatibles de prestations sanitaires a en réalité accru, au cours des années soixante-dix, la domination des professionnels sur les soins de santé. Aux dépens des médecins qui continuaient à «soigner», fonction que leur assignait la Faculté de médecine dans les années quarante et cinquante, d'inventifs membres des professions de santé, et leurs alliés politiques tout acquis à la médicalisation générale des populations, découvraient de nouveaux champs d'action.

D'un autre côté, depuis trois ou quatre ans, maintes voix se font entendre de toutes parts, rejetant l'idée que, dans l'âge postindustriel, les services doivent nécessairement abonder et la tutelle professionnelle sur la santé prédominer, et proposant des alternatives. Je n'ai pour ma part compris que récemment à quel point les expériences sociales de nouvelles formes de décentralisation sont qualifiées, rationnelles et novatrices – mais aussi dispersées, variées et inédites – en examinant le manuscrit du guide des ouvrages de référence sur les outils modernes orientés vers la production de valeurs d'usage\*, que prépare Valentine Borremans. Conformément à cette vision «autre» des rapports entre les êtres humains et leurs outils modernes, la santé réside précisément dans l'indépendance à l'égard des

services, et non dans l'accès aux services. Les idées formulées par le Dr D. Banerji et ses confrères dans l'introduction au *Shrivastava Report* (ministry of Health, New Delhi) correspondent, à un haut niveau gouvernemental et en phrases lapidaires, à celles qui émanent, dans une tout autre formulation, de mouvements féminins d'auto-prise-en-charge, de coopératives de handicapés et, littéralement, de milliers de groupements dans le monde entier.

Mais l'une et l'autre tendances, celle qui incline à un professionnalisme diversifié et radical, concédant paternalistement des responsabilités à ses pupilles, et celle qui propose une déprofessionnalisation prudente, encore que radicale, procèdent du même constat de l'angoissante perte de crédibilité des politiques médicales de tous les pays du monde depuis la Seconde Guerre mondiale. Dans aucun autre secteur majeur du système industriel, la rationalité d'une idéologie fonctionnelle n'a été éclipsée aussi soudainement que dans le domaine de la santé mondiale. Le moment vint brusquement, en effet, où l'on reconnut le caractère pseudo-religieux du concept de la santé tel que le définit la constitution de l'Organisation mondiale de la santé. C'est à une nouvelle race de bureaucrates-philosophes – dont le Dr Halfdan Mahler est, à mon sens, l'exemple le plus remarquable – que l'on doit imputer l'éventualité que cette crise d'une idéologie se transforme en une crise beaucoup plus profonde, en une opposition publique entre deux perceptions contradictoires de la santé: d'un côté, la vérification opérationnelle d'un «bon état de santé», engendré, protégé et géré professionnellement, et, de l'autre, la définition et la recherche personnelle de la vitalité, laquelle ne peut exister que si, on seulement le droit aux biens de consommation mais également la liberté de produire des valeurs d'usage sont politiquement garantis.

L'article que l'on va lire, et pour lequel la rédaction de *Médecine sociale et préventive* m'a demandé la présente introduction, a été rédigé pour un colloque réunissant une douzaine de participants, organisé en juin 1977 par la Fondation Hammarskjöld sous le titre: «Another Development in Health». Certaines méprises auxquelles a donné lieu mon ouvrage *Némésis médicale* n'auraient pu exister si j'avais utilisé, dans sa rédaction, le vocabulaire et les nettes distinctions qu'emploie ici Valentine Borremans.

<sup>1</sup> Communication faite lors du Séminaire Dag Hammarskjöld 1977, sur le thème «Un autre développement du domaine de la santé», Uppsala, Suède, juin 1977 (titre original anglais «The Inverse of Managed Health», traduction française de Maud Sissung). Cet article a été publié en anglais dans *Social Development Issues*, vol. 1, No 2, p. 88–103, Fall 1977, et dans *Resurgence* (U.K.), vol. 9, No 1, p. 6–8, mars/avril 1978.

<sup>2</sup> Apdo. 479, Cuernavaca, Mexique.

\* Valentine Borremans, *Guide to Use-Value Oriented Convivial Tools* (environ 1100 références annotées), à paraître à l'hiver 1978–1979.

Cet article est l'occasion de résumer et d'élaborer une thèse proposée dans *Némésis médicale*. Pour me faire mieux comprendre, j'insisterai sur la profonde cohérence entre une santé radicalement et rationnellement démedicalisée et déprofessionnalisée dans le monde moderne et ce qui distinguait la santé dans les hautes cultures de l'Amérique avant la Conquête.

Le fait qu'il y ait de multiples sortes de santé, comme il y a de multiples genres de beauté, de sourires et de corps semble plus qu'évident. Cette diversité radicale dans les façons d'«exister» n'est difficile à saisir que pour les bureaucrates et les missionnaires: les premiers s'efforcent de supprimer ce qu'ils définissent comme maladie, ignorance, taudis ou isolement, les seconds ce qu'ils appellent le péché. Les uns et les autres croient savoir ce qui, partout, est bon pour les gens, ce qui, partout, est mauvais pour eux, ainsi que ce dont tous, et partout, ont besoin. En cela, les professionnels sont aussi puissants de nos jours que le furent les théologiens des Rois catholiques d'Espagne: ils édictent ce qui doit être, jugent de la déviance et pourvoient aux moyens de la corriger. Le pouvoir professionnel contemporain équivaut à celui d'une Eglise établie. Antidémocratiquement, les nouveaux idéologues de l'acte spécialisé imposent comme objectifs à la société le besoin du service qu'ils monopolisent<sup>3</sup>. Avec une dogmatique brutalité, les nouveaux mentors homogénéisent le langage.

Il existe dans chaque langue des mots pour exprimer le degré de vitalité d'un individu, son degré d'existence, d'autonomie, d'unicité. Il existe également des mots pour désigner, chez l'individu, l'affaiblissement de sa capacité personnelle de réaction devant ce qui lui échoit. Ainsi, en Normandie, les gens ne disent pas qu'ils sont malades, mais qu'ils sont «fatigués». Quand quelqu'un est «très fatigué», cela veut dire qu'il est mourant. Il est important d'affiner notre oreille aux résonances de ces mots: ils reflètent dans chaque langue une expérience inimitable de la vie, et spécifique d'une culture<sup>4</sup>. Dans chaque culture prévaut un style différent de vitalité, un style de souffrance aussi; chaque culture a ses façons de supporter la douleur ou l'invalidité, de même qu'elle a son «art de mourir». Le terme moderne de «santé», dont la gamme se déploie, grâce aux adjectifs, de la «parfaite» à la «très mauvaise», cette santé abstraite qui serait objective et mesurable n'existe pas dans la plupart des langues. Ce terme n'y paraîtrait pas moins confondant et choquant que «salud» ne le fut pour les Aztèques, lorsque les missionnaires commencèrent à le prêcher. De nos

jours encore, le mot espagnol «salud» signifie tout à la fois «santé» et «salut».

Jusqu'à une période très récente, le sens de l'«existence», de la vitalité, était aussi varié que les cultures elles-mêmes. On assiste à présent à la réduction ou à la destruction de cette variété – et sur toute la planète. Le modèle médical des soins de santé a colonisé l'une après l'autre les images du bien-être qu'il a rencontrées. Santé, Salud, Gesundheit, Halchal – tous ont reçu leur dose d'implications neuves. Ils sentent les antiseptiques, ils évoquent des visions de salles d'hôpital; aujourd'hui, chacun de ces vieux mots rappelle que l'on dépend des hommes en blanc et du niveau du PNB. Ce nouveau modèle médicalisé de la santé sort du même tonneau que le «développement»: cela s'organise et se distribue; cela fait, au surplus, l'unanimité des délégués aux Nations Unies: il faut le donner aux gens, ils y ont droit. Tout comme pour l'instruction, l'emploi ou les transports, l'on en inculque le besoin, et l'exigence<sup>5</sup>. Les mots qui, hier encore, signifiaient qu'au sein de sa culture on se sentait vivant et indépendant, ou impotent ou mourant, ces mots ont tous dérivé dans la même direction. Désormais, chacun de ces anciens termes désigne bien moins un affrontement autonome de la nature que l'accès aux marchandises, aux services et à la dépendance.

Au cours des années soixante, la santé a été «médicalisée», le modèle médical des soins de santé étant principalement déterminé par ce que font les médecins<sup>6</sup>. En même temps, et très rapidement, quatre approches professionnelles distinctes ont mis en question, chacune à sa façon, le monopole des médecins sur la définition de la santé. Je vais décrire – et même caricaturer – ces quatre types de critique émanant d'une définition de la santé purement «médicale». C'est seulement à partir de ces critiques que je peux démontrer qu'une vision conviviale de la santé est radicalement différente de ces quatre prises de position.

*La première critique* émane du corps médical lui-même. Les chercheurs médicaux mettent en question le rapport entre la santé et ce que font ou cherchent à faire les médecins. Ils souscrivent à l'idée formulée par Lewis Thomas que – contrairement à l'aéronautique – la médecine n'en est encore qu'à ses débuts<sup>7</sup>. Que l'on

<sup>3</sup> McKnight, John, «Professionalized Service and Disabling Help» in *Disabling Professions*, coauteurs Illich, Zola, Caplan et Shaiken. Londres, Boyars Publ., 1977.

<sup>4</sup> Pour la diversité des perceptions de la santé, voir le nouveau et très utile ouvrage de Harrison, Ira E., et Cosminsky, Sheila. *Traditional Medicine: Implications for ethnomedicine, ethnopharmacology, maternal and child care, mental health and public health, an annotated bibliography of Africa, Latin America and the Caribbean*, New York, Garland Publications, 1976. Il recense 1135 textes, postérieurs à la Seconde Guerre mondiale. Les auteurs annoncent un autre volume sur l'Asie.

<sup>5</sup> Pour une taxonomie des textes à l'appui, voir: Marien, Michael, *World Institute Guide to Alternative Futures for Health: A Bibliocritique of Trends, Forecasts, Problems, Proposals, Draft*, New York, The World Institute Council, 1973 (612 titres décrits et commentés). Voir aussi Shiffer, Jeanette, *The Right to health*, Pan. Am. Health Org. (OAS/AM) 25, 5, supplément spécial, mai 1973, p. 1–16, qui reflète le souci de l'OEA de répandre le concept.

<sup>6</sup> Le premier à employer le terme de «santé médicalisée» a été Irving Kenneth Zola, «Medicine as an institution of social control», in *The Sociological Review*, vol. 20, No 4 (nouvelle série), novembre 1972, p. 487–509. Pour l'auteur, «la médecine devient une institution majeure de contrôle sur la société, qui écarte, quand elle ne se les incorpore pas, les institutions plus traditionnelles de la religion et du droit. Elle devient la nouvelle dépositaire de la vérité, le lieu où sont rendus des jugements absolus et souvent définitifs par des experts prétendument neutres et objectifs moralement... qui agissent au nom de la santé.»

augmente le budget dévolu aux scientifiques et que l'on donne plus de pouvoir au programmateur-d'un-système-de-santé – avant tout, plus de pouvoir sur ses confrères praticiens –, et l'on pourra rénover de pied en cap l'organisme humain. Le système social dont rêvent ces «savants» serait structuré autour de la santé. Dans les pays riches du monde occidental, la vogue s'est rapidement éteinte de cette ingénierie médicale de science-fiction débouchant sur une ultime année de vie dans les bras du professeur Mathé, du professeur Barnard ou de leurs semblables. En Amérique latine, elle fait encore des dégâts au stade du débat sur l'orientation de la politique. Les modes de Harvard ne nous arrivent souvent que lorsque des étudiants du pays, formés par une lointaine sommité en vogue, et ayant au retour grimpé dans la hiérarchie ministérielle, invitent leur ancien maître à venir professer chez eux, faisant ainsi sa réputation à l'étranger pour des doctrines déjà périmées chez lui. Mais c'est justement cette raison qui doit nous rassurer quant à l'implantation du modèle médical de la santé «nouvelle version». Comptons sur l'importation, depuis Berkeley ou Harvard, de la prochaine mode médicale pour débarrasser nos ministères de la Santé des auteurs de science-fiction.

La seconde version de la santé médicalisée est celle que proposent plusieurs nouvelles professions de santé dont l'organisation est récente et qui n'émanent pas de la Faculté. Les nouveaux spécialistes s'opposent au monopole des médecins sur les ressources relatives à la santé. Ils dénie la corrélation entre santé et prestations des praticiens<sup>8</sup>. Ce qu'ils proposent, c'est une approche pluriprofessionnelle des déficiences de la santé, déficiences qu'ils définissent eux-mêmes, et dont ils monopolisent alors la rectification<sup>9</sup>. Sous leur

impulsion, la santé se fragmente; il n'est pas un «problème» de santé qui ne se voie assigner un domaine – mental, prénatal, environnemental, social, industriel – où doivent s'exercer leurs services, suscitant par là l'ascension de nouveaux spécialistes secondaires: ceux qui savent faire aspirer le client aux services parcellisés, ceux qui conseillent, qui programment, qui orientent, qui protègent le consommateur de soins de santé.

La iatrocration des années soixante est ainsi menacée par une nouvelle biocratie multiforme, encore plus mutilante pour les gens. Fondations, organisations de volontaires et universités américaines collaborent pour importer ces nouveaux tuteurs en Amérique latine, en offrant bourses et cycles de formation. A cet égard, des gens comme le Dr Berhorst, au Guatemala<sup>10</sup>, ont droit à notre gratitude: il démontre que le monopole du médecin peut être récusé par des spécialistes compétents, non professionnalisés, sans que pour autant s'instaure une mutilante tutelle collective sur la vie.

Le troisième modèle de médicalisation de la santé, c'est la «formation à l'autoadministration des soins de santé» sous contrôle professionnel<sup>11</sup>. C'est en fait un effort pour mobiliser la population au service bénévole de la santé médicalisée. Les professionnels continuent à décider de ce qui constitue la déviance par rapport à la norme, ils sont maîtres du diagnostic qui classe le déviant et ils prescrivent ce qu'il convient de faire pour lui. Mais comme diagnostic et thérapie efficaces sont, dans leur ensemble, devenus très simples, l'exécution peut en être abandonnée au profane<sup>12</sup> – particulièrement si le profane est dûment habilité et ensuite surveillé sur le terrain. La transformation de tout un chacun en pourvoyeur de soins de santé, pour lui-même et les siens, laisse aux divers professionnels beaucoup plus de latitude de se consacrer à des choses moins fastidieuses, plus expérimentales. Cette professionnalisation du profane fait d'une pierre deux coups, puisqu'elle constitue en même temps une parade du professionnel à la perte de prestige et de pouvoir qu'entraînerait pour lui l'expansion d'authentiques mouvements communautaires autonomes, revendiquant le droit de décider quand et pourquoi ils veulent

<sup>7</sup> «La médecine vient tout juste de commencer en tant que science, elle en est encore à ses tout premiers débuts, juste sur le point d'émerger en tant que discipline cohérente», Thomas, Lewis, in *The New York Review of Books*, 16 septembre 1976.

<sup>8</sup> Nombre de textes récents étudient cette absence de corrélation. Pour l'Amérique latine, l'étude des relations entre l'état sanitaire et les services de santé a commencé tardivement. Voir Zschock, Dieter, «Health Planning in Latin America, Review and Evaluation», in *Lat. Am. Research Review*, V, No 3, automne 1970, p. 35 sq. Zschock écrit, p. 51: «...aucune des approches et des études citées n'a tenté d'isoler les effets qu'ont sur la santé les services de santé et ceux qu'ont les autres facteurs de l'environnement». Consulter aussi: Pan American Health Organization, *Health Research in Latin America*, Washington, WHO, 1973, 73 p., tables (Scientific Publ. 275); *Handbook of Lat. Am.*, 1975 (2246), rapport sur la recherche, principalement sur la recherche épidémiologique; Pan American Health Organization, *Health conditions in Lat. Am. 1969–1972*, Washington, WHO, 1974, 226 p.: la meilleure synthèse sur la morbidité et la mortalité.

<sup>9</sup> Bledstein, Burton J., *The culture of professionalism: The middle class and the development of higher education in America*, New York, Norton, 1976. Analyse bien documentée du processus selon lequel les Américains en sont arrivés à croire tout naturellement que les gens intelligents et modernes règlent leur comportement, public et privé, sur ce que leur dicte une autorité professionnelle. Ce processus, amorcé dès les années 1840, est amplement démontré par les textes, dans cette importante contribution à l'histoire du sujet.

<sup>10</sup> Berhorst, Carol, «The Chimaltenango project in Guatemala», p. 30–51, in Newell, Kenneth (éd.), *Health by the People*, World Health Organization, Genève 1975. Pour les textes sur la question, consulter Gish, Oscar (éd.), *Health, Manpower and the Medical Auxiliary: Some notes and Annotated Bibliography*, Londres, Intermediate Technology Development Group, 1971.

<sup>11</sup> New Human Services Institute, *Self-Help and Health: A report*, New York, Queens College/CUNY, 1976. Rapport de conférence fournissant une bonne introduction au sujet.

<sup>12</sup> Levin, Lowell, Katz, Alfred H., et Holst, *Self-care: Lay initiatives in health*, New York, Prodist (156 Fifth Ave., New York 10010), 1976. Rapport sur une conférence tenue au Danemark, avec 52 pages de bibliographie commentée. La prise en charge personnelle de la santé est une «occasion neuve... de renforcer encore plus les contributions des profanes en même temps qu'elle rend plus précise et responsable l'intervention de la spécialisation techno-professionnelle dans la santé».

les services d'un professionnel<sup>13</sup>. L'exemple en est la lutte entre les véritables mouvements de promotion de l'accouchement à domicile, où les parturientes sont assistées par des sages-femmes non homologuées, et les gynécologues qui veulent garder le contrôle de tout accouchement à domicile<sup>14</sup>.

Le quatrième modèle neuf de mainmise sur la santé, qui a été récemment proposé, est très différent des trois premiers. Ce modèle a pour fondement l'observation que, dans toute société, la santé et la maladie sont des fonctions de l'ordre social et de l'économie; que la santé ne dépend ni du volume de l'assistance médicale ni du type ou du niveau de développement du complexe des services professionnels à vocation sanitaire<sup>15</sup>. Dans cette quatrième perspective, la mauvaise santé est, avant tout, le reflet et le résultat du déséquilibre de la répartition des produits dans les sociétés, alimentation, biens industriels et services. La bonne santé résulte, selon cette définition, de la répartition équitable des biens et des services. Les tenants de cette opinion postulent que la bonne santé prévaudrait dans une société qui distribuerait équitablement ses produits. Ce quatrième modèle est une alternative radicale, mais il est généralement présenté sous une forme dangereusement incomplète.

La santé serait ainsi ce niveau de bien-être qui prévaut dans une société distribuant équitablement ses biens. Pour être raisonnable, cet idéal n'en est pas moins ambigu. Prôner l'équité sans préconiser l'austérité sociale, c'est préparer une «distopie» malsaine. L'utopie de la santé basée sur un dirigisme égalitariste – celui de la naissance à l'hôpital, des achats au supermarché, de la mort sous thérapie intensive – ne me semble ni réalisable ni attirante. L'abondance répartie de façon égale entre tous peut asphyxier les gens de façon tout aussi égale. Dès que l'abondance, aussi bien répartie soit-elle, dépasse un certain volume, l'intensité de la réaction personnelle face à l'environnement – ce qui est la santé – ne peut que décroître. Le résultat de la distribution équitable d'une abondance illimitée serait un asservissement égal à l'état de patient dans un hôpital à l'échelle de la planète. Pour cette raison, je ne puis considérer ce quatrième modèle

comme une alternative désirable, à moins que ne vienne le compléter le choix politique d'une austérité qui limite le PNB.

À mon sens, deux conditions doivent être remplies pour que, dans une société moderne, le niveau de la santé soit élevé:

1. que la société distribue équitablement ce qu'elle produit;
2. que la société produise juste assez des biens et des services nécessaires pour fournir équitablement aux gens les outils indispensables à l'exercice adéquat d'une action autonome.

Nous voyons dans la santé cette vitalité spécifique, toujours surprenante, qui est la manifestation d'une culture. Les cultures sont des programmes qui règlent les activités autonomes des gens. Le système industriel propage un ensemble de directives bureaucratiques pour la fabrication, la vente et la consommation de marchandises. Dans la mesure où ces directives freinent les activités autonomes, imposent des normes uniformes, contraignent à la consommation, apprennent à «attendre» la satisfaction, engendrent des besoins qui sont fonction de biens et de services fabriqués à cette intention, le système industriel crée toujours plus de nécessiteux<sup>16</sup> et exproprie la santé.

Cette conception de la santé ne part pas d'une définition des niveaux de santé pour ensuite spécifier des mécanismes d'action grâce auxquels la société atteindrait ces niveaux. Nous partons au contraire du postulat que la santé désigne l'intensité et le style de l'action autonome. L'intensité de l'action autonome dépend aujourd'hui d'un équilibre: l'importance relative que prennent, dans une société, la consommation de marchandises et la création de valeurs d'usage. Là où prédominent les marchandises et leur consommation, l'activité autonome sera faible<sup>17</sup>. Là où la production industrielle se limite principalement aux outils propres à l'action autonome, les niveaux de la santé seront élevés et certainement plus élevés que dans une société préindustrielle ou industrielle<sup>18</sup>. Cela, c'est ce que nous pouvons dire sur l'intensité de la santé; mais quant au style que prendrait la santé conviviale dans une société conviviale, nous ne pouvons en attendre que des surprises.

La propension à être surpris est, certes, limitée chez l'Oriental; les gens d'Europe et d'Asie sont particulièrement

<sup>13</sup> Dans une critique de *Levin* (voir ci-dessus), ce point est souligné par *Svenson, Norma*, Self-care, Boston, OBOS Collective (Box 192 W. Somerville, Mass. 02144).

Le grand manuel pour le villageois mexicain décidé à piller les secrets professionnels des soins de santé est l'ouvrage de *Werner, David*. *Donde no hay doctor*, México, Editorial Pax (Calle Rep. Argentina 9), 1975.

<sup>14</sup> Pour une orientation sur cette tension à l'intérieur du «self-help» en relation à un vaste éventail de conditions, voir: *Popenoe, Cris*, *Wellness: The Yes!* Bookshop Guide. New York, Random House, 1977.

<sup>15</sup> *De Kadt, Emanuel*, *Inequality and Health*, ronéotypé, University of Sussex, janvier 1975. «Les idéologies professionnelles qui font porter leurs efforts sur le maintien d'un haut niveau de soins médicaux font se perpétuer un système de santé qui néglige les besoins simples du plus grand nombre pour se concentrer sur les conditions complexes et coûteuses d'une minorité» (texte original en espagnol, *Salud y bienestar*, Santiago du Chili, 1973).

<sup>16</sup> *Leiss, William*, *The Limits to Satisfaction: An Essay on the Problem of Needs and Commodities*, Toronto, Toronto University Press, 1976.

<sup>17</sup> *Illich, Ivan*, *Equity in Useful Unemployment and its Professional Enemies*, Cuernavaca, Tecno-Politica, No 77/4 P.O. Box 479, Cuernavaca, Mexique. Trad. française: *Le chômage créateur et ses ennemis professionnels*, Paris, Ed. du Seuil, 1977.

<sup>18</sup> *Boyle, Godfrey et Harper, Peter* (éd.), *Radical Technology*, Londres, Wildwood House et New York, Pantheon, 1976. Voir p. 6–9 et 268 pour une explication succincte du concept, et p. 268–296 pour une liste commentée de textes. Pour une autre liste de publications américaines, moins sélective mais bien commentée: *DeMoll, Lane* et les éditeurs de «Rain», *Rainbook: Resources for Appropriate Technology*, New York, Schocken Books, 1977.

rement incapables d'imaginer que haute civilisation et faible consommation d'énergie puissent coïncider. Cette myopie procède peut-être d'un trait commun à l'histoire de chacun des pays du monde eurasiatique: les hautes civilisations ne s'y sont jamais développées qu'après la découverte de technologies capables de concentrer l'énergie. De la Mésopotamie au Honan, de l'Égypte à la vallée de l'Indus, l'urbanisation a coïncidé avec la domestication des bêtes de somme, avec l'emploi de la roue et la fonte des métaux d'où sortirent charrues et glaives. En ces régions, haute culture et concentration de l'énergie sont toujours allées de pair. Mais il n'en fut pas ainsi au Mexique<sup>19</sup>. Tenochtitlán est devenue une métropole sans que les Aztèques connussent le bœuf ou le cheval ou les outils de métal. Au Mexique, la haute culture, l'empire, l'astronomie, la médecine expérimentale, tout cela a précédé les nouveaux matériaux, les sources d'énergie, les machines. Equipés de la hache de pierre néolithique, du couteau d'obsidienne et du bâton-plautoir, les Aztèques imposèrent le tribut à un vaste territoire. Ils n'ignoraient pas le principe de la roue, mais l'utilisation de celle-ci était tabou, sauf pour déplacer idoles et poupées. Leur calendrier correspondait plus étroitement à l'année solaire que celui de Babylone ou celui de la réforme grégorienne. D'une écriture pictographique, puis idéographique, ils sont arrivés à un alphabet phonétique, leur céramique eut peu d'égaux dans le monde, ils avaient déjà une caste de philosophes s'opposant à la caste des prêtres, et cependant leur pouvoir était fondé plus sur leur style de vie que sur leur outillage. Ce genre de haute culture, qui bâtit sa puissance sur la faiblesse, est uniquement propre au Nouveau-Monde: je ne lui connais pas d'équivalent dans l'Eurasie.

Dans ce monde, où la puissance avait pour fondement l'acceptation réaliste de la faiblesse, le but de tout homme était de se faire un visage. Cela signifiait devenir *tel* homme, tel «cœur» inimitable. Le moyen d'atteindre ce but, c'était la poésie. Une expression désignait la poésie: «la fleur et le chant». Et les chants des Aztèques sont imprégnés d'une étrange tristesse:

...Ce n'est que sur cette terre que dureront  
l'odorante fleur

et les chants qui font nos délices  
Goûtons-les à jamais.

Etre vraiment vivant, c'est se conquérir un visage et un cœur et chanter la vie qui disparaît. Voici comment le dit un *Codex*<sup>20</sup>:

...Le médecin, le vrai médecin  
est un poète (un sage)  
il impartit la vie... son avis a été  
éprouvé par l'expérience, il tend un miroir  
avant que les autres

se composent une sage contenance.

Le faux médecin rend les choses confuses  
Il détruit les visages, il fait perdre aux autres  
leur visage.

S'éveiller à la vie signifiait, pour le philosophe aztèque, vibrer à la contemplation de la fragilité de cette vie. Mais ce n'était pas seulement chaque vie qui était à tout instant menacée; la survie du monde était constamment en jeu.

Les Aztèques avaient appris des Toltèques que trois soleils avaient précédé celui qui fait maintenant mûrir le maïs. Et chacun de ces soleils avait eu une fin: l'un dans le feu, l'un dans l'inondation et le troisième dans un tourbillon de singes. Le quatrième soleil qui brille à présent – avaient-ils appris – se terminerait dans le signe même où il existe, le signe du mouvement: Ollin. Mais Ollin signifie à la fois mouvement et tremblement de terre, c'est-à-dire à la fois ce qui est et ce qui tremble et s'écroule. La conscience aztèque de l'existence correspondait bien à l'époque d'Ollin, Ollin-Tonatiuh. Le glyphe cruciforme d'Ollin s'inscrit au centre de la roue du calendrier<sup>21</sup>.

La société était organisée pour maintenir vivant ce quatrième soleil. La chirurgie sacrée le nourrissait de sang. Ce n'était pas la force armée, mais l'éblouissant pouvoir du chant, de la poésie, de la sculpture et du combat cérémoniel qui rassemblait les victimes. Le captif pris au filet était accueilli comme un «fils bien-aimé», et il saluait celui qui s'était emparé de lui du nom de «vénérable père». Peut-être cette évocation aidera-t-elle les gens accoutumés au caractère vénal et en même temps «gratuit» de l'acte chirurgical – mastectomie, hystérectomie ou transplantation cardiaque – à percevoir les différences de *style* entre les gratte-ciel de la chirurgie moderne et les pyramides de Tenochtitlán. Peut-être l'antithèse radicale aurait-elle été plus accessible à l'Aztèque qu'elle ne l'est à l'esprit eurasiatique. Les Aztèques vécurent en contemplant la fin de leur soleil, la fin de leur style d'«être».

Des témoignages nous sont parvenus sur la façon dont les Nahuas affrontèrent la fin de leur monde. L'un relate une scène qui se déroula dans le monastère que les Franciscains avaient élevé dans les deux années qui suivirent la Conquête. Les Espagnols y avaient rassemblé les derniers grands-prêtres et philosophes qui avaient survécu. Pendant des heures, les frères haranguèrent les nobles. Lorsque le sermon fut terminé, et avant qu'on lâchât les chiens, un Mexicain se dressa et dit avec une «aimable urbanité», comme le souligne le texte:

...«Mes seigneurs, mes très respectés seigneurs  
vous avez subi de grandes tribulations pour venir céans  
nous dire que nos dieux sont morts. Lors où nous en  
irons-nous, nous qui sommes mortels? Puisque nos  
dieux sont morts, laissez-nous sombrer avec eux.»

Les Espagnols étaient arrivés. Ils avaient apporté la

<sup>19</sup> Leon Portilla, Miguel, De Teotihuacán a los Aztecas, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1972, particulièrement p. 26–27.

<sup>20</sup> Códice Martinense de la Real Academia, VIII, fol. 118.

<sup>21</sup> Soustelle, Jacques, Des Aztèques à la veille de la conquête espagnole, Paris, Hachette, 1965.

«salud»: santé et salut roulés l'un dans l'autre. Le quatrième soleil s'était évanoui. Un monde était arrivé à sa fin. C'était encore un style de vitalité, celui du «chant et de la fleur» qui avait disparu.

Lorsque Cortès avait débarqué, en 1519, environ vingt-cinq millions de personnes peuplaient le territoire de l'actuelle république du Mexique<sup>22</sup>. Le modèle de santé qui faisait vivre ces populations était lié à la survie du soleil. Les Espagnols avaient apporté la «salud» qui était liée à la survie des plus forts: les grands et les riches. Peu d'Indiens survécurent à la substitution de ce modèle de santé au leur. En 1608, le recensement colonial en dénombrait à peine 1 million. La guerre, la variole et la servitude peuvent expliquer cet abrupt déclin. Mais ces causes ne peuvent expliquer pourquoi, en trois cents ans de santé coloniale, la population mexicaine n'est même pas remontée à la moitié de son chiffre d'avant la Conquête<sup>23</sup>. Pour comprendre l'époque de la santé métisse, nous devons examiner les actes d'un gouvernement qui n'est plus lié à la survie du soleil.

Les paysans espagnols introduisirent la vache et le cheval. Pour la première fois l'homme n'était plus le seul grand mammifère à se repaître de la fragile et rare végétation du tropique. Les missionnaires espagnols arasèrent les temples qui avaient préservé pour chaque vallée un rythme différent des plantations, et ils oblitérèrent l'ancien calendrier – tout au moins, autant qu'ils le purent<sup>24</sup>. Des tribunaux espagnols furent instaurés pour protéger les Indiens de l'asservissement, aux Espagnols et au Diable. En réalité, ils tranchèrent leurs racines: ils persécutèrent cruellement les Indiens qui revenaient à leurs moyens traditionnels de protection de la santé: les chants, les simples et les poteries zoomorphes<sup>25</sup>. L'Indien sombra dans ce nouveau régime salvateur.

Peut-être attendez-vous que j'ajoute moi-même un nouveau modèle de la santé, un «Leitbild», à ceux qui ont déjà cours chez les futurologues. Mais je ne le ferai pas. Je me refuse à définir le contenu d'une santé qui serait désirable pour d'autres. Je me refuse à définir la santé comme un objectif qui peut être fixé par un tiers. Je propose, au lieu de cela, que nous entendions la leçon de Netzahualcoyotl, le prince-poète de Cuautla, la ville des fleurs: reconnaissons la fragilité de notre soleil.

#### Résumé<sup>1</sup>

Le Centre de documentation interculturelle (CIDOC) de Cuernavaca, au Mexique, se préoccupe depuis des années de l'évolution de notre société, en particulier du monopole que tendent à s'assurer dans le monde entier les modèles industriels et professionnels développés par la civilisation occidentale. Un des aspects de ce monopole est la dépendance croissante des gens à l'égard de services fournis par d'autres. Le CIDOC a exploré comment les individus pourraient se passer du diagnostic et de la thérapie fournis par les professionnels, dans le domaine médico-sanitaire et, de façon similaire, dans d'autres domaines comme l'instruction publique, l'administration, etc. Est issu de ses travaux le concept de «société conviviale».

Dans cet article, l'auteur discute le contraste entre la forme moderne de «santé médicalisée» et la vision de la santé dans les grandes civilisations amérindiennes avant la conquête espagnole. Elle souligne une cohérence profonde entre cette dernière et la conception d'une santé rationnellement et radicalement déprofessionnalisée.

Dans chaque culture prévaut un style différent de vitalité, de souffrance, et par conséquent de santé. Mais le modèle médical (occidental) des soins de santé a colonisé l'une après l'autre les images du bien-être qu'il a rencontrées, images qui depuis lors «sentent les antiseptiques et les salles d'hôpital». Cette nouvelle santé, qui est devenue un droit, elle s'organise et se distribue, comme l'instruction, l'emploi ou les transports.

A l'heure qu'il est, différentes approches professionnelles mettent en question le monopole des médecins sur la définition de la santé: celle des enseignants et chercheurs médicaux (par opposition aux praticiens); celles des nouvelles professions de la santé; celle de l'autoadministration des soins de santé (self-care) sous contrôle professionnel; une quatrième, fondée sur l'observation que santé et maladie sont des fonctions de l'ordre social et de l'économie, et qui recherche donc en priorité une répartition équitable des biens et des services.

Mais il est malsain, dit l'auteur, de prôner l'équité sans l'austérité sociale. A son avis, deux conditions doivent être remplies pour qu'une société moderne atteigne un niveau de santé élevé:

- qu'elle distribue équitablement ce qu'elle produit
- qu'elle produise juste assez des biens et des services nécessaires

Nous avons beaucoup de peine à imaginer que haute civilisation et faible consommation d'énergie puissent coïncider. Il est vrai que, en Europe et en Asie depuis les temps anciens, culture et concentration de l'énergie sont allées de pair. Tel n'a cependant pas été le cas, par exemple, dans le Mexique des Aztèques. Le Nouveau-Monde a connu des civilisations qui ont «bâti leur puissance sur la faiblesse». Chez elles, le but de tout homme était de se faire un visage, de devenir tel «cœur» inimitable. Lorsqu'est intervenu le style de vitalité des Conquistadores, celui du «chant et de la fleur» a disparu. Peu d'Indiens survécurent à la substitution du modèle de la santé («salud») hispanique au leur. Lorsque Cortès a débarqué, environ 25 millions de personnes peuplaient le territoire de l'actuel Mexique. Moins d'un siècle plus tard, il en restait à peine un million. Dans sa conclusion, l'auteur ne suggère pas de nouveau modèle, se refusant à définir le contenu d'une santé qui serait désirable pour d'autres. Elle propose simplement la maxime d'un poète aztèque: reconnaissons la fragilité de notre soleil.

<sup>1</sup> Les résumés ont été préparés par la Rédaction.

<sup>22</sup> Les premiers à entreprendre des recherches sur la démographie historique de la Conquête furent *Cook, Sherburne F., et Simpson, B., The Population of Central Mexico in the 16th Century*, Berkeley, Univ. of Cal. Press, 1948. Ils fixaient, pour 1519, le chiffre de la population à 11 millions, et leurs conclusions furent sévèrement critiquées, dans les années quarante et cinquante, parce qu'elles indiquaient une chute trop abrupte de la population. *Borah, Woodrow, et Cook, S. F., à partir des registres des églises et documents du même genre calculent pour 1532 un chiffre de population de 16,9 millions, comparé à celui de 1519 qui se situait entre 22 et 28 millions.*

<sup>23</sup> *Miranda, José, «La población indígena de México en el siglo XVII in Historia de México, V, 12, octobre-décembre 1962, p. 182–189, montre qu'il y eut un certain redressement entre 1644 et 1692. Lopez Sarrelangue, Delfina, Población indígena de la Nueva España en el siglo XVIII, donne des chiffres pour le XVIIIe siècle.*

<sup>24</sup> C'est ce qu'a montré *Wolf, Eric, Sons of the shaking earth*, Chicago, University of Chicago Press, 1959.

<sup>25</sup> Pour une ample documentation sur les interrelations entre les pratiques médicales et paramédicales espagnoles et indigènes, principalement fondée sur les minutes du Tribunal de l'Inquisition, voir: *Aguirre Beltran, Gonzalo, Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial, México, Fondo de Cultura Económica, 1963.*

## Summary

### The Inverse of Managed Health

The Center for Intercultural Documentation (CIDOC), in Cuernavaca, Mexico, has been studying for years the evolution of our society, in particular the monopoly which the industrial and professional models developed in the West tend to impose in the entire world. One aspect of this monopoly is the increasing dependency of people on services provided by others. CIDOC has explored how people could do without the professional diagnosis and therapy of their needs, for health care as well as in other fields like education, management, etc. The concept of a convivial society has grown out of this work.

In this article, the author contrasts the modern form of "medicalized health" with the conception of health in the great Amerindian civilizations before the Spanish conquest. She underlines the profound coherence between the latter and the view of a rationally and radically deprofessionalized health.

In each culture prevails a different style of vitality, of suffering, and therefore of health. But the medical model (of the West) has colonized everyone of the images of wellbeing that it has encountered, images which now "smell of antiseptics and hospital wards". This new health, which has become a right, is a commodity that can be managed and delivered, as are education or employment or transportation.

Today, several distinct professional approaches are challenging the monopoly of physicians over the definition of health: the one of the medical teachers and scientists (as opposed to the practitioners); the one of the new health professions; the one of "education for self-care" under professional control; a fourth one, based on the observation that health and disease in any society are correlates of the social order and of the economy, which therefore aims above all at an equitable distribution of goods and services.

But it is unhealthy, says the author, to commit oneself to equity without social austerity. To her mind, health will be high in a modern society when two conditions are met:

- when society distributes equitably what it produces,
- when it produces just barely as much goods and services as are needed.

We usually have much difficulty in imagining that high culture and low energy use could coincide. It is true that, in Europe and Asia since old times, culture and energy concentration went together. But this was not so with the Aztecs in Mexico. The New World knew civilizations which "built power on weakness". With them, the goal for each man was to shape his face, to become this inimitable "heart". When the Conquistadores' style of vitality arrived, the one of "song and flower" disappeared. Few Indians survived the replacement of one model of health by the other (the Spanish "salud").

When Cortez landed, about twenty-five million people lived on the territory of today's Mexico. Less than a century later, barely one million were left.

In her conclusion, the author does not suggest a new model, refusing to define the content of health that ought to be desirable for others. She proposes instead the maxim of an Aztec poet: that we recognize the fragility of our sun.

### Zusammenfassung

#### Das Gegenteil der verwalteten Gesundheit

Das Center für interkulturelle Dokumentation (CIDOC) in Cuernavaca, Mexiko, beschäftigt sich seit Jahren mit der Entwicklung unserer Gesellschaft, vor allem mit der weltweit fassenden Mono-

polstellung der industriellen und professionellen Kreise im Westen. Ein Merkmal dieses Monopols ist die wachsende Abhängigkeit des Menschen von Dienstleistungen durch andere. CIDOC untersucht Möglichkeiten, wie die Menschheit auf professionelle Diagnose und Therapien verzichten könnte. Solche Untersuchungen werden nicht nur im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen, sondern auch in anderen Bereichen, wie zum Beispiel im Erziehungswesen, Verwaltung usw. betrieben.

In diesem Artikel diskutiert die Autorin den Unterschied zwischen der modernen Form der «medikalisierten» Gesundheit und der Gesundheitsauffassung während der grossen amerikanischen Zivilisationen vor der spanischen Eroberung.

Sie betont den engen Zusammenhang zwischen der vorerwähnten Auffassung und einer radikal entprofessionalisierten Gesundheit.

Jede Kultur zeichnet sich durch eine besondere Art von Lebensfreude, Leiden und der daraus resultierenden Gesundheit aus. Allerdings hat sich die westliche Auffassung von Wohlbehagen nach und nach durchgesetzt, eine Auffassung, die «nach Antispektikum und Spitalern riecht». Diese «neue Gesundheit», welche sich zu einem Recht entwickelt hat, wird wie eine Ware organisiert und geliefert, wie auch Bildung, Transportdienste usw.

Zurzeit versuchen verschiedene Berufsgruppen die Monopolstellung der Ärzte in bezug auf die Definition der Gesundheit in Frage zu stellen:

- Lehrer der Medizin und Wissenschaftler (in Opposition zu den Praktizierenden)
  - neue, medizinische Berufsgattungen
  - Selbstversorger (self-care) unter ärztlicher Kontrolle
- und nicht zuletzt eine vierte Gruppe, welcher das Prinzip zugrunde liegt, dass Gesundheit und Krankheit in jeder Gesellschaft Folgen der sozialen und wirtschaftlichen Ordnung sind. Diese Gruppe strebt vor allem eine gerechte Verteilung der Güter und der Dienstleistungen an.
- Damit eine moderne Gesellschaft ein gehobenes Niveau im Gesundheitswesen erlangt, müssen folgende zwei Bedingungen erfüllt sein:
- gerechte Verteilung der Produktionsgüter
  - sparsame Abstimmung der Produktion und der Dienstleistungen auf den effektiven Bedarf

Gewöhnlich fällt es uns sehr schwer, eine hochentwickelte Zivilisation mit nur schwachem Energieverbrauch in Einklang zu bringen. Es stimmt allerdings, dass sich in Europa und Asien seit dem Altertum der Energieverbrauch parallel zur Entwicklung der Zivilisation gesteigert hat. Dies war aber nicht der Fall bei den Azteken in Mexiko.

Die Neue Welt hatte Zivilisationen hervorgebracht, welche «Macht auf Schwäche» aufgebaut haben: In einer solchen Gesellschaft hatte jedermann das Ziel, «sich selbst zu werden».

Mit dem neuen Lebensstil der Eroberer verschwand derjenige von «Gesang und Blumen». Nur wenig Indianer überlebten die neue Gesundheitsauffassung, welche nach und nach die einheimische ersetzte (das spanische «salud»).

Als Cortez landete, lebten ungefähr 25 Millionen Menschen im heutigen Mexiko. Weniger als ein Jahrhundert später lebten kaum noch 1 Million.

Die Schlussfolgerungen enthalten weder Definitionen über eine wünschenswerte Gesundheit für andere noch Vorschläge für ein neues System. Die Autorin macht lediglich auf den Ausspruch eines aztekischen Poeten aufmerksam: «Erkennen wir die Zerbrechlichkeit unserer Sonne.»