

Le partenariat Nord-Sud en santé publique : de la sociologie « positive » dans un monde entrechoqué

Laurence FOND-HARMANT
Anta TAL DIA

Comment améliorer les compétences nécessaires au développement des systèmes de santé des pays du Sud ? Comment prendre en compte les évolutions du monde, les besoins, les attentes et les aspirations des populations ? Comment mieux intégrer l'approche des tradi-praticiens au système de santé des pays du Sud afin d'asseoir de nouveaux dispositifs, dans une perspective d'amélioration collective ? Élaborer des partenariats Nord-Sud en Santé publique, c'est intégrer la logique du transfert de compétences et des savoirs dans des contextes asymétriques. En effet, les pays du Nord se caractérisent par l'accroissement de l'espérance de la vie, la diminution des maladies transmissibles, de meilleures performances du système de santé. De fait, les partenariats ne peuvent se mettre en place sans prise en compte des problématiques de santé publique et des objectifs internationaux des programmes de prévention et de promotion et de la santé. À partir d'un cadre de référence sociologique, nous proposons des éléments pour une réflexion interculturelle. Il porte d'une part sur la validité et la pertinence des transferts de compétences et, d'autre part, sur les conditions de sa mise en œuvre.

Point de vue micro-sociologique

D'un point de vue micro-sociologique, il s'agit de s'interroger sur la pertinence des modèles conceptuels dans les pays du Nord utilisés pour améliorer la santé des populations des pays du Sud. En Europe et aux USA, les grands concepts de santé publique portent sur « l'organisation du système de santé » avec tous ses éclairages sociologiques, politiques, épidémiologiques, économiques... Depuis 1986 et la charte d'Ottawa (OMS, 1986), ils englobent également la dimension « promotion pour la santé » et « éducation à la santé et éducation thérapeutique du patient ». En revanche, dans les pays du Sud, du fait d'un contexte social plus précaire et plus défavorisé, la stratégie de « soins primaires » est prioritaire. Elle seule est au cœur du dispositif. On parle là « de santé et de développement ». Au Nord, les deux notions de « promotion pour la santé » et « éducation à la santé et éducation thérapeutique du patient » renvoient aux politiques publiques et aux rôles de l'État en tant que décideur. L'analyse du système de santé des pays du Nord est éclairé par la démarche théorique de Crozier relative aux organisations, à leur fonctionnement et aux jeux sociaux inégaux. Crozier et Friedberg (1977) étudient comment des individus rationnels agissent à l'intérieur des organisations caractérisées par des relations de pouvoir. L'éducation pour la santé insiste sur la nécessité de travailler à la mise en place d'un apprentissage au bien-être et à une vie saine. Organisée collectivement, elle doit prendre en compte les logiques individuelles, les stratégies, les jeux et des enjeux de chaque acteur. Mais l'éducation pour la santé implique aussi des compétences psycho-sociales, d'*empowerment* comme vecteurs de l'autonomie des sujets. Dans les sociétés occidentales, « la santé » est devenue une des valeurs centrales²⁸ et conserver sa santé en faisant du sport, des régimes, en modifiant ses habitudes alimentaires et son hygiène de vie constitue un ensemble de normes de vie superposées aux normes établies par la médecine. De nombreux pays du Nord sont passés maintenant d'un système de soin à un système de santé (Perrin, 1993) avec des politiques de prévention (vaccins, campagnes de dépistage...). Les politiques de santé publique et les systèmes de couverture sociale, d'assurances obligatoires, de sécurité sociale, de gratuité de soins ont favorisé ce passage et les personnes n'attendent pas d'être malades pour consulter.

Avec des partenariats Nord-Sud, avec le transfert de compétences, de savoir et de savoir faire, s'impose la prise en compte d'une multiplicité de situations. En effet, s'entremêlent tout à la fois un monde scientifique, académique, médicalisé, théorisé, techniquement avancé et une culture

²⁸ Avec l'éducation...

plutôt orale, où la tradition, la religion, nécessitent d'autres approches de la santé et de la santé publique (Sinzingré, 1985). Historiquement, le monde de la science représente le colonisateur dominant et Goudineau (1991) montre que les sociétés colonisées par les Européens n'étaient pas spontanément demandeuses de ce développement. Aujourd'hui, dans le processus de partenariat, nous sommes en présence de deux contextes qui coexistent : savoirs académiques institutionnalisés *versus* savoirs non homologués.

En fait, la logique scientifique et les logiques sociales coexistent. On observe un métissage des valeurs culturelles en présence. Cela produit des situations où, pour les populations en Afrique, sur un même territoire, deux espaces sociaux co-fonctionnent, l'espace traditionnel et l'espace moderne. On observe des comportements de santé de populations hybrides qui consistent à glisser d'un espace à l'autre en fonction de l'offre de soins, de la forme de prise en charge et de l'évolution de la maladie. Comment organiser le pont entre ces deux manières entremêlées d'envisager la santé et la maladie ?

Du point de vue microsociologique et anthropologique, il s'agit d'essayer de cerner les passerelles conceptuelles permettant le transfert des compétences et le développement des ressources humaines pour faire avancer efficacement les pays du Sud. La charte d'Ottawa (OMS, 1986) puis la charte de Bangkok (OMS, 2005) plaident pour la construction de « conditions favorables au bien-être physique et mental et à la santé ». Comment cela peut-il concerner les populations des pays du Sud ? Depuis plus de 50 ans, l'OMS défend le concept d'une « santé pour tous ». Quelles réponses conceptuelles et méthodologiques considérer pour construire les liens fédérateurs nécessaires aux deux cultures ? Comment articuler les concepts de « santé publique » et de « santé et développement » pour élaborer un processus de régulation plus équitable du monde ? Il s'agit d'adopter une démarche qui se fonde sur l'histoire passée, ne reniant pas l'existant et ouverte sur le XXI^e siècle. Quels sont les critères permettant d'élaborer une démarche inter-culturaliste pertinente qui tienne compte des deux formes de culture qui s'entremêlent ?

Point de vue macro-sociologique

D'un point de vue macro-sociologique s'ajoutent d'autres éléments de complexification de la problématique du partenariat Nord-Sud en santé publique.

De nombreuses instances « charnières » administrent le système économique et la grande transformation du monde en cours de mondialisation. Les choses ont commencé progressivement avec le

processus de décolonisation, il y a environ 60 ans. Le G8²⁹, l'OMC³⁰, le FMI³¹, la Banque mondiale³², l'ONU³³ et la CPI³⁴ constituent le système supranational de la nouvelle gouvernance. Ces instances publiques sont parties prenantes des infrastructures de la mondialisation. L'évolution observée va de pair avec une relative dénationalisation de certaines institutions traditionnelles de l'État. Une partie significative de l'action publique se détourne de projets nationaux pour s'investir dans la promotion de projets globaux. Dans cette démarche, ces institutions n'y perdent pas en influence et la mondialisation économique est dominante. La politique d'ajustement structurel repose sur la suprématie économique néo-libérale et sur les politiques des pays riches qui dominent la prise de décision dans ces institutions. Le résultat n'est pas très équitable. En 2003, selon les indicateurs de la Banque mondiale, lorsque le PIB *per capita* est de 37 339 \$ pour les 20 pays les plus riches, il est seulement de 267 \$ pour les 20 pays les plus pauvres (Figure 1).

« Les pays riches deviennent de plus en plus riches tandis que les nations les plus démunies se retrouvent aux prises avec une pauvreté qui sape complètement leur niveau de santé » (Labonte, 2006).

²⁹ Fondé en 1975, il regroupe les 8 pays les plus riches (G5, puis G7 en 1976, puis G8 en 1997).

³⁰ Organisation mondiale du commerce, fondée en 1995. Cette organisation fournit le cadre de négociation entre les pays sur les règles de commerce international.

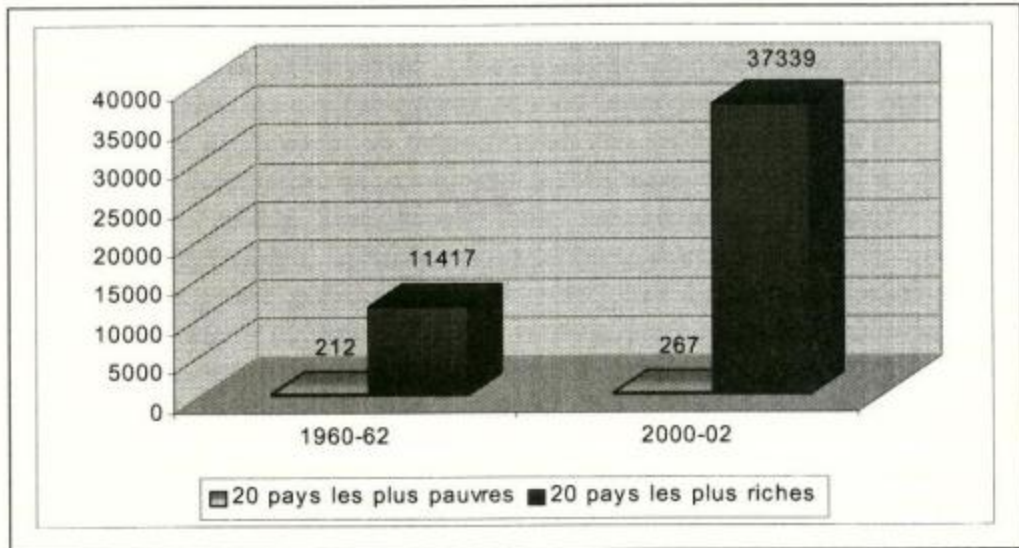
³¹ Fonds monétaire international, fondé en 1945. 184 États membres

³² Fondée en 1945, 184 États membres.

³³ Organisation des Nations unies, fondée en 1945, elle succède à la SDN (Société des Nations). 192 États membres. Elle cherche l'intérêt commun supérieur aux intérêts nationaux. Tous les États ne sont pas égaux, seuls cinq pays ont un pouvoir supérieur en siégeant au conseil de sécurité : Chine, États-Unis, France, Grande Bretagne et Russie.

³⁴ La Cour pénale internationale de La Haye, fondée en 1998. Elle complète les systèmes judiciaires nationaux et agit comme instance de régulation mondiale.

**Figure 1 : PIB *per capita* en dollars US,
20 pays les plus pauvres, 20 pays les plus riches
(Labonte, 2006)**



Source : Indicateurs en ligne de la banque mondiale, 2003

Depuis la naissance de l'OMC en 1995, les accords commerciaux ne font pas que réduire les barrières douanières et tarifaires. Ils limitent ainsi la flexibilité des politiques des gouvernements nationaux, de telle manière qu'à terme, la santé publique de ces pays est en péril. D'un côté, les inégalités et la pauvreté augmentent et, de l'autre, décroissent les dépenses sanitaires et sociales (O'Brien, 2002). Dans ce processus de reconfiguration du monde, malheureusement l'OMS n'occupe pas de position forte et soutenue. Les chartes d'Ottawa en 1986 (OMS) et de Bangkok en 2005 (OMS) portant sur la promotion de la santé et l'éducation pour la santé ne sont pas de véritables références pour les pays du Sud. Les grandes logiques bio-sociales d'une bonne santé fondées sur la création de milieux favorables, l'acquisition d'aptitudes individuelles, le renforcement de l'action communautaire, l'élaboration d'une politique publique saine et la réorientation des services de santé ne semblent pas atteindre les pays du Sud.

De plus, avec cette cartographie du nouvel ordre mondial, les problèmes du manque d'éducation des populations sont loin d'être résolus. L'analphabétisme ne recule que lentement : 137 millions de jeunes de 15 à 24 ans demeurent illettrés, dont 50% en Asie du Sud et de l'Ouest et 30% en Afrique subsaharienne (source OCDE). Par ailleurs, dans ce monde contrasté, lorsque l'accès à l'éducation a été possible, un autre phénomène s'observe : la fuite des cerveaux. En 1990 déjà, l'OCDE estimait à 13

millions le nombre de travailleurs qualifiés migrants originaires des pays en voie de développement dont 7 millions aux USA et 6 millions dans le reste de l'OCDE. En Afrique subsaharienne, les travailleurs qualifiés représentent à peine 4% de la population en âge de travailler mais 40% des émigrés. L'Afrique aurait perdu plus de 60 000 spécialistes (médecins, professeurs d'Université, ingénieurs...) entre 1985 et 1990, soit une moyenne de 20 000 personnes chaque année.

S'agissant de l'un des déterminants de la santé, la progression de l'espérance de vie présente des évolutions contradictoires. L'espérance de vie reste modeste au niveau mondial, elle est de 67 ans en moyenne. Mais elle a considérablement augmenté. La population a gagné plus de 20 ans d'espérance de vie ces cinquante dernières années, soit près de 5 mois d'espérance de vie en plus chaque année. Toutefois, de fortes disparités persistent (26 ans en Sierra Leone contre 74 ans au Japon). Les pays d'Afrique du Nord, les pays du Moyen-Orient, l'Indonésie, le Vietnam et deux pays d'Amérique latine sont ceux où l'espérance de vie à la naissance des hommes a augmenté de plus de 10 ans entre 1978 et 1998. En revanche, il existe de nombreux pays à l'extrême est de l'Europe, où l'espérance de vie à la naissance des hommes a régressé entre 1978 et 1998.

Par ailleurs, heureusement, des travaux montrent que des progrès ont régulièrement été accomplis vers l'édification d'une base solide quant à l'efficacité de la promotion de la santé, au cours des 20 dernières années (UIPES, 2000). Les connaissances acquises nous permettent de comprendre la relation entre le mode de vie des populations, leurs situations sociales et économiques, leurs conditions de vie et leur état de santé. Grâce à ces travaux, nous comprenons comment modifier les déterminants personnels et structurels de la santé. Nous savons que c'est sur le levier sociologique et systémique qu'il faut agir. Nous ne sommes pas seulement dans une logique bio-médicale mais dans une approche bio-sociale de la santé qui nous permet d'adhérer à un courant humaniste de la promotion de la santé et pour la recherche de son efficacité. Mais l'épisode mondialisé et contrasté de l'histoire de la planète, dressé plus haut, invite à poser un regard critique sur la notion de « transfert de compétences du Nord vers le Sud », sur la place des sciences sociales et sur leur nouvelle articulation en santé publique.

Une approche sociologique

Une manière différente de poser les problématiques s'offre à nous. « Transférer des compétences en santé publique du Nord vers le Sud », n'est-ce pas prendre en compte les contextes qui ne sont plus ceux du XX^e

siècle ? Ne faudrait-il pas avoir recours à d'autres concepts et méthodes adaptés au monde d'aujourd'hui et de demain ?

L'étude de la santé, de la maladie et de la santé publique renvoie à des interrogations qui sont universellement valides : le rapport au corps, le sentiment religieux, les croyances, l'interaction entre l'individu et le social, l'organisation sociale... En revanche, les réponses sont parfois différentes selon les sociétés.

« Ainsi en Occident comme en Afrique, l'interprétation que les sujets ont de la maladie et les motifs qui sous-tendent les recours thérapeutiques nous semblent largement déborder le système strictement médical et mettre en jeu à la fois des systèmes de pensées et de représentation du réel, que le travail d'anthropologue doit s'attacher à étudier et à décoder » (Goudineau, 1991).

Il existe indéniablement des cohérences plurielles entre les représentations du corps et de la maladie et les représentations des pratiques thérapeutiques. La façon dont la maladie est vécue et expliquée détermine la façon dont elle est combattue, ou dont elle doit l'être, dans un contexte social donné. La médecine, l'institution médicale font partie d'un système de pensée : elles sont l'un des sous-systèmes constitutifs d'une culture, étroitement liée aux autres.

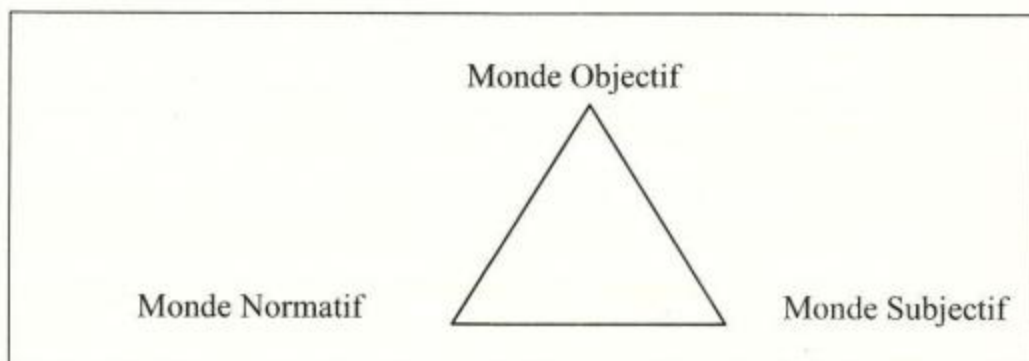
Le « partenariat Nord-Sud » est fortement influencé par un processus continu de négociation et d'ajustement. Les conditions de réalisation favorables à un projet de bi-polarité Nord-Sud vont consister à créer un espace de communication exempt de domination. Dans sa théorie de l'action communicative, Jürgen Habermas (1987) oppose l'agir stratégique, par lequel un individu tente d'influencer les comportements des autres, à l'agir communicationnel par lequel des individus cherchent à se mettre d'accord sur l'analyse d'une situation et la conduite à tenir. Dans le premier cas, il y a domination ; dans le second cas, il y a détermination rationnelle de l'intérêt commun aux acteurs. Transposé au niveau de la société, cela ouvre la perspective de la création d'un espace scientifique et humain d'où doit émerger un consensus démocratique continu d'échange. Jürgen Habermas propose que, dans les actions communicatives, les acteurs sociaux s'entendent sur une ligne de conduite à tenir : cette entente est fondée sur le triptyque d'arguments « objectif-normatif-subjectif » issus de l'expérience humaine (Figure 2).

Pour le sociologue, l'agir communicationnel doit articuler ces trois mondes :

1. le monde objectif de la connaissance scientifique,

2. le monde normatif qui prescrit des formes d'interactions reconnues comme légitimes dans des contextes spécifiques,
3. le monde subjectif, celui des individus, composé des désirs, des émotions, des projets, des trajectoires de vie.

Figure 2 : L'agir communicationnel et le triptyque de J. Habermas

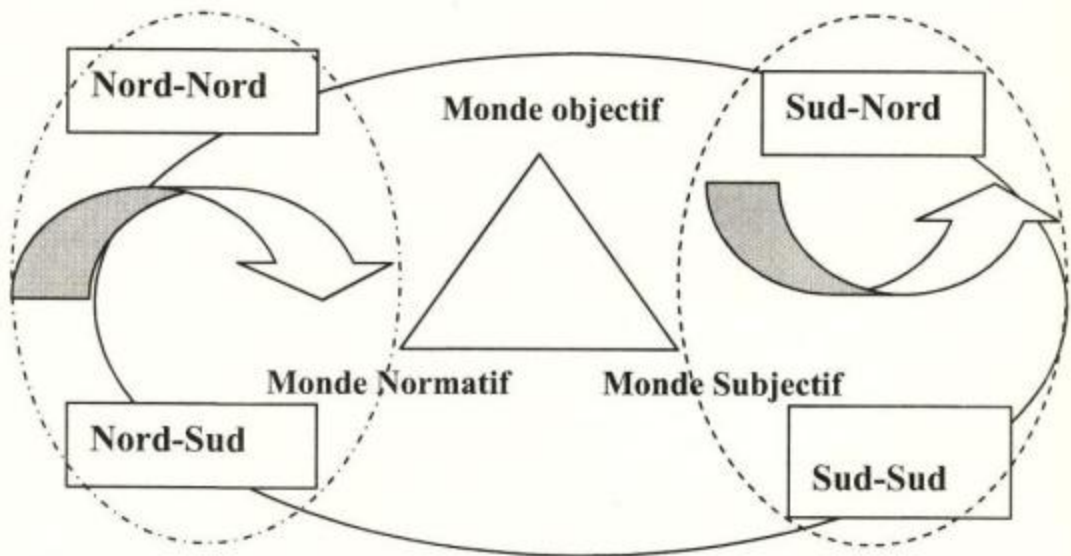


Les programmes de promotion de la santé et de « transfert de compétence Nord-Sud » en santé publique pourraient être conçus comme une forme d'action communicative, comme le proposent d'autres auteurs pour l'évaluation d'actions (Potvin & Golberg, 2006). Dans ce cadre théorique, les connaissances scientifiques, celles de l'*evidence based* en médecine ou des données probantes en santé publique, ainsi que les connaissances théoriques et empiriques des acteurs professionnels et chercheurs permettront de bien identifier les problématiques de santé. Elles viseront l'efficacité pour trouver des solutions en adéquation avec les contextes locaux. Les valeurs et les normes locales relatives à la situation seront prises en compte dans une démarche de négociation et d'ajustement continu. La connaissance subjective des acteurs sera valorisée. L'articulation « identification du problème de santé » et « vécu expérientiel » permettra l'analyse des causes et des conséquences sur la vie des individus et sur les transformations institutionnelles potentielles. Ce processus constitue une innovation sociale où les pratiques sont continuellement interrogées, qu'elles émanent de décisions politiques ou de comportements individuels. Nous savons que l'innovation sociale compose l'un des ingrédients nécessaire au développement de la qualité de l'action dans le champ de la santé publique (Bilodeau, Chamberland & White, 2002).

Un réseau dynamique d'interactions sociales des pôles Nord-Nord de santé publique, des pôles Sud-Sud et des bi-pôles Nord-Sud et Sud-

Nord pourrait voir le jour et se superposer au triptyque de Habermas (Figure 3).

Figure 3 : Un réseau dynamique d'interactions sociales des pôles Nord-Nord

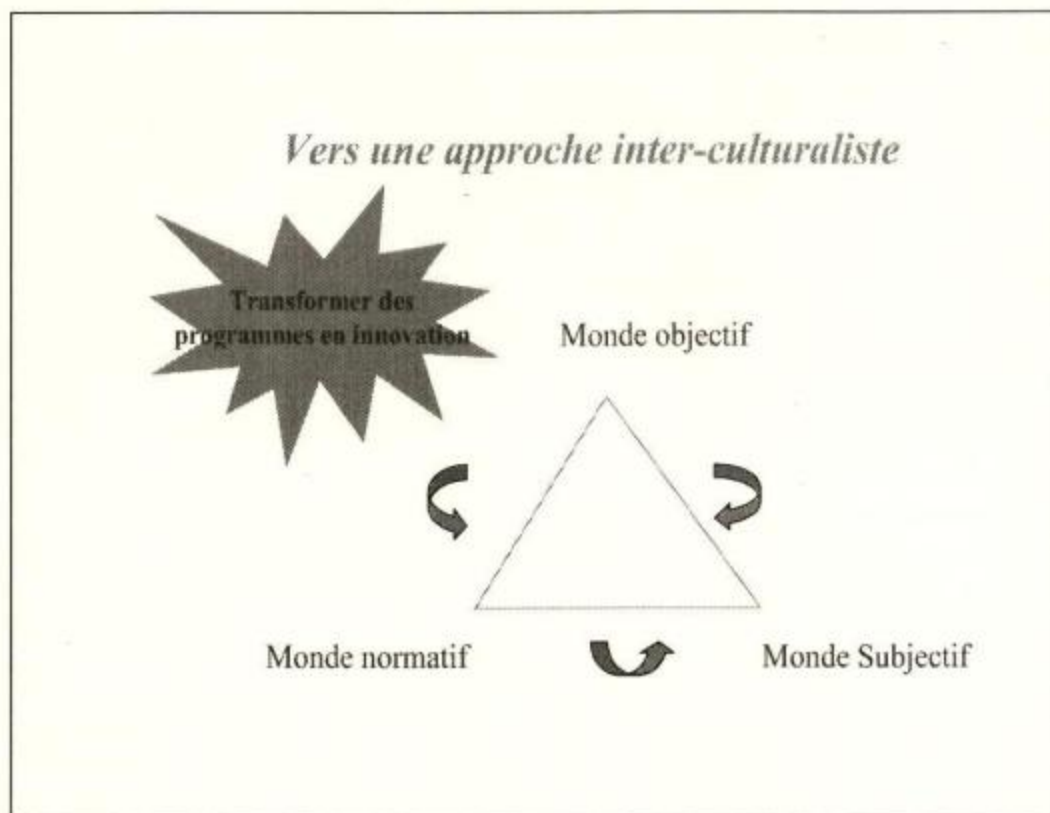


Ce réseau stimulerait la capacité des acteurs du Nord et du Sud à assimiler la connaissance qui leur est proposée, avec les nouvelles données pluri-disciplinaires du contexte mondial. Dans ce processus, les acteurs de la recherche et de l'intervention en santé publique pourront agir en retour sur cette connaissance (Potvin & Goldberg, 2006) et transformer les programmes de transfert de compétences Nord-Sud en programmes d'innovations sociales (Bilodeau, Chamberland & White, 2002) et de soutien au potentiel de changement. (Figure 4)

Pour que les choses fonctionnent bien dans *l'agir communicationnel*, comme le dit Habermas, il faut se mettre d'accord et construire un espace de tolérance. L'approche inter-culturaliste proposée doit se faire le relais de valeurs partagées par les acteurs du projet et par les populations visées. La santé publique est fréquemment confrontée aux enjeux éthiques. Le défi posé en santé publique dans « le transfert des compétences » est de savoir construire ensemble un équilibre entre, d'une part, le respect des valeurs phares reconnues par un État soucieux de justice dans ses jugements éthiques et, d'autre part, une sensibilité aux réalités ethno-culturelles. Cette démarche guidera le processus de spécification et l'éthique de la discussion. Raymond Massé (2003) plaide pour la formation à l'inter-culturalisme et à l'importance d'une éthique

ethno-sensible. La promotion de la santé multiculturelle requiert alors une combinaison d'engagement philosophique, de connaissance culturelle et de sensibilité humaniste. L'éthique doit être engagée par les acteurs des projets et les membres de la communauté et les valeurs partagées doivent être définies explicitement.

Figure 4. Approche inter-culturaliste et innovation



Perspectives

Nous avons dressé les enjeux des contextes macro-sociologiques et micro-sociologiques dans lesquels « les transferts de compétence Nord-Sud en santé publique » doivent désormais s'inscrire. Durant ces trois dernières décennies, une série d'évènements mondiaux nous obligent à considérer une promotion de la santé et une éducation pour la santé qui reconnaissent que les causes et les conséquences des maladies³⁵ et des

³⁵ SRAS, VIH-Sida, grippe aviaire par exemple...

choix politiques et économiques ne sont plus limitées aux frontières nationales (Lalonde, 2006).

Nous avons défendu l'idée qu'un cadre théorique solide, basé sur des valeurs partagées est nécessaire. C'est lui qui sera le lien scientifique et éthique pour une démarche interculturelle efficace. Il nous semble urgent de réfléchir la sociologie et les sciences sociales avec un espace plus grand, dans une dimension-cadre mondiale. Si, depuis leur naissance, les sciences sociales souffrent d'un « nationalisme méthodologique » qui bride leur capacité à saisir les dynamiques globales (Levy, 2003) la problématique Nord-Sud n'impose-t-elle pas une adaptation des cadres de pensée ? Ne s'agit-il pas maintenant d'ouvrir les champs sur des connaissances nouvelles ? Les processus de développement et de santé se situent à l'interface entre anthropologie et sociologie « macro » d'un côté, et ethnographie et sociographie « micro » de l'autre, autrement dit, à l'interface entre pesanteurs structurelles et action propre des agents sociaux. Comme le souligne de Olivier de Sardan (1985), le processus de développement met quasi-inévitablement en valeur à la fois l'existence de contraintes externes et l'autonomie ou les capacités d'initiative (ou de résistance) des individus et des groupes locaux. La mondialisation donne finalement l'opportunité au développement de l'inter-disciplinarité dans les sciences sociales et en santé publique. Dans le contexte de mondialisation d'aujourd'hui du « transfert des compétences » Nord-Sud, il nous semble crucial de ne pas répéter les erreurs, les maladresses et les fautes du passé en ne reproduisant ni le racisme, ni le reniement des valeurs humanistes de la culture coloniale (Blanchard, Bancel & Lemaire, 2005). Il s'agit de produire un travail scientifique où les chercheurs du Nord et ceux du Sud peuvent davantage dialoguer sur leurs choix théoriques plutôt que sur leur appartenance disciplinaire, culturelle ou historique. Il ne s'agit plus de fragmenter le monde connu et le monde de la connaissance. Construire dans de bonnes conditions d'échange le transfert des compétences Nord-Sud peut largement soutenir les changements nécessaires de pratiques professionnelles et de recherche. L'enjeu est au cœur du développement des sociétés et de la santé des populations (Fassin & Jaffré, 1990). Cette période de l'histoire constitue une opportunité pour les sciences sociales et la santé publique ; elle va favoriser les innovations sociales en systématisant et mettant en place des processus réflexifs sensibles à la réalisation de projets dans les contextes locaux. Cette approche implique les acteurs de la recherche et de l'intervention en santé publique dans un processus de dialogue continu sur la signification et la performance des programmes menés. L'approche inter-culturelle que nous préconisons engage un processus d'échange équitable sur les interactions avec le contexte local. Cette démarche de relation dynamique permet le ré-équilibre, l'ajustement, la régulation en

promotion de la santé. Elle permet finalement de mieux conduire des changements sur les déterminants sociaux de la santé et d'élaborer peu à peu un monde éthique de la santé plus équitable.

Bibliographie

- BILODEAU, A., CHAMBERLAND, C. & D. WHITE, 2002, « L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique », *Revue canadienne d'évaluation de programme*, 17-2.
- BLANCHARD, P., BANCEL, N. & S. LEMAIRE, 2005, *La fracture coloniale. La société française au prisme de l'héritage colonial*, Paris, Éditions La Découverte.
- BRILLON, Y., 1980, *Ethnocriminologie de l'Afrique noire*, Paris, Presses universitaires du Mirail-Éditions Vrin.
- CROZIER, M. & E. FRIEDBERG, 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Éditions du Seuil.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P., 1985, « L'anthropologie du changement social et du développement comme ambition théorique ? », *Bulletin de l'APAD*, 1.
- FAINZANG, S., 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- FASSIN, D. & Y. JAFFRÉ (dir.), 1990, *Sociétés, développement et santé*, Paris, Éditions Ellipses, coll « Universités francophones ».
- GOUDINAU, Y., 1991, « L'altruisme et la science. De la bonté des sciences coloniales à l'excellence des sciences du développement », Journées des sociologues de l'ORSTOM, Paris, septembre.
- HABERMAS, J., 1987, *Théorie de l'agir communicationnel. Tome 1. Rationalité de l'agir et rationalisation de la société*, Paris, Éditions Fayard.
- LABONTE, R., 2006, « Promouvoir la santé à l'heure de la mondialisation : le plus grand défi ? », dans O'NEILL *et al.* (dir), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses de l'université Laval.
- LÉVY, J., 2003, *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*, Paris, Éditions Belin.
- MASSÉ, R. & J. SAINT-ARNAUD, 2003, *Éthique en santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Québec, Presses de l'université Laval.
- O'BRIEN, R., 2002, "Organizational Politics, Multilateral Economic Organizations and social Policy", *Global Social Policy*, 2.

- OMS, Charte de Bangkok, 2005,
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/print.html.
- OMS, Charte d'Ottawa, 1986,
<http://www.sante.cfwb.be/charger/ottawachart.pdf>.
- PERRIN, E., 1993/1994, « Passage d'un système de soins à un système de santé », *Ethnologie Helvetica*.
- POTVIN, L. & C. GOLBERG, 2006, « Deux rôles joués par l'évaluation dans la transformation de la pratique en promotion de la santé », dans O'NEILL *et al.* (dir), *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec, Presses de l'université Laval.
- SINZINGRÉ, N., 1985, « Présentation : Tradition et bio-médecine », *Sciences sociales et santé*, n°3.
- UIPES, 2000, L'efficacité de la promotion de la santé. Agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe, Rapport de l'Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé