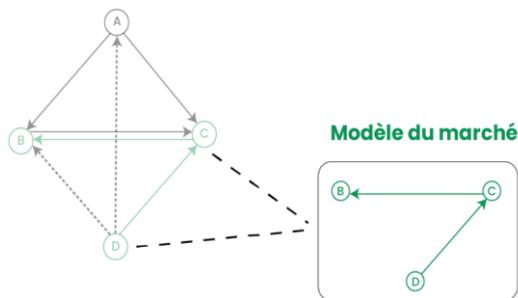


Annonces du président du Faso pour 2025 : modèle libéral et développement des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle burkinabè (4/5)

Dans cet article, nous traitons maintenant du « modèle du marché » que notre pays a déjà connue en matière de développement de la médecine et la pharmacopée traditionnelles. Comme nous l'avons fait pour l'article N°2 et l'article N°3, le présent article reviendra aussi, d'abord, sur certains fondamentaux du modèle du marché et son expérimentation dans d'autres contextes historiques, avant d'exposer l'expérience concrète burkinabè, dans le prochain article (N°4bis). L'objectif de ce détour est d'aviser les lecteurs que ce qui sera relever sur le cas spécifique du Burkina Faso, concernant ce modèle, est une constante sociale générale, avec des variations plus ou moins grandes selon les contextes historiques. Nous présenterons donc d'abord le contenu et les fondements du modèle du marché. Ensuite, nous analyserons son application dans un contexte typique, notamment aux Etats-Unis d'Amérique, où il sert encore de cadre d'organisation de politiques publiques. Enfin nous tirerons les leçons du modèle, en tant que cadre d'action publique ; leçons qui, je l'espère, aideront les lecteurs à mieux me suivre dans l'analyse de l'expérience spécifique du Burkina Faso dans le prochain article, le N°4bis.

A/ Contenu et fondements du modèle du marché (libéral)

Le modèle du marché ou modèle libéral tire ses fondements dans la science économique. C'est donc en suivant l'évolution de la pensée économique que nous découvrirons les principes et le contenu de ce modèle organisateur de l'action publique, et notamment des réalités sanitaires. Notre démarche, faut-il le rappeler, se veut systématique. En effet, dans notre métier d'enseignant chercheur, il est toujours recommandé, avant l'analyse d'un fait, de présenter clairement les concepts de base de l'analyse concernée. Ces concepts pourraient présenter des limites certes, mais ils ont l'intérêt d'aider l'auteur à se préserver de certaines projections. Cet article prépare donc le suivant ! Ainsi, sur le schéma ci-après du modèle de développement industriel, sous sa forme améliorée, auquel nous devrions arriver à terme, le « modèle du marché » d'utilisation des résultats de la recherche correspond aux relations BCD. Notons, que les interactions (le sens des flèches) dans le modèle amélioré se font dans les deux sens. Nous en avons fait l'économie ici par souci de simplicité.



C'est à travers l'économie classique et ses développements à travers l'histoire de l'économie politique, que nous comprenons la théorie libérale de l'ordre social.

A-1/L'économie classique

a mis en forme : Police :Gras, Italique

Le potentiel du marché libre à générer des comportements moraux a été fortement promu par l'économie classique. Cette dernière pose deux hypothèses principales, interdépendantes. Premièrement, elle postule que les marchés sont considérés comme des systèmes harmonieux. Cela signifie que, inhérents aux marchés, se trouvent des mécanismes automatiques qui apportent des solutions aux conflits découlant de besoins illimités et de ressources rares. Deuxièmement, étant donné que les marchés sont des systèmes d'auto-coordination automatiques pour les conflits potentiels découlant de la rareté relative du système, l'intervention de l'État n'est pas nécessaire ; il serait plus judicieux d'adopter une politique générale du *laissez-faire*. Pour les économistes classiques, ce qui est nécessaire, c'est un marché libre, des marchés non réglementés et l'extension des libertés individuelles ; car, selon eux, la liberté économique et la liberté politique ne sont pas seulement des biens en soi ; elles sont des déterminants clés de l'efficacité et de la prospérité. Pour Adam Smith¹, la division du travail dans l'économie est un parfait exemple de ces processus naturels mais ordonnés qui sous-tendent le marché libre. Son fonctionnement fournit un indice pour expliquer la productivité, l'accumulation et les différenciations du travail dans les activités économiques. Le travail est un bien économique et, à ce titre, sa production et sa consommation sont soumises à une coordination par de simples relations d'échanges. À l'instar des fournisseurs d'autres types de biens et services, les travailleurs seraient libres de se concurrencer pour l'exécution de tout type de travail de leur choix, sans contraintes. La demande des acheteurs de travail déterminerait le choix des travailleurs pour des types de travail spécifiques. Les travailleurs auraient tendance à choisir le travail à forte demande sur le marché, ce qui entraînerait une offre excédentaire, faisant ainsi baisser le prix au profit des acheteurs. La concurrence entre les travailleurs pour répondre à la demande pleinement informée des acheteurs engendrerait de l'innovation et une main-d'œuvre de qualité à bas prix. À cet égard, en tant que bien, le travail ne doit pas être restreint, que ce soit sur le plan organisationnel, professionnel ou géographique. La loi du marché ajusterait l'offre de travail nécessaire par son mécanisme d'offre et de demande ; la concurrence régulerait la qualité et le prix du travail fourni au bénéfice des employeurs et des travailleurs, donc de la nation entière². Cette hypothèse repose sur une conception spécifique de la nature humaine. Classiquement, Smith ne voyait pas les normes morales, d'un côté, et l'être humain, de l'autre, comme deux choses complémentaires. Il considérait la moralité ainsi que le désir de plaisir comme « naturels » à l'humanité, mais il était prudent lorsqu'il attribuait l'origine de ces sentiments à des processus interprétatifs, par lesquels les individus prennent en compte les attentes des autres, par le biais de la « sympathie » et de la « prudence ». L'autodiscipline, qui résulte de l'internalisation des réseaux relationnels des individus, agit comme une force régulatrice des comportements bienveillants. La division du travail et le fonctionnement du marché du travail, que ce soit dans le cas de l'artisanat ou de professions traditionnelles comme la médecine et le droit, reposent sur ces attentes morales mutuelles³. C'est ce que l'on appelle communément la « main invisible ». Cependant, cette approche du contrôle social par les mécanismes du marché pose un problème à l'économie, car elle nécessiterait une approche multidisciplinaire. De plus, l'économie classique traitait de catégories distinctes, telles que le travail, la terre, le capital, par rapport auxquelles elle a construit sa théorie de la valeur. Cette théorie cherchait à développer une théorie objective de la valeur-travail, indépendante du prix, en se référant au « temps » comme mesure. À cet égard, la valeur d'un bien serait la quantité (en temps) de travail nécessaire à sa production. La conséquence est que l'économie classique a développé une théorie de la valeur-travail inadéquate pour rendre compte de la dynamique complexe de l'économie moderne ; car la valeur est plus complexe qu'on ne le pensait. Smith a perçu le problème, mais c'est l'économie néoclassique qui a trouvé sa propre solution pour contourner la difficulté méthodologique.

A-1/L'économie néoclassique : critique morale du gouvernement maximal

À la question de savoir quelles forces déterminent les prix relatifs des biens, l'économie néoclassique apporte une réponse fondée sur une hypothèse différente de celle de l'économie classique. Elle suppose qu'au lieu que le travail soit la cause de la valeur relative des biens, comme le croyaient les classiques, la valeur dépend de « l'utilité ». À l'instar des économistes classiques, les néoclassiques ne situent pas l'utilité en dehors des utilisateurs individuels rationnels et calculateurs des biens. Cependant, contrairement à eux, ils supposent que « L'utilité existait et que l'introspection individuelle révélerait les utilités variables des différents biens finaux. Pour les néoclassiques, l'utilité est manifestement un phénomène psychologique dont les unités de mesure ne sont pas spécifiées »⁴. En conséquence, ils substituent la théorie objectiviste de la valeur par une approche subjectiviste, franchissant ainsi les entités sociales (telles que la classe, la nation, etc.) pour atteindre l'individu⁵. Ce faisant, l'économie néoclassique développe une théorie de la valeur fondée sur l'évaluation subjective de l'utilité par chaque individu ; l'agrégat des différentes préférences, exprimées par les consommateurs à travers l'échange marchand, produit les prix sur le marché. La caractérisation de la nature du travail, qui a conduit l'économie classique à proposer une théorie irréaliste de la division du travail pour l'économie moderne, devient donc sans pertinence ; il en est ainsi car, dans une société capitaliste bureaucratique, comme l'a déclaré Weber, « il importe peu pour le caractère de la bureaucratie que son autorité soit appelée « privée » ou « publique » »⁶; dans les deux cas, ce sont les mêmes règles calculables qui sont à la base de l'échange. Ce qui compte, c'est l'impersonnalité et l'efficacité qui favorisent l'égalité des droits entre les individus ; tout pouvoir qui empiète sur cette égalité des droits doit être supprimé. Ce lien entre la liberté économique par le marché, la liberté politique et la justice par la démocratie, et les avantages individuels (producteurs et consommateurs), est le point de rencontre de Smith et Hayek dans leur défi aux autres formes concurrentes d'organisation de l'économie, comme le socialisme, au nom de l'ordre moral. Le changement de paradigme de l'économie classique à l'économie néoclassique a également entraîné une transformation significative de la conception de la nature humaine. L'économie néoclassique repose sur une conception différente de la nature humaine. Contrairement à l'économie classique, elle a limité les motivations humaines à la simple maximisation de l'intérêt personnel. Certes, l'individu rationnel et abstrait est une évolution ultérieure de la philosophie économique⁷. Les néoclassiques partageaient la vision de la maximisation de l'utilité comme fondement de l'action économique, mais y sont parvenus par des voies différentes. Les utilitaristes postulent que les passions et les actions des individus doivent être au centre de la compréhension de la société⁸. Cette conception hédoniste repose sur l'hypothèse selon laquelle les individus recherchent leur plaisir. Les actions humaines, directes et indirectes, visent cet objectif. Passion et moralité ont la même origine, et plus l'individu est libre, plus ces facultés sont développées. Le rôle de la société est de créer cette condition de liberté pour les individus, car, croit-on, aucune autre instance que les individus eux-mêmes ne peut connaître leurs intérêts⁹. La méthodologie individualiste en économie néoclassique adopte une approche plus subjectiviste de l'action économique. Elle postule l'absence de besoin « objectif ». Les besoins sont construits subjectivement et les biens adéquats pour les satisfaire n'ont pas de valeur objective en dehors des évaluations subjectives des individus qui en ont besoin. Ces évaluations subjectives s'expliquent par une approche génétique qui suppose que les valeurs réelles des biens et les modes de relation attendus sur le marché, ainsi que dans tout aspect de la vie humaine, sont ceux réellement efficaces pour les individus concernés. Les valeurs inefficaces ne peuvent perdurer. Ce processus génétique génère des relations spontanées entre les individus, et les individus vers le bien ; le marché est considéré comme la représentation typique de ces relations spontanées. C'est la raison pour laquelle Hayek¹⁰ considère

a mis en forme : Police :italique

l'hypothèse du potentiel du marché à générer sa coordination interne comme la plus haute réalisation de l'économie politique dans la compréhension de la coordination des actions individuelles. Tant que l'ordre social est envisagé sous cet angle, la coordination délibérée des efforts individuels est inutile et contre-productive. En effet, le planificateur ne connaît pas toutes les circonstances des mécanismes complexes des marchés, et ce qu'il parvient à réaliser aurait de toute façon été spontanément mieux « exploité, résolu » par les lois internes du marché. Dans sa forme la plus abstraite, l'économie néoclassique, au contraire, considère des individus abstraits, interchangeable, calculateurs et maximisateurs. On pense que Weber a contribué à cette abstraction par sa théorie de la rationalité ; car, « Les Autrichiens de la première génération étaient conscients et admettaient que l'économie marginaliste repose sur l'hypothèse d'un comportement intentionnel et rationnel de la part des agents économiques, mais cette hypothèse n'a jamais été au centre de leur attention »¹¹.

C/ Le marché et l'intérêt public : l'expérience américaine de la pratique libérale de la médecine

La formation du système de santé américain est un exemple typique pour comprendre la formation des marchés et ses implications pour l'intérêt public. L'histoire du système de santé américain met en lumière la configuration des forces concurrentielles qui ont influencé les praticiens de la médecine traditionnelles, ainsi que la stratégie développée par ces derniers, tirant profit d'autres processus sociaux, pour contrôler le marché des soins. Il est utile d'examiner dans quelle mesure les mécanismes de coordination du marché favorisent l'intérêt public en termes de contribution à la promotion de la santé des populations. La première force concurrentielle sur le marché de la santé était interne à la profession médicale elle-même. D'une part, il y avait le nombre élevé de praticiens libres ou privés. Par exemple, en 1870, le recensement dénombrait 64 414 médecins ; un chiffre qui a presque doublé en 1900, avec environ 132 000 praticiens, excluant de nombreux praticiens « irréguliers » utilisant des méthodes alternatives¹². D'autre part, la prolifération rapide des « écoles de médecine » durant la même période a contribué en grande partie à l'augmentation du nombre total de prestataires de soins de santé. Longtemps fondée sur l'apprentissage, la formation médicale a ensuite été dispensée dans les écoles de médecine, même si l'apprentissage n'a pas immédiatement disparu. Les premières écoles de médecine ont ouvert leurs portes en 1765 et, en 1850, on en comptait quarante-deux aux États-Unis, contre seulement trois en France¹³. En 1900, ce nombre avait plus que triplé par rapport à 1850, puisqu'il existait « 126 écoles “régulières” et peut-être 40 écoles homéopathiques, ostéopathiques et éclectiques »¹⁴. 5 700 nouveaux médecins étaient diplômés chaque année de ces écoles. L'écart de compétence technique entre les médecins réguliers ou orthodoxes et ceux des guérisseurs « irréguliers » n'était initialement pas suffisamment important pour assurer la sécurité des premiers. Cette tendance s'est inversée avec la Première Guerre mondiale, les progrès de la médecine scientifique ayant rendu les diplômés des écoles orthodoxes plus compétitifs que les praticiens utilisant des méthodes alternatives. Ce contexte, conjugué à l'excédent de prestataires, a créé une concurrence entre les guérisseurs et entre les écoles, et a menacé les médecins conventionnels. Le deuxième moteur de la concurrence était les dispensaires. Ces derniers reposaient sur les mêmes fondements moraux que les hôpitaux. Initialement créés comme des œuvres caritatives pour les pauvres, ils étaient très peu nombreux à la fin du XVIIIe siècle et ont connu une croissance lente jusqu'au milieu du XIXe siècle. De fait, entre 1780 et 1800, seuls trois dispensaires ont été fondés. Mais leur nombre a fortement augmenté au cours du siècle et des années suivantes ; par exemple, leur nombre dans tout le pays a atteint 100 en 1900, et pour la seule ville de New York, ce chiffre est passé de 100 en 1900 à 574 en 1910, puis à plus de 700 en 1915¹⁵.

À l'origine, les dispensaires ne distribuaient que des médicaments et étaient donc appelés « cuisines à soupes médicales ». Ils fonctionnaient avec un budget modeste, s'appuyant principalement sur les services gratuits de médecins à temps partiel. En échange de leur « générosité », les médecins avaient accès aux patients pour l'enseignement, la recherche et le développement de relations professionnelles. De ce fait, les dispensaires jouaient un rôle central dans l'enseignement médical. À cet égard, leur augmentation n'était pas seulement liée à celle des immigrants, mais aussi à la prolifération des facultés de médecine. Développés à partir du marché pour contribuer à l'accès aux soins des plus démunis, les dispensaires étaient perçus par les praticiens privés comme une menace sérieuse pour leurs revenus. Ces praticiens étaient soutenus par les réformateurs de la charité, qui pensaient que les patients pauvres bénéficiaient de soins de qualité et que ce privilège les ferait perdre leur autonomie et les entraînerait ainsi dans la « paupérisation ». En bref, pour ces réformateurs, les pauvres recevaient plus que ce qu'ils méritaient par rapport à leur contribution à l'économie. En fait, comme l'a déclaré Starr, « la controverse sur les abus des dispensaires était, dans une large mesure, un conflit entre deux segments de la profession médicale : les généralistes économiquement précaires qui considéraient que le dispensaire les privait de revenus ; et les spécialistes plus privilégiés, ou les futurs spécialistes, qui utilisaient le dispensaire pour l'enseignement, la recherche et l'acquisition de relations professionnelles »¹⁶. Une autre force menaçante du marché était celle des « panacées ». Ces dernières fournissaient des remèdes à tous les problèmes qui leur étaient présentés. Light¹⁷ les décrit plus précisément lorsqu'il dit que « ... chacun avait un remède à tout. Les médecins inventaient leurs propres remèdes et les annonçaient sur leurs cartes de visite. Les pharmaciens fabriquaient de nouveaux composés et volaient ceux des autres dont ils remplissaient les ordonnances. Des entreprises ont vu le jour avec des milliers de médicaments ». L'utilisation de nouvelles méthodes de conditionnement des médicaments et de relation avec les patients a rendu certains pharmaciens populaires ; les patients pouvaient obtenir directement leurs services et des conseils supplémentaires auprès des pharmaciens et des magasins des entreprises ; Cela a entraîné une perte de patients pour les médecins, car « ... à mesure que le fabricant exclusif s'enrichit, le médecin s'appauvrit »¹⁸. Les médecins étaient menacés par la liberté de prescription et l'utilisation des techniques cliniques par les pharmaciens et autres prestataires. Enfin, il y avait la pratique de groupe, perçue par les praticiens privés comme une concurrence déloyale. Précurseur des entreprises de soins de santé contemporaines, la pratique de groupe consistait en « ... des contrats de gros pour la prestation de services à des groupes d'employés ou à des personnes appartenant à une association, un syndicat, ou travaillant pour une entreprise ou un organisme gouvernemental »¹⁹. Ce marché est apparu au XIXe siècle. Il concernait des secteurs spécifiques tels que les chemins de fer, les mines et l'industrie forestière²⁰. L'intérêt de ces entreprises pour la sous-traitance des soins de santé à leurs travailleurs s'est développé en raison de l'éloignement des industries, du taux élevé d'accidents et de l'augmentation des poursuites judiciaires intentées par les travailleurs blessés. Différentes méthodes étaient utilisées. Certaines entreprises le faisaient sur la base d'honoraires ou de salaires, d'autres créaient leurs propres hôpitaux et dispensaires. De nombreux médecins étaient impliqués soit sous contrat, soit rémunérés. À la fin du XIXe siècle, la médecine contractuelle s'est développée pour inclure différentes catégories d'organisations, qui organisaient également les soins de santé de leurs employés sur une base concurrentielle. Ces organisations comprenaient des entreprises, des confréries, des municipalités, des comtés, des agences d'État et l'armée au niveau fédéral. De même, les hôpitaux ont conçu des régimes d'assurance prépayés compétitifs. Les « associations de services hospitaliers » ont également mis en place des régimes d'assurance comparables. Le marché croissant de la pratique contractuelle était considéré par la profession médicale

comme le plus dangereux, car il était considéré comme employant du personnel moins qualifié et portant atteinte à la confidentialité des dossiers médicaux des patients. Cependant, selon Light, « ...il semblait y avoir des preuves considérables qu'un marché de gros de plans de rabais sur volume et de services médicaux à forfait, avec des prestataires volontaires sélectionnés, se développait sur plusieurs fronts et s'accroissait »²¹. Le développement de ces marchés a eu des conséquences différentes pour les particuliers et les consommateurs institutionnels des prestataires de services de santé. Les premiers avaient le sentiment d'obtenir des services adéquats à des prix raisonnables et utilisaient leurs systèmes de référence informels pour atténuer l'asymétrie d'information et optimiser leurs choix. En revanche, pour les seconds, la situation était défavorable, la concurrence générant médisances, partage des honoraires et critiques ouvertes entre les membres. Par conséquent, bien que les médecins perçussent toujours les mêmes revenus que les artisans qualifiés, ils ressentaient une dégradation relative de leur situation ; de sorte que « de leur point de vue, personne ne contrôlait la situation et la situation se détériorait rapidement »²². Néanmoins, les systèmes d'orientation des consommateurs favorisaient la nouvelle médecine scientifique, même si elle n'était aidée que par un système d'autorisation d'exercer moderne et rudimentaire ; les nouveaux praticiens scientifiques recevaient même dix fois plus de médecins peu formés. De même, les écoles de médecine privées étaient surclassées par les universités. Bien que la qualité et la valeur des services fussent ici déterminées par le mécanisme du « marché », « la profession organisée menait une campagne acharnée en faveur de la réglementation, arguant que le public devait être protégé contre une médecine de qualité inférieure »²³. En réalité, elle s'efforçait de façonner le marché des soins de santé sous son propre contrôle, quel que soit le prix à payer pour le patient.

F/ Risques et forces du modèle du marché (libéral)

Les limites du modèle bureaucratique décrites dans l'article N°3 permettent de comprendre les forces du modèle libéral. En effet, la généralisation de la bureaucratie sanitaire dans la Russie soviétique avait donné lieu à des pratiques privées parallèles par des agents de santé employés par l'Etat, avec pour objectifs d'améliorer le salaire reçu de l'Etat. La quasi absence de marché de travail concurrentiel forcerait des praticiens à intégrer la fonction publique en dépit de leur insatisfaction de leur rémunération. De plus, ces pratiques parallèles existent parce qu'il y a une demande. Des patients seraient prêts à payer ces services pour des questions de temps, de qualité d'accueil et de services, etc. Le modèle libéral favorise une diversification de la l'offre en relation avec la diversité de la demande. Et il est clair qu'il n'y a pas de société sans stratifications relatives. Ces stratifications peuvent occasionner des demandes spécifiques auxquelles un marché libre est adapté pour répondre. Par ailleurs, l'une des forces est que la dynamique des rapports entre soignants n'est pas liée à une règle extérieure, mais sur la dynamique de la demande, et donc de la satisfaction des demandeurs de services. L'exclusion d'un praticien ne saurait se faire sur des bases bureaucratiques. Une autre force est celle de la formation du marché à travers l'offre. Des services auparavant non marchands, donc ne faisant pas l'objet d'activités économiques, peuvent, selon la demande, devenir des services offerts sur le marché en réponse à une demande et par conséquent devenir la base d'activités économiques. A un moment où la médecine scientifique n'était scientifique que de nom, parce que techniquement elle n'était pas aussi efficace plus que les pratiques traditionnelles, la pratique libre permettait à la population d'avoir accès à des soins alternatif plus efficaces. Toutefois comme l'expérience américaine le montre, le modèle du marché a aussi ses limites. D'abord, la santé est un besoin essentiel de l'être humain. Que son mode d'accès soit soumis à la loi du marché peut entraîner l'exclusion d'une large frange de la population de l'accès à ces services du fait du coût élevé de que certains soins peuvent se

révéler. Par ailleurs, les consommateurs sont peu informés du marché, des services, et des praticiens. En conséquence, il y a de forts risques qu'ils n'arrivent pas à mieux décider en matière de choix, et cela peut leur être fatal. Le marché comporte ainsi un risque pour le patient, et ce d'autant plus qu'une erreur médicale peut ne pas être rattrapable, comme si c'était un service d'un tailleur. Comme nous allons le démontrer, l'exemple concret du Burkina Faso est illustratif de la pertinence d'un marché ouvert de la pratique médicale dans un contexte où la médecine moderne non seulement n'arrive pas à satisfaire à l'importante demande, mais aussi et surtout que sur certaines maladies, elle est même notoirement inefficace. Si réglementation il devrait y avoir, elle se ferait au cas par cas ; si même elle est nécessaire parce que les patients savent généralement là où chacune de ces médecines a fait ses preuves.

Conclusion

Les analyses de cas sur l'organisation de la pratique médicale en France, aux Etats-Unis, en Russie et en Angleterre nous enseignent que la réglementation survient à la suite d'un long développement des pratiques de différentes sortes. Elle survient aussi à la suite de l'évolution des techniques permettant à l'autorité de légiférer non sur la base des privilèges associés aux différents praticiens, mais sur la base des preuves de qualité dont fait montre chaque catégorie de praticiens. Dans le cas de la politique impériale française et la plupart de ses héritiers postcoloniaux, l'exclusion des praticiens de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles de l'offre de soins de santé s'est faite dans un contexte où non seulement la médecine scientifique était à ses débuts dans les sociétés européennes, mais aussi à un moment où très peu de maladies des sociétés colonisées lui étaient connues et maîtrisées. De plus, même pour les maladies que la médecine moderne maîtrisait, une large partie de la population en était exclue financièrement, géographiquement, et surtout culturellement. Cette situation a très peu changé même de nos jours. En dépit des avancées notables de la science sur la compréhension et le traitement des maladies, notamment celles des sociétés africaines, elle reste impuissante devant nombreuses maladies, pourtant maîtrisée par la médecine traditionnelle dont l'accès est quasi universel au sein de la population. Le potentiel du marché vient de ce qu'il est capable de révéler non seulement les besoins, mais aussi les possibilités de réponses à ces besoins. L'objectif de la réglementation devrait être comment tirer profit de ce développement à travers une intégration des réponses qui ont fait leurs preuves relatives et comment les améliorer pour le bonheur de la population. Contrairement à cette approche selon le modèle sécuritaire (risques), donc réaliste, au Burkina Faso, la législation sur la pratique médicale est basée, depuis la période coloniale à nos jours, sur un modèle policier, voire juridique, donc de domination. Les monopoles attribués aux praticiens de la médecine moderne ne sont pas basés sur les possibilités et la qualité des soins que cette médecine offre, mais sur les pouvoirs que ces praticiens ont hérités de la domination impériale française. Il est temps de reconsidérer ces monopoles à la lumière des connaissances dont nous disposons sur les ressources médicales globales de notre pays. Cela ne signifie pas une ouverture à l'anarchie. Tout praticien reste, avant tout, lié au code pénal du pays dans lequel il exerce.

Natéwindé SAWADOGO
Maître de conférences de sociologie de la santé
Université Thomas SANKARA
Email : natewinde.sawadogo@yahoo.fr
Téléphone : (+226)78858943

Code de champ modifié

¹ Smith, A. 1970 (1976). The wealth of the Nation. Harmondsworth: Penguin Books Ltd

- ² Smith, A. 1970 (1976). *The wealth of the Nation*. Harmondsworth: Penguin Books Ltd; Landreth, H.; Colander, C. D. 1994. *History of Economic thought*; 3rd ed. Boston: Houghton Mifflin Company
- ³ Smith, A. 1970. *The wealth of the Nation*. Harmondsworth: Penguin Books Ltd; Smith, A. 2002. *The theory of moral sentiments*. Cambridge : Cambridge University Press; Sen, A. 1987. *On ethics and economics*. Oxford : Blackwell; Dingwall, R. 2008. *Essays on professions*. Aldershot : Ashgate; Landreth, H.; Colander, C. D. 1994. *History of Economic thought*; 3rd ed. Boston: Houghton Mifflin Company
- ⁴ Landreth, H.; Colander, C. D. 1994. *History of Economic thought*; 3rd ed. Boston: Houghton Mifflin Company, p.220
- ⁵ Gamble, A. 1996. *Hayek: the iron cage of liberty*. Cambridge: Polity Press ; Gamble, A. 1988. *The free economy and the strong state. The politics of Thatcherism*. Houndmills: Macmillan Education Ltd; Landreth, H.; Colander, C. D. 1994. *History of Economic thought*; 3rd ed. Boston: Houghton Mifflin Company
- ⁶ Weber, M. 1978. *Economy and Society*; edited by Guenther Roth and Claus Wittich. Berkeley: University of California Press, p.957
- ⁷ Udehm, L. 2001. *Methodological individualism. Background, history and meaning*. London: Routledge
- ⁸ Mill, S. J. 2003, *Utilitarianism ; and, On liberty*. 2nd ed. Oxford : Blackwell Publishing
- ⁹ Mill, S. J. 2003, *Utilitarianism ; and, On liberty*. 2nd ed. Oxford : Blackwell Publishing
- ¹⁰ Hayek 1991. *The trend of economic thinking. Essays on political economists and economic history*; edited by W.W. Bartley III and S. Kresge
- ¹¹ Udehm, L. 2001. *Methodological individualism. Background, history and meaning*. London: Routledge, p.95
- ¹² Light, W. D. 2004. Introduction: ironies of success: a new history of the American health care "system". *Journal of Health and Social Behavior* 45:1-24 <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/3653821.pdf?acceptTC=true> Accessed:03/09/2011
- ¹³ Starr, P. 1982. *The social transformation of American medicine*. New York : Basic Books
- ¹⁴ Light, W. D. 2004. Introduction: ironies of success: a new history of the American health care "system". *Journal of Health and Social Behavior* 45:1-24, p.3 <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/3653821.pdf?acceptTC=true> Accessed:03/09/2011
- ¹⁵ Light, W. D. 2004. Introduction: ironies of success: a new history of the American health care "system". *Journal of Health and Social Behavior* 45:1-24, p.3 <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/3653821.pdf?acceptTC=true> Accessed:03/09/2011; Starr, P. 1982. *The social transformation of American medicine*. New York : Basic Books
- ¹⁶ Starr, P. 1982. *The social transformation of American medicine*. New York : Basic Books, p.182
- ¹⁷ Light, W. D. 2004. Introduction: ironies of success: a new history of the American health care "system". *Journal of Health and Social Behavior* 45:1-24 <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/3653821.pdf?acceptTC=true> Accessed:03/09/2011
- ¹⁸ Idem p.4
- ¹⁹ Ibid, p.4
- ²⁰ Ibid
- ²¹ ibid : 5
- ²² ibid. : 5
- ²³ ibid. : 6

a mis en forme : Anglais (États-Unis)

a mis en forme : Anglais (États-Unis)