

PROLÉGOMÈNES À UNE RÉFORME DES SERVICES DE SANTÉ : DE L'IDENTIFICATION DES DYSFONCTIONNEMENTS À LA DÉFINITION D'OUTILS EFFICACES

Y. JAFFRÉ

Med Trop 2004 ; 64 : 527-532

RÉSUMÉ • Face à la gravité des situations épidémiologiques de nombreux pays en voie de développement, des programmes sanitaires sont élaborés par diverses institutions. Bien qu'étant indispensables, ces actions sont souvent malheureusement « déconnectées » des contextes sociaux dans lesquels elles souhaitent s'insérer. La lecture de quelques textes anthropologiques analysant les dysfonctionnements des services de santé en Afrique permet de préciser les difficultés et modalités d'interactions entre soignants et populations et de proposer des pistes de réflexions pour les améliorer.

MOTS-CLÉS • Anthropologie, Afrique, interactions soignants-soignés, dysfonctionnements des services de santé

PROLEGOMENATO REFORM OF HEALTHCARE SERVICES: FROM IDENTIFICATION OF PROBLEMS TO DEVELOPMENT OF EFFECTIVE TOOLS

ABSTRACT • Various institutions have developed healthcare programs to cope with the serious epidemiologic situation in many developing countries. Although these programs are indispensable, many are "disconnected" from the social context for which they were developed. The reading of a few anthropological texts describing problems associated with providing healthcare services in Africa allows identification of the difficulties and modalities of interaction between caregivers and populations and a basis for proposing avenues for reflection about improvement.

KEY WORDS • Anthropology – Africa – Caregivers/patient interactions – healthcare service dysfunction.

Depuis quelques années, accordant aux pays africains cette forme de respect qu'est le droit à « l'indifférence », de nombreux travaux de sciences sociales font état d'un ensemble de dysfonctionnements de leurs services de santé.

Certes, à l'échelle d'un continent, il est difficile de traiter de la même manière des pays ayant des économies à faible revenu comme le Tchad ou le Mali, et de plus nantis comme l'Afrique du Sud ou le Gabon ; voire en un même pays des zones cotonnières ou désertiques. Des uns aux autres, la qualité des infrastructures, les possibilités d'investissements ou la valeur des salaires perçus par les personnels de santé varient considérablement.

Par ailleurs, les histoires précoloniales, coloniales ainsi que les modalités de la construction des Etats indépendants obligent, par exemple, à distinguer entre une Afrique de l'Ouest que la géographie ouvre sur le monde atlantique ou maghrébin et la touffeur cloisonnée du centre du continent. Aux vastes espaces commerciaux, politiques,

religieux et linguistiques de la première s'oppose la mosaïque sociale et culturelle du second.

Enfin, plus spécifiquement, la question des réformes se pose différemment entre un service de pathologies infectieuses transformé par l'apparition du SIDA et des financements affectés à son traitement, une unité de pédiatrie gérant au quotidien un ensemble d'affections liées à la pauvreté (diarrhées, malnutritions) ou une maternité prenant en charge des urgences obstétricales dans un contexte économique difficile.

Pessimisme de l'intelligence, cette multiplicité de caractéristiques, et les figures variables qu'elle peut agencer, rend complexe toute comparaison. Optimisme de la volonté, il faut tenter de comprendre et, malgré les difficultés, essayer d'améliorer le fonctionnement de ces services de santé.

Face à ces difficultés, cet article n'a d'autre but que d'ouvrir une réflexion sur l'adéquation entre des réformes - souvent aussi rapidement proposées qu'abandonnées - et les caractéristiques des systèmes de santé en Afrique.

Pour cela, et afin de progresser dans la compréhension du fonctionnement des services de santé dans les pays du Sud, nous tenterons de tirer quelques enseignements, de plusieurs textes d'anthropologie décrivant des dysfonctionnements dans diverses structures sanitaires et s'attachant, souvent en conclusion, à ouvrir quelques pistes susceptibles de les améliorer.

• Travail de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales SHADYC-EHESS (Y.J., Anthropologue), Marseille, France.

• Correspondance : Y. JAFFRÉ, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, SHADYC-EHESS, Centre de la Vieille Charité, 13002 Marseille, France.

• Courriel : jaffre@ehess.cnrs-mrs.fr

• Article sollicité.

DE QUELQUES ÉTUDES ANTHROPOLOGIQUES

Ces études concernent différents lieux et contextes - du Sahel au Congo - et investiguent diverses facettes de l'action sanitaire. Bien sûr, les méthodologies utilisées pour mener à bien ces recherches, bien que se réclamant toute de l'anthropologie, peuvent varier. Les unes sont uniquement ethnographiques. Les autres articulent l'ouverture inquisitrice des données qualitatives avec la régularité des informations quantifiées.

Cependant, ces recherches ont en commun de souligner les difficultés des interactions entre les populations et les personnels de santé. Elles témoignent donc d'un état des lieux qu'aucun projet de réforme ne devrait ignorer puisque ces dysfonctionnements constituent justement le « terrain » et la justification de leurs actions.

Bref, ces études offrent une description « en vrai » des services de santé que bien des projets de santé publique, malgré leurs efforts, échouent à transformer.

A minima, cette confrontation au réel des pratiques de soins devrait permettre de renoncer à l'illusion « développementiste » de transformer un système sanitaire grâce à quelques modèles, le plus souvent, conçus *a priori*.

Et pourtant il n'en est pas ainsi. Et quelques traits suffisent à qualifier les spécificités de l'intervention sanitaire dans les pays en voie de développement. Sans vouloir caricaturer des actions souvent indispensables et courageusement menées, les programmes de développement s'adressant aux pays du Sud peuvent cependant être caractérisés par quatre larges propriétés.

1. *Ces projets sont soumis à de fortes variations* et cette inconstance conduit, par exemple, à « passer » abruptement des soins de santé primaire à l'initiative de Bamako puis à une réforme hospitalière... Tout cela est sans doute nécessaire. Mais, si les orientations changent, les populations se souviennent, et les acteurs formés lors de différentes campagnes de santé tentent d'utiliser au mieux de leurs intérêts les compétences qu'ils ont pu acquérir. C'est ainsi, pour ne prendre que deux exemples, que les populations évaluent l'obligation de paiement des soins en regrettant l'époque post-coloniale où les soins étaient gracieusement dispensés, ou que les hygiénistes formés dans les villages tentent d'occuper des emplois salariés dans la fonction publique (19)... Bref, à la succession rapide des hypothèses d'action des développeurs répondent des « logiques d'empilement » des populations et de multiples stratégies correspondant aux arènes politiques locales (4).

2. *Ces actions sont uniformes* et tentent d'appliquer de mêmes modèles et de semblables politiques sanitaires, quels que soient les contextes socio-économiques des états concernés. À ce titre, la notion de « modélisation » souligne combien certains responsables de santé publique pensent l'action depuis leur projet, ne considérant le monde social que sous la forme d'un « contexte ».

3. *Ces projets ne bénéficient que très rarement d'évaluations scientifiques*. Et, par exemple, rien n'explique pourquoi de grandes institutions choisissent de promouvoir un modèle après un autre.

4. *Enfin, ces vastes programmes de développement sont hétéronomes* aux contextes sociopolitiques rencontrés. Plus que des choix des pays concernés, les décisions proviennent largement des organisations internationales qui choisissent de les promouvoir.

Face à ces difficultés, et à cette confusion, il est indispensable d'en revenir aux études empiriques. Et nous espérons que les quelques travaux de sciences sociales que nous présentons peuvent nous aider à dresser un état des lieux utile parce que réaliste.

Pour progresser de manière modeste dans cette réflexion, nous irons au plus court, en résumant les quelques textes dont nous nous proposons de commenter les résultats, sous la forme du tableau I.

Ces quelques textes, présentés à très grands traits, offrent la possibilité d'un premier diagnostic. Mais avant tout, soulignons que sous la plume de l'anthropologue, la description des mondes de la santé et de ses professionnels s'ouvre à diverses caractéristiques sociales. Elle déborde d'une trop stricte définition technique pour inclure un ensemble de spécificités liées aux contextes locaux.

En effet, globalement, ces textes « ouvrent » la réflexion sanitaire à trois thèmes, différents de ceux que propose habituellement la santé publique : la fréquence et l'importance des incompréhensions linguistiques, les violences comportementales des personnels et l'instabilité de leurs corps professionnels, et un fonctionnement de l'Etat caractérisé par des phénomènes de corruption.

Si l'on s'accorde sur la validité des descriptions proposées par ces différents textes, ne sont-ce point tous ces éléments qu'il faudrait « travailler » si l'on souhaite engager une véritable réforme du système de santé, une réforme qui ne soit pas que de papier ?

QUELQUES DYSFONCTIONNEMENTS D'UN POINT DE VUE ANTHROPOLOGIQUE

Le dialogue sanitaire comme pouvoir

En aucun pays, la langue scientifique ne correspond aux langages populaires. Mais les écarts entre un code scientifique et des parlars locaux sont particulièrement importants lorsque le langage médical est construit à partir du français ou de l'anglais alors que les populations s'expriment dans un idiome local.

Ces langages populaires n'en sont pas moins « complets » et respectables. Simplement, ne s'étant jamais trouvés dans l'obligation de nommer certains objets et opérations techno-scientifiques complexes, ces langues « du terroir » ne sont pas équipées scientifiquement. De ce fait, d'indispensables notions médicales ne peuvent être traduites simplement dans les langues vernaculaires, sans périphrases ou création de néologismes.

Problème de sens, bien sûr... Mais il ne faudrait pas que l'insistance portée sur les questions de traduction nous

Tableau I - Les dysfonctionnements décrits.

Référence de l'étude	Dysfonctionnements décrits	Explications proposées	Interventions proposées
Le « corps des sages-femmes ». Etude réalisée en 1993 à Niamey (Niger) (12).	Examen clinique « bâclé » Mauvais dépistage des risques Insultes, violences, négligences lors de l'accouchement	Différence entre les origines sociales des sages-femmes et des parturientes Anonymat urbain Ensemble de sentiments ressentis par les sages-femmes Différence entre postures « traditionnelles » et « médicales » de l'accouchement	Mise en place d'une déontologie Introduire des données sociales dans la formation initiale
A quoi sert l'hôpital africain ? Etude réalisée à Brazzaville (8).	Structures non fonctionnelles Mauvais accueil des soignants Absence des personnels soignants dans les services Absence de médicaments et impossibilité d'effectuer des examens biologiques Nécessité de soudoyer les soignants	Récession économique Recul de la participation de l'Etat au fonctionnement des structures publiques Salaires non versés	
Pourquoi les sages-femmes sont-elles violentes avec les parturientes ? Etude réalisée en Afrique du Sud en 1998 (14).	Insultes, violences et négligence des sages-femmes Sages-femmes rudes, inhumaines, peu chaleureuses, personne ne montre de tendresse	Histoire de « l'africanisation noire » de la profession entraînant la constitution d'une « élite » déconnectée de la population Contexte racial et violence sociale généralisée Sages-femmes évoquant les difficultés de travailler avec le « public »	Travailler à l'amélioration de la formation des sages-femmes et introduire des enseignements d'anthropologie médicale dans le cursus de formation des sages-femmes. Conduire des débats sur les lieux de travail Pouvoir sanctionner les abus
Les identités professionnelles des médecins au Burkina-Faso (6, 7).	Restrictions diagnostiques Absence de supports thérapeutiques Rapports concurrentiels avec les soignants informels (guérisseurs, etc.)	Manque de moyens techniques et financiers. Conflits entre responsabilité professionnelle (suivre une démarche de soins « standardisée ») et humaine (trouver des solutions malgré les difficultés)	Mener une réflexion sur la responsabilité des Etats et des bailleurs de fonds sur la situation faite aux soignants dans les PVD
Les acteurs sociaux face à la santé publique en Algérie (15)	Médecins généralistes désabusés Médecine apparaissant comme un non-sens Incompréhension réciproque entre soignants et soignés	Absence de responsabilité politique de l'Etat et gestion autoritaire des structures sanitaires	
Les dysfonctionnements des services de santé en Afrique de l'Ouest (13)	Corruption Violences envers les parturientes Actes médicaux effectués par des personnes incompetentes Négligence envers les malades anonymes	Décalage entre formation et pratique Contraintes sociales et professionnelles des personnels « Burn out » des personnels	Séparation entre sphère publique et privée et « mise à distance » des obligations liées à la parenté Amélioration des salaires Adaptation des formations aux professions médicales

fasse oublier que la langue est aussi un capital culturel qui est partie prenante, dans un ensemble de rapports de forces.

Allons au plus concret et au plus quotidien. Dans une pratique de soin courante, l'opération de traduction consiste en la réalisation d'actions simples et observables : accepter d'écouter le patient, lui expliquer sa maladie et ses préventions. Ce travail apparemment linguistique est donc aussi un rapport symbolique manifestant que le soignant souhaite, ou refuse de se « mettre à la portée » de son interlocuteur.

Or, toutes les observations le soulignent, dans la plupart des cas, la relation sanitaire se caractérise par l'univocité médicale de l'interprétation. Autrement dit, la traduction est à sens unique, et consiste à réduire le champ sémantique

des langues vernaculaires selon le langage qui sert à l'interprétation.

Cette opération est certes nécessaire à l'établissement du diagnostic. Elle laisse cependant un « reste » : le patient qui n'a pu expliquer ses craintes et ses incertitudes, ses conceptions du mal...

« L'échange » langagier construit ainsi une relation d'autorité où l'on peut se demander si les soignants ne parviennent simplement pas à comprendre et décoder les propos de leurs interlocuteurs, ou s'ils ne veulent pas, en acceptant une situation de dialogue, renoncer à une partie de leur pouvoir. Pouvoir, qui dans la relation sanitaire, se manifeste entre autres par une rétention de l'information et un refus de

reconnaissance de l'identité et des choix de la personne ou des populations malades.

Cette question d'ethnolinguistique est donc révélatrice d'une forme spécifique de domination puisque accepter d'écouter inciterait à reconnaître les droits du malade, à reconnaître le dire des populations comme un discours, non pas forcément vrai, mais légitime (5).

Et c'est pourquoi un préalable est nécessaire à un accueil respectueux, et à la compréhension des mots qu'utilise un malade pour formuler sa demande de soin : accorder aux patients une existence suffisante pour juger leurs propos dignes d'être écoutés et analysés.

Une consultation n'est donc pas un espace socialement neutre consacré à un travail d'écoute. L'interaction langagière y est grosse d'inégalités culturelles et sociales, et l'acceptation ou le refus de « décoder » linguistiquement les termes vernaculaires utilisés par le patient engage des relations de pouvoir, manifestes notamment dans les diverses formes de reconnaissance que le soignant accorde à son interlocuteur.

Identités et pratiques des personnels de santé

Dans la plupart des cas, les salaires des personnels de santé sont bas. Ils correspondent globalement au prix d'achat des céréales de base¹, et ne peuvent donc assurer la vie d'une famille, et moins encore d'une large maisonnée. Ces émoluments ne permettent pas non plus d'assumer les indispensables dons et contre dons sur lesquels se fonde l'entraide entre familles ou « promotionnaires ».

C'est pourquoi, dans bien des cas, pratiquer une honnêteté scrupuleuse, signifierait prendre un risque social réel, puisqu'en « n'observant pas le code admis de l'honneur ou de la générosité », l'individu se couperait de la communauté et deviendrait un paria ; ensuite parce que toutes les obligations sociales sont à long terme réciproques, et qu'en les observant l'individu sert également au mieux ses intérêts « donnant donnant » (Polanyi 1983).

Certes, les programmes de développement innovent techniquement. Mais, à bas bruit, ils imposent aussi, dans leurs domaines partiels, des formes de gestions particulières : des sortes d'îlots souvent administrés - tout au moins officiellement - selon les normes des donateurs ou du ministère concerné. Cette économie désincarnée, qui implicitement correspond à l'identité d'un acteur qui serait déconnecté de son ensemble familial, se veut, et est parfois rigoureuse. Mais elle n'est pas forcément en cohérence avec les économies familiales.

Elle oblige, en effet, l'acteur à articuler des actions dans des mondes disjoints. Et, par exemple, dans bien des cas, pour un individu, s'inscrire dans une logique gestionnaire drastique, comme le souhaitent les programmes de santé publique, impliquerait qu'il choisisse une « désaffiliation active » de son collectif social et familial.

¹ Les salaires s'échelonnent de 15 000 à 100 000 Cfa. À titre de comparaison, au Mali 50 Kg de riz coûtent aux alentours de 15 000 Cfa.

² Pour une illustration d'une telle méthode de formation, nous renvoyons à Jaffré (2003).

La clôture des centres de santé n'est donc qu'apparente. Le micro-système économique des institutions sanitaires est une simple fonction d'une organisation sociale, où s'enchevêtrent des obligations et des réciprocitys, et pour le dire fort simplement, parfois être un bon père ou chef de famille implique d'être un soignant cupide. Et, dans bien des cas, les programmes de santé ou tout au moins leur mode de gestion viennent dissocier les jugements normatifs internes aux programmes des jugements normatifs d'approbation propres aux collectivités d'appartenance.

Revenons au « terrain ». Loin des discours « humanistes » invoquant le dévouement envers le malade, fort pragmatiquement, les agents de santé doivent pallier leurs difficultés pécuniaires, et ils s'y emploient de diverses manières.

Une première économie d'appoint, celle des perdiems, séminaires ou missions, est officielle et se surajoute aux salaires avec la régularité des primes. En général captés par le haut de la hiérarchie, ces gains s'ajoutent aux soldes des plus nantis. Cette économie (2) visible et admise, bien que conduisant à la désorganisation chronique des services, est le plus fréquemment organisée par les ONG et les « projets de coopération », pour s'attacher les services des personnels de l'État, voire parfois pour en détourner les meilleurs afin qu'ils « montent des programmes »... pour aider des États qui justement ne disposent pas de cadres compétents, etc.

Un autre secteur, plus « informel », associé au vu et su de tous, des « perruques » et des « débrouillardises locales » : utilisation de la chaîne de froid et des réfrigérateurs affectés au dépôt des vaccinations pour rafraîchir et vendre des boissons, prix à payer pour enterrer les placentas, revente des produits distribués gracieusement par les délégués médicaux, etc..

D'autres tractations connues, mais n'étant pas officielles, s'appuient sur un fonctionnement lié à la profession, comme l'achat réitéré des mêmes gants pour les accouchements. D'autres encore utilisent des sociabilités locales et demandent par exemple, « le prix de savon » après - et souvent avant - les accouchements, ainsi que cela se faisait dans le monde rural, pour remercier les vieilles accoucheuses.

Enfin, d'autres tactiques, moins licites, et souvent préjudiciables à la santé des patients, peuvent aussi être mise en œuvre : division du produit des perfusions afin de vendre plusieurs fois un unique traitement, détournement et revente des médicaments à plusieurs malades, paiement préalable à toute injection, utilisation abusive et lucrative des ocytociques pour déclencher rapidement les accouchements², etc. Certes, ces diverses pratiques sont légitimées de multiples manières. Dans les faits, cependant, l'économie réelle des centres de santé s'étend des tactiques officielles, à la violence des négligences thérapeutiques et au vol de produits chez les malades (10).

La santé : une forme de distribution des biens publics

Certes, le domaine de la santé est spécifique et bénéficié d'une certaine autonomie sociale. Mais il n'est pas indépendant des contextes socioculturels où il s'insère et les

études que nous avons choisies de commenter soulignent combien le fonctionnement des systèmes de santé est semblable à celui d'autres administrations et est inclus dans celui de l'Etat et de son mode de gouvernance.

Cette remarque relève de l'évidence. Mais elle oblige, par exemple, à prendre un peu de recul et à se déprendre de quelques illusions concernant les « actions de développement sanitaire ». Par exemple, il est courant de promouvoir des « centres de santé associatifs » que l'on peut ainsi définir : « l'idée maîtresse des CSCOM (Centre de santé communautaire) réside dans le contrôle des usagers sur l'offre de soins et donc sur leur responsabilisation à l'égard de leur propre santé, de celle de leur famille et de celle de leur lieu de vie (qu'il s'agisse d'un village ou d'un quartier), le mode d'organisation préconisé doit s'inscrire dans une dimension dominée par le droit (...). Un tel choix affirmera l'adhésion profonde au principe de citoyenneté... » (1).

Certes ces centres peuvent être utiles et offrir parfois une bonne qualité des soins. Mais, on l'aura compris, en restreignant leurs études au strict champ de la santé, certains projets de développement sanitaire risquent de prendre leurs espoirs pour la réalité et se priver ainsi de toute efficacité et possibilité d'analyse. Ici encore, l'étude empirique doit être prioritaire. Et, pour ce qui concerne l'imbrication des champs de la santé et du politique, un constat s'impose observées dans des contextes politiques, économiques et culturels très variés, les réformes de décentralisation non seulement n'ont pas enrayé le phénomène, de la corruption politique et administrative, mais ce sont révélées être un de ses foyers principaux.

Bref, « la corruption », loin de constituer une simple déviation des normes régissant l'administration publique, peut être érigée en véritable mode de « gouvernance », lorsqu'elle devient la norme et non l'exception » (3).

La question de l'Etat est au centre de la question de la réforme du système de santé. Banalité certes, mais cela signifie qu'on ne peut espérer une transformation du système de santé sans prendre en compte l'ensemble des modes de distribution des biens publics.

Pour le dire plus trivialement, peut-on espérer un fonctionnement idéal des services de santé alors que les autres secteurs administratifs comme la douane (17), ou l'école (11), ou encore la distribution d'électricité sont largement régis par une économie de la corruption ?

Si les projets de développement se définissent de manière autonome en segmentant le tout social selon des secteurs d'activité spécifiques, les acteurs, eux, circulent... Comment, dès lors, n'adapteraient-ils pas leurs conduites dans les centres de santé à ces normes générales d'acquisition et de redistribution des richesses ?

QUELQUES OUTILS D'UN POINT DE VUE ANTHROPOLOGIQUE

Il est bien sûr toujours plus facile de critiquer un ensemble d'actions que de les réaliser. Et face à l'urgence il faut agir. Cependant, il importe de souligner que les projets de santé publique sont souvent élaborés plus en fonction d'un

monde souhaité qu'à partir des sociétés telles qu'elles sont dans leur complexité. C'est pourquoi, souvent, la mise en œuvre sur le terrain de ces projets aboutit à de multiples formes de « dérives » (16), et « détournements » des objectifs et moyens du projet par les acteurs concernés.

On pourrait, à ce sujet, parler de « négociation informelle » au sens où tout projet est « négocié » dans la pratique par ses opérateurs comme par ses utilisateurs.

Ces processus comportent de nombreux aspects pervers et contre-productifs. Et le drainage des meilleurs professionnels de santé vers les « projets » (comme cadres), que ces projets relèvent d'organisations internationales, de coopérations bilatérales ou d'ONG, n'en est pas le moindre. La « santé publique » apparaît alors comme une filière de promotion sociale et financière, qui induit, au nom de l'amélioration de la qualité des soins, une sorte de « fuite des cerveaux », laquelle détériore plus encore, par le même mouvement, cette qualité des soins recherchée...

La généralisation des « formations », elles aussi visant à améliorer la qualité des soins, aboutit à des effets identiques : elle désorganise les services en même temps que l'absence répétée des soignants ne contribue guère la délivrance d'un meilleur service thérapeutique ...

Face à ces constatations, les quelques réflexions que nous venons de « laisser filer » à la traîne de ces textes ayant pour thèmes les dysfonctionnements des systèmes de santé, nous incitent à souligner l'importance de deux types de réponses.

Il s'agit tout d'abord d'entreprendre un travail « de proximité ». En effet, en Afrique - et globalement dans les pays en voie de développement - bien des « projets » tentent de mettre en place des dispositifs institutionnels ou de promouvoir une modification des conduites, mais souvent maladroitement, en projetant sur ces sociétés non seulement des modèles techniques réalisés ailleurs, mais plus encore les implicites sociaux qui gouvernent ces modèles.

Par exemple, ces programmes de développement présupposent une stricte différence entre le familial et le professionnel : or il n'en est rien. Les charges sociales des professionnels expliquent la « petite corruption » et, en partie, la qualité des conduites de soins.

Par ailleurs, certains secteurs sociaux comme le politique ou la religion ne sont jamais inclus dans la réflexion. On se limite au « professionnel » en supposant, à tort, qu'une formation technique pourra entraîner le « goût du travail bien fait »... Or il n'en est rien. L'envie d'œuvrer pour le bien commun implique à la fois des conditions matérielles mais aussi une déontologie permettant la construction d'une constante relation à l'autre malade. Comment penser ces questions, sans réflexion sur les normes morales et les modalités de la reconnaissance constituant localement un lien social spécifique ?

On peut donc se demander si des négociations formelles avec les acteurs de terrain, professionnels comme usagers, sur les lieux même d'exercice de la profession, loin des séminaires et des cursus de santé publique, mais au cœur des pratiques soignantes, négociations au long cours où seraient simultanément mis sur la table les problèmes de moyens,

d'effectifs, de qualification, mais aussi de mépris des malades, de manque de conscience professionnelle, d'absence de sanction, de non-suivi des procédures (quand il y en a), de désorganisation des services, d'absentéisme, de corruption, etc..., ne constitueraient pas une approche préférable à cette multiplication des projets en tous genres dans le secteur de la santé (4).

Par ailleurs, la formation initiale des professionnels de santé est souvent bien éloignée des conditions d'exercice des futurs soignants. Rien n'est véritablement envisagé des difficultés et de la nécessité du dialogue avec les malades. Pas plus ne sont analysées les conditions effectives de la pratique professionnelle, et pour cela l'enseignement est souvent plus rhétorique que pratique alors qu'il faudrait orienter l'enseignement vers l'analyse des problèmes sanitaires.

Beaucoup de rêves sans doute, et ces actions sont lentes, peu visibles et difficilement évaluables. Mais soulignons simplement pour conclure, qu'autant que de «projets», le développement sanitaire nécessite l'instauration d'un langage de la vérité.

RÉFÉRENCES

- 1 - BALIQUE H - Le concept de communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaires du Mali. In «HOURS B - Systèmes et politiques de santé». Karthala ed, Paris, 2001, pp 275-283
- 2 - BERCHE T - 1998, Anthropologie et santé publique en pays dogon. APAD-Karthala ed, Paris.
- 3 - BLUNDO G - La corruption comme mode de gouvernance locale : trois décennies de décentralisation au Sénégal. *Afrique contemporaine* 2001 ; **Numéro Spécial 3^e trimestre** : 115-127.
- 4 - BIERSCHENK T, OLIVIER DE SARDAN JP - Les pouvoirs au village. Le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation. Karthala ed, Paris, 1993. (*Sur ces pratiques d'empilement et d'arènes politiques locales, nous renvoyons notamment à Bierschenk et al. 1998*).
- 5 - BOURDIEU P - Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques. Fayard ed, Paris, 1982.
- 6 - GOBATTO I - Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle. L'Harmattan ed, Paris, 1999.
- 7 - GOBATTO I - Les médecins acteurs dans les systèmes de santé - Une étude de cas au Burkina Faso. In «HOURS B - Systèmes et politiques de santé». Karthala ed, Paris, 2001, pp137-162
- 8 - GRUÉNAIS ME - À quoi sert l'hôpital africain ? L'offre de soins à Maman Bwale (Brazzaville). Les annales de la recherche Urbaine 1996 ; **73** : 118-128
- 9 - HUGUET D, DUPONCHEL JL, DECAM C - Utilisation des ocytociques au cours du travail, Document multcopié, Bamako, Division de la Santé Familiale et communautaire, 1997. (*Huguet et alii (1997) notent : « Dans les accouchements non dystociques, l'utilisation des ocytociques par les sages-femmes à de forts taux (68,7% en maternité publique et 65,5% en centre hospitalier) peut être considéré comme injustifiée, voire, pour certains auteurs, potentiellement dangereuse pour le nouveau-né »*).
- 10 - JAFFRÉ Y - Le souci de l'autre : audit éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée. *Autrepart* 2003 ; **28** : 95-110.
- 11 - JAFFRÉ Y, DICKO F - La conjugaison des difficultés : école et santé à Bamako (Mali). *Afrique contemporaine* 2000 ; **Numéro Spécial** : 259-266.
- 12 - JAFFRÉ Y, PRUAL A - Le corps des sages-femmes, entre identités professionnelle et sociale. *Sciences Sociales et Santé* 1993 ; **11** : 63-80
- 13 - JAFFRÉ Y, OLIVIER DE SARDAN JP - Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Karthala ed, Paris, 2003. (*Sur l'ensemble de ces processus et sur une tentative d'explication nous ne pouvons que renvoyer à notre ouvrage, Jaffré et Olivier de Sardan (op. cit. 2003)*).
- 14 - JEWKES R, NAEEMAH A, ZODUMO M - Why do nurses abuse patients ? Reflections from south African obstetric services. *Soc Sci Med* 1998 ; **47** : 1781-1785.
- 15 - MEBTOUL M - Les acteurs sociaux face à la santé publique : médecins, état et usagers (Algérie). In «HOURS B - Systèmes et politiques de santé». Karthala ed, Paris, 2001, pp 103-116.
- 16 - OLIVIER DE SARDAN JP - Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social. Karthala ed, Paris, 1995.
- 17 - OLIVIER DE SARDAN JP - La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest. *Autrepart* 2001 ; **20** : 61-73
- 18 - POLANYI K - La grande transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps. Gallimard NRF ed, Paris, 1983.
- 19 - VAN LERBERGHE W, DE BROUWERE V - Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne. *Afrique contemporaine* 2000 ; **Numéro Spécial, 3^e trimestre** : 175-190. (*Sur ces différents aspects historiques et économiques, nous renvoyons à Van Lerberghe V. et de Brouwere (2000). Ces auteurs évoquent et documentent notamment ce qu'ils nomment : « de déclarations vagues en querelles d'école »*).

*Le Médecin général inspecteur QUEGUINER, Directeur de publication,
le Médecin chef des services GRAS, Rédacteur en chef de Médecine Tropicale
et le Comité de rédaction associé au Comité éditorial,
vous présentent leurs meilleurs voeux pour l'année
2005.*