

## Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne

*Marc-Éric Gruénais \**

Les structures de soins publiques, en Afrique subsaharienne, se caractérisent et sont caractérisées très souvent par leur mauvais fonctionnement [Jaffré et Olivier de Sardan, 2003] et le mauvais traitement des patients [Jewkes, Naeemah *et alii*, 1998], par des personnels de santé qui, confrontés à des conditions de vie difficile, sont souvent davantage préoccupés à compléter leurs revenus qu'à dispenser des soins [Ferrinho et Van Lerberghe, 2000], à tel point que l'on peut arriver à se demander pourquoi les patients se rendent encore dans des établissements de soins [Gruénais, 1996]. Face à ces constats sévères, qui attestent finalement du peu de considérations des personnels de santé à l'égard des patients dans les structures publiques, les réflexions de santé publique se multiplient sur les stratégies à adopter pour améliorer la qualité des soins [Haran, Iqbal *et alii*, 1993; Whittaker *et alii*, 1998; Kegels, 1999] et dynamiser la performance des systèmes de santé [Murray et Frenk, 2000]. Dans ce contexte, le secteur privé fait volontiers figure d'alternative: «Initially, the message from international financial institutions such as the World Bank, and bilateral donors, such as USAID, was a simple one: reduce the level of government involvement in health care and promote the private sector» [Bennett, Mc Pake *et alii*, 1997, p. 2]. Aujourd'hui, l'ensemble des agences de développement et des instances internationales (Banque mondiale, OMS, Union européenne, etc.) considèrent que toutes les structures de soins, privées comme publiques, sont constitutives à part entière des systèmes de santé nationaux. Plus que jamais, le secteur privé bénéficie d'une opinion favorable au regard de la rigueur de sa gestion, liée notamment à la nécessité de ne compter que sur ses propres forces pour assurer sa pérennité, gage de la qualité du service. Cependant les bailleurs de fonds, représentants d'États du Nord, employant nombre de fonctionnaires ou assimilés, qui œuvrent pour le développement des États du Sud en accordant une attention particulière aux plus pauvres, ont encore quelques réticences à traiter directement avec les représentants du secteur privé lucratif. En revanche, ces réticences sont levées dès qu'il s'agit du secteur privé non lucratif, prioritairement représenté par les

\* Anthropologue, IRD, Institut d'Études Africaines, Université de Provence, case 58, 3, place Victor Hugo, 13331 Marseille cedex 3, gruenais@up.univ-mrs.fr.

ONG et les institutions confessionnelles. Ainsi, dès 1993, la Banque Mondiale proposait de

subventionner les producteurs de soins de santé du secteur privé qui assurent des services cliniques de premières nécessités aux pauvres. Cela commence déjà à se faire et il faut poursuivre sur cette voie. Beaucoup de pays d'Afrique, comme le Malawi, l'Ouganda et la Zambie, subventionnent les dépenses de fonctionnement d'hôpitaux et dispensaires ruraux rattachés à des églises ainsi que la formation de leur personnel de santé» [Banque Mondiale, 1993].

Les entreprises sanitaires confessionnelles, au premier rang desquelles il convient de placer les entreprises chrétiennes<sup>1</sup>, constituent des partenaires privés d'autant plus «politiquement corrects» qu'elles se caractérisent, selon l'entendement commun, par leur désintéressement et leur engagement envers les plus démunis. Face aux dysfonctionnements des structures de santé publiques si souvent soulignés, au manque de déontologie des personnels rémunérés par l'État, les qualités reconnues à l'offre de soins confessionnelle amènent à poser la question suivante: l'adhésion à des valeurs, en l'occurrence chrétiennes, qui vont au-delà du savoir-faire technique («amour du prochain», désintéressement, attention aux plus démunis, etc.) contribue-t-elle à dispenser des soins de qualité? Cependant, en amont d'une interrogation sur les valeurs, ne convient-il pas aussi de s'interroger sur les conditions de production de soins de qualité, d'une part, et de se demander, d'autre part, si la qualité attribuée à l'offre de soins confessionnelle n'est pas parfois davantage postulée que véritablement documentée, et si, au bout du compte, cette qualité n'est pas aussi très limitée en regard de la globalité et de la continuité des soins tant valorisées par les modèles de santé publique. Je me propose ici d'aborder ces questions à partir d'observations secondaires<sup>2</sup> effectuées principalement au Cameroun, mais aussi au Burkina Faso, au Congo Brazzaville et en République Centrafricaine.

### La proximité du religieux et du médical: un label de qualité?

Religion et guérison, on le sait, ont partie liée depuis la fondation du christianisme, et ce lien «organique» se développe notamment en Afrique dans le cadre d'églises prophétiques, des mouvements de Réveil et autres renouveaux charismatiques, la maladie et sa guérison étant le plus souvent les «formes élémentaires» [Augé, 1984] de la conversion. Pour les prêtres et les pasteurs des Églises «historiques», la maladie apparaît aussi comme une expérience ontologique et religieuse fondamentale<sup>3</sup>. Et il n'est jusque dans les discours des malades que des correspondances sont identifiables. Ainsi, tous ceux qui se sont intéressés

1. Dans notre perspective de questionnement de la «qualité des soins», l'offre de soins confessionnels dont il s'agira ici est celle issue des missions catholiques et protestantes européennes, à l'exclusion notamment de «cultes de guérison» qui se situent dans les mouvances pentecôtistes et prophétiques et qui ne sauraient être pris en compte dans une réflexion sur la structuration des systèmes de santé officiels nationaux.

2. J'appelle ici «observations secondaires» des éléments recueillis à la marge de divers travaux d'enquête menés dans le cadre de projets portant pour l'essentiel sur l'organisation des systèmes de santé.

3. On pourra se reporter, par exemple, à E. de Rosny [1992], ou encore, sur les relations ambiguës entre religion et guérison à propos du sida, à mon article [Gruénais, 1999].

aux associations de personnes vivant avec le VIH/sida en Afrique savent combien est délicate et codifiée la période liminale du «témoignage» devant des membres de l'association, le témoignage venant en quelque sorte officialiser la reconnaissance par les pairs et l'entrée dans l'association. De même, dans les assemblées de la mouvance pentecôtiste, dont on connaît le succès dans les pays du Sud<sup>4</sup>, le «témoignage» (à propos d'un événement censé manifester la puissance divine) est aussi un élément central du rituel. La proximité entre l'ordre médical et l'ordre religieux est aussi professionnelle, si l'on peut dire. Que l'on songe, par exemple, à la référence à la «vocation» à l'origine du choix professionnel, religieux ou médical, aux vertus d'abnégation, de dévouement, de disponibilité pour traiter la douleur (physique ou morale) de personnes en détresse communément associées aux deux univers.

Pour certains, ce parallèle, un peu convenu, entre professions médicale et religieuse, va plus loin. Ainsi, E. Freidson [1984] faisait du médecin une figure emblématique de «l'entrepreneur de morale», s'adressant à des «profanes» (ses patients), et il comparait volontiers attitudes médicales et religieuses. M. Balint, pour sa part, identifiait la «fonction apostolique» comme une des principales caractéristiques de la pratique du médecin :

La mission ou fonction apostolique signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade... Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer, de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients [Balint, 1975, p. 228; souligné par l'auteur].

Le médecin, comme le religieux dit la norme, donne les «bons conseils», tente de modifier les comportements néfastes et connaît, mieux que le patient ou l'adepte lui-même, le sens à donner à leur vie.

Nous sommes certes ici dans le domaine des analogies, des métaphores, voire des jeux de mots. Cependant, dès lors que l'on s'interroge sur la qualité réelle ou supposée des soins dans les pays du Sud, on va bien au-delà de la seule rhétorique. La petite corruption, le racket, la violence, le mauvais accueil, etc., qui ponctuent assez généralement les descriptions des relations qui s'instaurent entre usagers et personnels de santé dans des structures de santé publiques en Afrique seraient absents des structures confessionnelles; le délabrement des équipements, l'absence d'hygiène, l'absentéisme de personnels soumis à une hiérarchie s'adonnant en priorité à des activités privées destinées aux plus riches ne s'observerait pas dans des centres médicaux chrétiens tout entier dominés par l'attention à l'autre et le désintéressement.

En fait les opinions favorables à l'égard des structures confessionnelles procèdent de l'intuition que les valeurs religieuses viendraient amplifier les vertus (d'empathie, de dévouement, etc.) attendues des personnels de santé. Cependant,

4. Pour un ouvrage récent sur la question, on pourra se reporter à Corten et Mary [2000].

les personnels de santé rencontrés dans les structures publiques, qui dispensent donc plutôt des soins de mauvaise qualité, ne cachent pas leur adhésion aux valeurs chrétiennes, surtout lorsqu'ils ont reçu une formation initiale et/ou professionnelle dans un environnement chrétien: pourquoi alors ces derniers, dès lors qu'ils travaillent dans le secteur public, traitent-ils mal leurs patients? En d'autres termes, si l'offre de soins dans les établissements chrétiens est globalement de meilleure qualité que celle des établissements publics, alors que l'on est susceptible de trouver dans ces deux types de structure le même personnel chrétien, c'est donc que la seule adhésion à des valeurs chrétiennes n'est pas explicative, et qu'il faut bien plutôt rechercher les causes de la meilleure qualité dans les organisations que sont les Églises chrétiennes et leur entreprise sanitaire. Les personnels exerçant dans les structures confessionnelles seraient en quelque sorte contraints à la mise en œuvre de bonnes pratiques cliniques par leur environnement professionnel religieux, par la «culture de service» propre aux structures confessionnelles, et non pas du fait d'une adhésion individuelle à des valeurs religieuses?

Les oppositions établies entre structures privées confessionnelles et structures publiques sont parfois pas trop tranchées; la qualité des prestations des structures confessionnelles n'est pas attestée toujours et partout, et il n'est certainement pas aisé, à l'heure actuelle, d'évaluer rigoureusement l'ampleur réelle des différences entre les deux types d'offre de soins. Certaines observations tendent à montrer que parfois structures confessionnelles et structures publiques diffèrent peu quant à la qualité du «service». À l'instar des secondes, les premières peuvent être tout aussi vétustes avec des personnels dont les comportements ne se caractérisent pas toujours par la probité, comme l'atteste la description suivante à propos d'un hôpital confessionnel urbain au Cameroun:

Quelques-uns des patients hospitalisés ne reçoivent pas régulièrement leur traitement et leur état n'est pas surveillé par le personnel paramédical; ceux qui arrivent nouvellement dans le service sont ignorés; lorsqu'une perfusion doit être enlevée, c'est le garde-malade qui est chargé de retirer lui-même l'aiguille. Des malades sont re-foulés à l'entrée de l'hôpital ou à l'accueil, pour la simple raison qu'ils n'ont pas leur carte de malade sur eux. Un commerce parallèle de médicaments... se développerait depuis longtemps au sein de l'établissement... les règles de base en matière de salubrité ne sont pas respectées... [Nkoa Steinmetz, 2000, p. 72]

Dans les structures confessionnelles, comme dans les structures publiques, des personnels de santé peuvent également faire grève, sans «service minimal», comme j'ai pu le constater au Burkina Faso. Souvent, les personnels des centres de santé confessionnels ne bénéficient guère des formations de recyclage proposés aux personnels de la fonction publique, et donc sont parfois moins informés que ceux-ci sur certaines avancées thérapeutiques. Par ailleurs, dans les différents pays où j'ai pu enquêter, des témoignages concordants font état de personnels de structures confessionnelles périphériques pour lesquels seul leur centre (surtout s'il est dirigé par un(e) expatrié(e), sœur, prêtre ou pasteur) est susceptible d'offrir les meilleurs soins; dès lors, les personnels de tels centres sont amenés à aller au-delà de leurs compétences, référant alors parfois trop tard

le/la patient(e) à une structure publique dotée de compétences supérieures. Il existe donc aussi des centres confessionnels qui délivrent des soins de mauvaise qualité à l'instar des structures publiques; et il ne suffit donc pas qu'une structure de soins appartienne au secteur confessionnel pour que les services délivrés soient *ipso facto* de bonne qualité.

Les structures confessionnelles sont soumises à des contraintes spécifiques, par exemple en ce qui concerne leurs personnels. L'employeur étant le diocèse, la congrégation islamique, ou une Église protestante, d'autres critères que professionnels ou organisationnels peuvent présider au recrutement des personnels, comme le prouve ce constat, toujours à propos d'établissements chrétiens du Cameroun: «Les critères de sélection apparaissent plus proches de la doctrine chrétienne que d'une stratégie de l'emploi en adéquation avec les contingences auxquelles l'hôpital doit faire face...», comme l'illustre le cas d'une personne dans une structure protestante, proche de la retraite, «choisie pour ses qualités humaines et son engagement dans l'Église, [et dont le rôle était] d'encadrer le personnel et d'assurer la discipline mais au-delà de cette mission très générale, elle ne [connaissait] précisément ni ses attributions, ni ses pouvoirs» [Nkoa Steinmetz, 2000, p. 54]. L'importance de l'adhésion des personnels des structures confessionnelles à des valeurs chrétiennes pour exercer dans le cadre de structures confessionnelles est confirmée dans un article qui rend hommage à l'œuvre sanitaire de l'Église évangélique du Cameroun:

L'orientation chrétienne est-elle vraiment une motivation pour le personnel médical? Pour servir comme infirmier à l'hôpital de Njissé, il fallait au préalable signer un engagement. Aux techniques médicales, il fallait joindre l'éthique chrétienne en faisant appel aux préceptes évangéliques dont le fil conducteur est l'amour du prochain [Peerenboom, 1991, p. 86].

Par ailleurs, les contraintes financières propres au secteur privé, associées au caractère non lucratif de l'activité confessionnelle, conduisent souvent les structures confessionnelles à proposer des salaires moins attractifs que le secteur public et avec des possibilités d'avancement limitées. Aussi, il n'est pas rare de rencontrer dans ces structures de jeunes médecins, qui n'ont pu être recrutés dans le secteur public mais qu'ils comptent bien cependant rejoindre le plus rapidement possible; une implication mesurée des médecins dans leur service et un «turnover» important sont parfois la conséquence de cette situation, avec des personnels paramédicaux, parfois peu qualifiés et n'ayant guère d'autre avenir que de se maintenir dans la structure qui les a recrutés, et qui peuvent disposer d'une marge de manœuvre importante pour soigner. Cette incertitude des statuts des personnels des structures confessionnelles avait déjà été soulignée par T. Berche:

Le personnel religieux est toujours le personnel responsable du dispensaire. Le personnel des dispensaires ne se limite pourtant pas à ce personnel religieux. Des personnels nationaux sont engagés "sur le tas" et formés aux tâches d'exécution. Ces personnels subalternes n'ont pas de statut officiel ni de possibilité de promotion professionnelle... [1985, p. 88].

En l'absence de statut très précis, et de formation formelle, il n'est pas toujours aisé de définir précisément les tâches et les rôles de ces personnels.

Comme les structures publiques, les structures confessionnelles sont confrontées aux usagers qui ne payent pas, et bien plus que les premières, l'absence de recettes peut compromettre leur pérennité. Les usagers soulignent plutôt la meilleure accessibilité financière des structures confessionnelles par rapport aux structures publiques<sup>5</sup>; ils avancent en général que, dans les premières on prend *a priori* en charge, même les démunis, ce qui ne serait plus jamais le cas dans les structures publiques où celui qui se présente sans argent ne recevra pas de soins. Cette opinion cependant en dit davantage sur la qualité de l'accueil que sur les tarifs pratiqués. La logique privée des structures confessionnelles les obligent néanmoins à des recettes, et elles ne peuvent évidemment accepter de ne recevoir que des «indigents», dans des contextes où nombre d'usagers ont tôt fait de se présenter comme «démunis». Dès lors, des mesures de rétorsions contre les usagers qui ne payent pas sont adoptées: confiscation des cartes d'identité et des effets personnels, coût des prestations plus élevés pour les femmes enceintes qui ne se sont pas présentées régulièrement aux consultations prénatales requises, etc.

Mais la qualité des soins s'arrête-t-elle à la qualité de l'accueil et des relations entre usagers et personnels de santé? Si l'on rapporte la qualité à la performance des structures de soins mesurée notamment en fonction de la conformité à des normes (en matière de traitement, de pratiques cliniques, etc.), existe-t-il, par exemple, des mesures objectives permettant d'avancer que les prescriptions contre le paludisme sont de meilleure qualité dans les structures confessionnelles que dans les structures publiques? Les personnels de santé dans les structures confessionnelles prennent-ils systématiquement la température, l'âge, le poids des enfants et des femmes souffrant de fièvres? Face à la chloroquinorésistance, les prescriptions de traitements anti-palustres sont-elles toujours liées à un diagnostic fondé sur un examen de laboratoire? Les structures privées, moins contraintes que les structures publiques d'adopter les directives nationales, et peut-être moins susceptibles d'être informées de la modification des protocoles et des standards du fait de personnels qui sont moins touchés que les autres par les formations organisées sous l'égide du Ministère de la santé, n'offrent-elles pas alors des alternatives qui risquent de complexifier encore un peu plus un «paysage thérapeutique» déjà fort perturbé en matière de prophylaxie et de prise en charge des accès palustres en situation de résistance?<sup>6</sup> Par cet exemple précis

5. Les informations obtenues à ce jour ne me permettent cependant pas d'affirmer que les structures confessionnelles seraient moins chères que les structures publiques. Une évaluation pour comparer les prix pratiqués par les unes et les autres serait sans doute très difficile à réaliser, même si l'on s'en tient aux tarifs officiels, tant les modes de tarification peuvent différer: ainsi, d'après mes observations très partielles, pour une même pathologie, les structures confessionnelles privilégient souvent des tarifications à l'épisode, alors que les structures publiques pratiquent plutôt des tarifications à l'acte; de plus, tout dépend de ce que l'on fait entrer dans le coût demandé à l'usager: consultation, examens de laboratoire, médicaments, etc.

6. Dans les systèmes de santé, «prescribing according to the national Essential Drugs List is not enforced. In addition the Essential Drugs List is limited to the public sector alone. The private sector therefore offers an alternative to prescribers and consumers» [Ofori-Adje et Arhinful, 1996, p. 1169].

se rapportant au traitement du paludisme, je voulais surtout souligner qu'affirmer que l'offre de soins proposée par les centres confessionnels est de meilleure qualité que l'offre proposée par les structures publiques procède souvent du seul constat intuitif, en l'absence d'accord sur le type de réalités à mettre sous le label de «qualité des soins», mais aussi en l'absence d'une évaluation comparative «basée sur l'évidence»<sup>7</sup>.

## La légitimité historique du paradigme chrétien

Si l'évidence de la qualité des soins ne permet pas de fonder les opinions globalement favorables à l'égard de l'offre de soins confessionnelles, ne faut-il pas alors aussi en rechercher les raisons dans un paradigme de référence chrétien, qui s'inscrirait en toile de fond des réflexions, positions et initiatives dans le domaine de la santé en général<sup>8</sup>. Deux types de réalités – il y en a sûrement d'autres – repérables historiquement, permettent d'illustrer l'amplification du paradigme chrétien dans les politiques de santé publique dès lors qu'elles s'adressent aux pays du Sud.

L'offre de soins confessionnelle bénéficie d'une très grande légitimité auprès des élites africaines. En Afrique subsaharienne, cadres, directeurs centraux d'administration, techniciens supérieurs, personnels de santé de tout statut, voire hommes politiques actuellement en fonction ont souvent été formés dans des établissements confessionnels, et la culture chrétienne dont ils ont été nourris contribue à leurs bonnes dispositions à l'égard de tout ce qui vient des Églises chrétiennes. Les cadres de l'administration centrale de la santé envisagent aussi plutôt favorablement aujourd'hui toutes les activités du secteur confessionnel<sup>9</sup>: des responsables d'établissements de soins publics ne voient par exemple aucun inconvénient à la présence de personnels religieux, surtout paramédicaux, dans leurs structures, d'autant moins que ceux-ci sont bénévoles ou du moins n'émargent

---

7. Rappelons que l'OMS recommande désormais que les orientations à développer dans un secteur particulier doivent être toutes «basées sur l'évidence» (*evidence based medicine*), c'est-à-dire que l'on doit avoir la preuve que les choix qui seront faits apporteront une amélioration. Dans cette perspective, il n'y aurait donc aucune évidence pour l'instant prouvant que les structures publiques offriraient des soins de meilleure ou de moins bonne qualité que les structures confessionnelles.

8. Ce paradigme chrétien alimentant les réflexions sur la santé coexiste, bien évidemment, avec d'autres paradigmes. On peut en effet considérer que toute politique de santé se structure à partir ou autour de paradigmes spécifiques; ainsi, par exemple, du paradigme «communautaire» qui, depuis la déclaration d'Alma Ata, continue de parcourir les politiques de santé destinées aux pays du Sud, ou encore du paradigme «traditionnel» que l'on voit ressurgir régulièrement avec les tradipraticiens et les accoucheuses traditionnelles; le paradigme «chrétien» en serait un autre. On pourra retrouver des réflexions qui vont dans le même sens dans Dozon et Fassin [2001], et surtout dans les travaux de F. Ewald [1996].

9. Ceci n'a pas toujours été vrai. Par exemple, lorsque le Congo Brazzaville était une république populaire, les établissements sanitaires confessionnels avaient été nationalisés. Mais avec la crise de l'État et l'effritement du modèle socialiste, on a vu réapparaître pasteurs, prêtres et sœurs, dès la fin des années 1980, dans des établissements alors anciennement confessionnels et qui ont fini par être remis aux congrégations religieuses qui avaient créé ces dispensaires. Remarquons cependant que, tout socialiste qu'il fût, le régime congolais d'alors n'avait jamais remis en cause le «petit» et le «grand» séminaire dont nombre de dirigeants étaient issus.

pas au budget de l'État; ces personnels religieux, comme j'ai pu le constater par exemple au Cameroun, sont parfois reconnus comme chefs de service dans la structure de soins et supervisent alors l'activité des personnels de la fonction publique, avec l'assentiment des administrations centrales de la santé. La culture chrétienne des cadres des pays d'Afrique subsaharienne explique sans doute la bienveillance à l'égard de toute entreprise religieuse de santé indépendamment de toute évaluation des performances de celle-ci.

L'offre de soins confessionnelle bénéficie aussi d'une légitimité «exogène» non négligeable. En effet, les partenaires du Nord les plus influents, représentants d'agences de coopération bilatérale et multilatérale, acteurs directs (en tant qu'assistants techniques en charge d'un projet spécifique) ou indirects (agissant uniquement comme bailleurs de fonds) des projets de développement, sont en général aussi plutôt de culture chrétienne et appuient volontiers les initiatives de développement liées à une Église chrétienne en Afrique. Au Cameroun, la Coopération française examine avec bienveillance les demandes émanant d'institutions catholiques; en Centrafrique, la Coopération allemande appuyait une institution protestante dont les activités étaient essentiellement tournées vers les jeunes et en particulier les activités de prévention du sida; ou encore, dans ce même pays, c'est une église catholique japonaise qui affecte un médecin et offre tout le soutien logistique à un centre de prise en charge des personnes infectées par le VIH, installé dans un dispensaire public, et qui était érigé en modèle par les autorités nationales. Par ailleurs, il ne faut pas minimiser la puissance historique des réseaux chrétiens dans l'aide au développement. Par exemple, L.P. Aujoulat, qui participa au gouvernement de la IV<sup>e</sup> république comme Secrétaire d'État à la France d'Outre Mer, fut le fondateur de l'Association de laïcs universitaires et chrétiens et missionnaires (Adlucem) qui œuvra beaucoup pour le développement sanitaire au Cameroun. Au sein du conseil d'administration d'une fondation qui soutient une importante action sanitaire, éducative et de développement agricole au nord du Cameroun siégeaient des grands commis de l'État français, dont un ancien directeur d'une grande société nationale française qui fut également ministre de la V<sup>e</sup> République.

On le sait: l'entreprise sanitaire chrétienne dispose d'une légitimité historique ancienne. «L'œuvre de santé» émanant des Églises chrétiennes (catholiques et protestantes) est indissolublement liée à l'entreprise missionnaire sur l'ensemble du continent africain, et l'offre de soins confessionnelle a très largement contribué à la structuration de l'offre de soins en Afrique. Les administrations coloniales, en effet, concentraient plutôt leurs efforts sur les hôpitaux des grandes villes, et laissaient volontiers aux missionnaires la prise en charge de la santé des populations rurales [Van Lerberghe et De Brouwere, 2000]. Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les Pères Blancs, la Church Missionary Society ou la Mission de Bâle ont formé des personnels africains pour œuvrer dans les dispensaires de leurs missions. Encore aujourd'hui il est fréquent de rencontrer, notamment dans les structures périphériques publiques, des personnels ayant bénéficié d'une formation auprès d'une institution confessionnelle (formation «sur le tas» dans un dispensaire

chrétien, ou formation formelle dans une école paramédicale confessionnelle). Nombre de villages encore très difficiles d'accès restent desservis principalement par des structures confessionnelles, comme dans la province de l'Extrême Nord du Cameroun; dans les villes également, les structures confessionnelles ont parfois un volume d'activités dans certains domaines qui dépasse celui des structures de référence nationales<sup>10</sup>.

L'œuvre de santé chrétienne a donc eu un rôle majeur dans la structuration de l'offre de soins en Afrique, mais aussi dans le développement des métiers de la santé. Un des facteurs fréquemment avancé pour expliquer la faible performance des systèmes de santé en Afrique est l'absence d'un corps professionnel qui se serait constitué de manière endogène, à l'instar de l'émergence de la profession médicale en Europe ou aux États-Unis. J. Illife rappelle ainsi que dans les années 1970, T. Johnson «argued that, except perhaps in colonies of white settlement, no true professions had come into being in former colonies, because the occupations concerned had not grown up and organised themselves from below, as they had in Britain and America, but had been created and controlled by colonial states and their successors» [Illife, 1998, p. 3]. Dans son ouvrage consacré à l'histoire des médecins en Afrique orientale, Illife récuse cette idée; ce qu'avance Johnson est sans doute vrai si l'on en reste au seul système public et laïc de formation, mais beaucoup moins dès que l'on envisage le système confessionnel. En effet, à considérer l'ancienneté, l'importance (en termes de volume de formation et d'offre de soins), et l'influence encore très perceptible aujourd'hui de l'entreprise sanitaire confessionnelle, en accord avec Illife, j'avancerais qu'il existe aussi en Afrique une tradition médicale relativement ancienne (depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle) qui prend ses sources dans une action missionnaire qui a contribué à forger une «profession médicale» au sens de Freidson [1984], ou du moins des métiers de santé. D'une manière générale, la bienveillance *a priori* des bailleurs de fonds, des cadres nationaux, voire des spécialistes de santé publique du Nord comme du Sud aujourd'hui à l'égard des dispositifs sanitaires chrétiens doit aussi être recherchée dans les multiples dimensions d'un paradigme chrétien qui a largement contribué à structurer les systèmes de santé et les «mentalités» des cadres du Nord et du Sud.

### **L'œuvre sanitaire chrétienne: une entreprise économique**

Il convient aussi de rechercher les raisons de la performance des établissements confessionnels dans leur organisation, dans le fonctionnement de leurs institutions de tutelle, et dans leur importance en tant qu'acteurs économiques nationaux. L'offre de santé confessionnelle dans les pays d'Afrique subsaharienne représente en effet encore une proportion non négligeable de l'offre de santé nationale. Une revue de l'offre de soins catholique pour les années 1981-1983 portant sur le Bénin, le Burundi, le Cameroun, le Rwanda, le Sénégal, le Togo et

10. C'est le cas, par exemple, à Ouagadougou où la clinique Sainte Camille, catholique, est certainement la structure de soins qui réalise le plus grand nombre d'accouchements de tout le pays.

l'ex-Zaïre estimait que 30 à 50 % des prestations fournies par des centres de santé des pays africains le sont par des structures confessionnelles [Berche, 1985, p. 86]. Le cas du Cameroun est à cet égard exemplaire : sur l'ensemble du territoire camerounais, selon les chiffres fournis par le Ministère de la santé pour l'année 1990 à propos de la carte sanitaire, les établissements confessionnels offrent 13 % de l'ensemble des lits disponibles sur le territoire national ; la présence du secteur confessionnel étant très inégalement répartie, dans certaines régions du pays il occupe une place prépondérante, avec plus de 50 % des lits. Par ailleurs, une estimation officielle portant sur la fin des années 1990 situe l'importance du financement du secteur confessionnel de la santé à près de 10 milliards de francs CFA par an, alors que la moyenne annuelle de l'ensemble de l'aide internationale dans le secteur de la santé pour la même période était de 6 milliards de francs CFA<sup>11</sup>.

Des structures périphériques telles que des hôpitaux de district ou des centres de santé de première ligne confessionnels comptent parmi leurs personnels des techniciens de haut niveau et des expatriés. Ainsi, toujours au Cameroun, alors beaucoup de centres de santé n'ont pas de médecins, des structures périphériques confessionnels équivalant à des centres de santé bénéficient des services de médecins ou de techniciens spécialisés expatriés, et reçoivent par ailleurs régulièrement la visite d'équipes de chirurgiens du Nord qui viennent opérer en continu pendant des missions d'une quinzaine de jours. Ces centres, situés au second niveau, voire au premier niveau de la pyramide sanitaire, qui voient donc œuvrer des spécialistes, en viennent rapidement à drainer une clientèle nationale voire internationale ; ainsi de ce dispensaire protestant de l'extrême nord du Cameroun, qui procédait régulièrement à des opérations ophtalmologiques et qui attirait des patients de la capitale, Yaoundé, mais aussi du Tchad et du Nigeria limitrophes. On conviendra aisément qu'il est plus facile d'offrir des soins de qualité lorsque l'on bénéficie de prestations de spécialistes hautement qualifiés, qui ne coûtent rien à la structure, et qui viennent avec matériels et médicaments qui resteront sur place. Les structures confessionnelles sont donc certes privées, mais sont aussi largement aidées par les Églises du Nord, pour l'approvisionnement en médicaments et l'équipement (qui parviennent sous forme de dons), et la rémunération des personnels notamment expatriés. Ces structures, en tant que structures privées, doivent certes veiller à leur équilibre financier en ce qui concerne leur fonctionnement courant, mais elles bénéficient la plupart du temps d'un volume important « d'extras » qui ne sauraient être pris en charge par les recettes propres de la structure.

Les services de santé confessionnels peuvent aussi devenir de fait des acteurs économiques nationaux importants. Pour rester sur l'exemple du Cameroun, le service catholique de la santé dispose de sa propre centrale d'achat, évidemment totalement autonome par rapport à la centrale d'achat nationale ; des rumeurs, mais qui malgré tout sont fort plausibles, font état de laboratoires pharmaceutiques du Nord qui proposaient des ristournes importantes, voire une exonération

11. Plan National de Développement sanitaire du Cameroun 1999-2008, Yaoundé, Ministère de la santé.

du coût du port pour les commandes de la centrale catholique, «geste commercial» finalement bien ordinaire en faveur d'un bon client solvable.

Dès lors que l'on dispose de personnels formés, régulièrement payés, bénéficiant de l'encadrement de spécialistes, dans des structures subventionnées, disposant d'équipements et de médicaments, il est alors beaucoup plus facile d'offrir des soins de qualité et d'attirer une clientèle nombreuse. La bonne qualité des soins délivrés par les établissements chrétiens, y compris les plus périphériques, s'expliquerait donc aussi très largement, autant par l'importance de l'organisation et des réseaux (internationaux) dans lesquels ils s'insèrent, que par la seule adhésion à des valeurs religieuses de ses personnels.

### Des choix et des tensions induits par la foi

Comme je le précisais ci-dessus, l'action sanitaire confessionnelle pendant la période coloniale se concentrait plutôt en dehors des grands centres urbains; conformément à l'esprit de «mission» qui anime ses acteurs, les initiatives missionnaires s'exerçaient davantage dans le cadre de dispensaires ruraux, de régions difficiles d'accès, alors que l'action sanitaire de l'administration coloniale était surtout centrée sur l'hôpital. Aux légitimités historiques, politiques et économiques, soulignées plus haut, il conviendrait également d'ajouter la légitimité de «proximité». Ce souci de l'offre de proximité, immédiatement accessible aux populations les moins bien desservies, perdure encore aujourd'hui dans nombre de projets de développement sanitaire, même si la tendance à créer des centres hospitaliers avec un plateau technique développé, y compris dans les centres urbains, s'est depuis également très largement affirmée.

Entreprendre des actions de proximité, c'est entre autres mener des actions avec et au plus près des populations en favorisant un engagement de «la communauté» pour qu'elle contribue elle-même à la prise en charge de ses problèmes de santé. À cet égard, certains hagiographes de l'œuvre missionnaire ou encore certains prêtres médecins n'hésitent pas à affirmer que l'œuvre de santé missionnaire proposait déjà en germe, dès les années 1940, des stratégies de prévention ou de soins de santé primaires dont on sait le succès ultérieur sous l'égide de l'OMS<sup>12</sup>. L'œuvre de santé chrétienne a largement contribué à former «sur le tas» des auxiliaires de santé, des «leaders de la communauté», des tradipraticiens et autres accoucheuses dites «traditionnelles», soit des acteurs non professionnels de la santé, dont l'action réelle est impossible à évaluer<sup>13</sup>, qui fort de la légitimité qui leur est ainsi conférée pourraient poser des actes au-delà de leurs compétences et donc éventuellement dangereux, et qui n'ont guère à rendre des comptes (au sens de *accountability*). Si bien qu'aujourd'hui cette stratégie d'identification et de formation de «spécialistes» de la santé non professionnels issus de la «communauté» est largement remise en question.

12. On en trouvera quelques illustrations dans Pirotte et Derroite [1991].

13. Par exemple, à propos des impossibilités à évaluer l'action positive des accoucheuses traditionnelles pour la réduction des risques obstétricaux, on pourra se reporter à Bergstrom et Goodburn [2001].

De la proximité de l'action missionnaire naît également une connaissance approfondie des populations qu'il convient de desservir, ainsi qu'une sensibilité particulière à des pratiques populaires qui peuvent parfois être jugées incompatibles avec certaines valeurs religieuses. On pense ici évidemment à des attitudes de refus de certains missionnaires ou de sœurs, aux temps héroïques de l'évangélisation, de soigner des individus qui montraient par le port d'amulettes leur attachement à des pratiques «fétichistes» [Ranger, 1981]. Cette «connaissance du milieu» des acteurs de l'œuvre de santé chrétienne peut aujourd'hui, comme j'ai pu le constater, conduire à anticiper certains comportements: éviter d'hospitaliser dans la même pièce des patients de deux groupes culturels distincts dont on sait qu'ils sont traditionnellement ennemis, ou isoler des patients qui présentent tous les symptômes évocateurs de l'infection par le VIH parce que le sida fait peur à des populations peu éduquées. Dès lors, proximité et sensibilité particulière aux pratiques populaires peuvent parfois conduire à des anticipations «culturalistes», c'est-à-dire à adapter ses décisions à ce que l'on suppose être la réaction d'une personne originaire de tel groupe ethnique, et qui peuvent influencer sur la nature des prestations offertes.

Mais la proximité recherchée et affirmée est évidemment aussi religieuse. Le lien organique, et finalement indissociable, entre le religieux et le médical finit par transparaître de toute œuvre médicale confessionnelle et pourrait constituer un terrain particulièrement favorable pour mettre en valeur les «guérisons spirituelles». Au Congo, des médecins, membres d'une influente association médicale chrétienne, déclaraient combien il était nécessaire d'associer la prière à la médecine, affirmant qu'ils n'hésitaient pas à prier avant le début des consultations, et notamment lorsqu'ils étaient confrontés à des cas difficiles, pour accroître l'efficacité des soins qu'ils pouvaient prodiguer. En Afrique centrale, les Églises «historiques» (Église catholique romaine, Église évangélique, Église presbytérienne notamment) doivent faire face aux adhésions de plus en plus prononcées de leur «clientèle» potentielle à différents mouvements charismatiques et pentecôtistes dont la fonction affichée est la guérison spirituelle<sup>14</sup>. L'action des structures de soins confessionnelles doit aussi s'organiser dans un contexte général favorable aux «guérisons spirituelles», mis en forme autant par les Églises historiques que par les «nouveaux mouvements» religieux, et on peut se demander dans quelle mesure ce contexte n'est pas particulièrement propice à répondre à certaines attentes de populations alors sans doute attirées également par la religiosité émanant des structures confessionnelles.

Comme j'ai pu l'observer dans un hôpital confessionnel au Cameroun, une séance de prière collective des personnels de santé et des patients est organisée quotidiennement au début de la journée de travail, et de la musique religieuse est

14. Certains représentants de ces Églises historiques ne sont pas toujours en reste, ainsi, Mgr Milingo, archevêque de Zambie, un des leaders africains du Renouveau charismatique, qui est entré en conflit avec le Vatican pour cause de «ministère de guérison» [Harr, 1996]. On pourra également se reporter aux écrits du père jésuite E. de Rosny [1992] qui souligne toute la compatibilité existant entre certaines pratiques de guérison qualifiées «d'africaines» et le message de la foi chrétienne.

diffusée toute la journée dans la salle d'attente. Dans un autre centre de santé confessionnel, d'obédience protestante mais non dénominationnel<sup>15</sup>, qui disposait d'un plateau technique très satisfaisant, chaque porte était ornée de versets de la Bible et du Coran. Le responsable de cette structure en 1998, un chirurgien nord-américain, affirmait avoir été guidé par l'Esprit saint pour implanter son hôpital dans une zone islamisée. D'une manière générale, un pasteur n'est jamais très loin des structures confessionnelles protestantes en milieu rural, et un prosélytisme, plus ou moins patent selon les structures, n'est jamais totalement absent de l'entreprise sanitaire confessionnelle.

La tension entre religion et médecine, dans l'œuvre médicale confessionnelle, est un débat peut-être toujours non résolu, et qui a parcouru les milieux chrétiens depuis le début de l'action missionnaire: de l'action sanitaire, menée par des confessionnels, ou de l'action religieuse, laquelle doit primer? La conscience de cette tension était déjà présente chez le fondateur de ces ordres missionnaires soignants que sont les Pères Blancs et les Sœurs Blanches; dans ses instructions aux missionnaires, datant de 1877, le Cardinal Lavigerie rappelait à «ses» missionnaires: «Gardons-nous de nous faire appeler médecins. Nous ne sommes pas des médecins, mais des hommes de prière, des serviteurs de Dieu», tout en précisant qu'il ne fallait pas «abuser de l'état dépressif des malades» et en interdisant toute prédication auprès d'eux, estimant qu'il s'agirait là «d'une faute grave qui retarderait indéfiniment et empêcherait même, peut-être à toujours, le rapprochement que nous devons désirer» avec les populations soignées par les missionnaires [Renault, 1991, p. 28-29]. À propos de l'Afrique orientale, M. Vaughan écrit: «The suspicion that medical work represented a superficial way of attracting converts remained. Medical missionaries... had continually to emphasize, in their writings and in their practice, that their medical work was subordinate to their evangelical role... and the connection between sin and disease was a central feature of medical missionary ideology. An effective cure to any medical problem could only come about through conversion» [1992, p. 273]. La primauté du religieux sur le médical, a pu ainsi amener parfois au choix de soigner plutôt certaines populations en fonction de leur adhésion aux valeurs religieuses, attitude qui a pu être critiquée par des responsables de santé publique, comme l'atteste cette déclaration récente faite par un délégué provincial de la santé devant un aréopage d'évêques:

... dans ce contexte [d'absence de véritable politique de santé nationale jusque dans les années 1995] l'Église s'est frayée une place dans le vaste champ de la santé. Les besoins étaient si importants qu'un intervenant pouvait s'implanter n'importe où sans risquer d'être de trop. Les Églises s'orientaient surtout vers des zones défavorisées, enclavées et pauvres. L'une des stratégies d'intervention des Églises, perçues comme défaillance, était le fait que l'existence d'une communauté chrétienne de sa confession passait comme critère prioritaire du choix du site. C'est ainsi que l'Église était, pendant plusieurs années, accusée de prosélytisme religieux. Cette situation a entraîné un double emploi en plusieurs endroits du pays, à savoir que dans une même localité se trouvaient, en concurrence, des formations sanitaires créées par

15. Appellation reconnue pour désigner un «mouvement» qui refuse tout lien avec une Église.

différents intervenants, pour répondre aux besoins d'une partie de la population. Pour se soigner, des malades se déplaçaient sur de longues distances à la recherche d'une formation sanitaire de leur confession religieuse. Sur le plan préventif, le personnel sélectionnait les villages pouvant bénéficier de leurs interventions, ceci en rapport avec la coloration religieuse. C'est ainsi que les équipes des dispensaires privés confessionnels traversaient plusieurs villages pourtant nécessaires, pour aller donner des soins là où le catéchiste a réussi à réunir quelques fidèles<sup>16</sup>.

### Une offre de soins de qualité mais incomplète?

Nous avons ici l'illustration de ce que T. Berche affirmait dans l'article déjà cité [1985, p. 88]: «Fréquemment, les objectifs de la présence missionnaire et les objectifs de développement de la santé ne sont pas intimement accordés»; et il poursuivait: «chaque formation sanitaire catholique est isolée (à quelques exceptions près), ne reconnaissant pas d'autorité en termes sanitaires, jalouse d'une indépendance affirmée comme vitale... Les formations sanitaires catholiques représentent un sous-système social organisé, partie du système d'Église, ayant ses propres normes de régulation» [1985, p. 97 et 99]. L'autonomie des services de santé confessionnels, leur idéologie religieuse, conduisent les établissements chrétiens à définir des priorités, à opérer des choix, qui les amènent parfois à ne pas offrir nécessairement toute l'offre de soins que l'on pourrait en attendre. Il y a, certes, les exemples un peu convenus de l'attitude de certains centres de santé confessionnels de ne pas mettre en œuvre des aspects des programmes de planning familial nationaux validés internationalement, en refusant la mise à disposition des méthodes contraceptives modernes, et en prônant les méthodes «naturelles» d'espacement des naissances dans le cadre de séances d'éducation à «la vie familiale»<sup>17</sup>, ou encore du refus de la promotion de l'utilisation du préservatif dans des contextes à forte prévalence du VIH/sida. Mais je retiendrai surtout que les choix opérés par les services de santé confessionnels se fondent aussi parfois sur une conception de l'offre de soins qui ne s'accordent pas avec les modèles actuels d'organisation des systèmes de santé.

Toujours au Cameroun j'ai pu constater que certaines structures confessionnelles de première ligne ne délivraient pas l'ensemble des activités prévues dans le «paquet minimum d'activités» tel qu'il a pu être défini par l'OMS et adopté par le Ministère de la santé. Par exemple, il est prévu que tous les centres de santé organisent des consultations prénatales et procèdent aux accouchements normaux. Tous les centres de santé confessionnels que j'ai pu visiter offraient des consultations prénatales (c'est même là souvent une des principales activités des centres de santé de première ligne), généralement faites par des auxiliaires de santé et non des infirmiers. Cependant, en raison de pénuries d'infirmiers accoucheurs dans certains centres – ce qui est le cas de la majorité des centres

16. J. Inombe, «L'Église et la politique sanitaire au Cameroun: état des lieux», Séminaire des Évêques du Cameroun, Yagoua, 5-12 janvier 1999.

17. Les services de santé confessionnels, essentiellement catholiques, refusent l'utilisation de l'expression «planning familial».

de santé publics ruraux –, certaines structures confessionnelles n'étaient pas autorisées par leur hiérarchie à procéder à des accouchements, les femmes alors reçues en consultations prénatales devant organiser elles-mêmes leur accouchement à domicile, avec éventuellement l'aide d'accoucheuses traditionnelles, formées par ces mêmes structures confessionnelles, et dont j'ai déjà précisé qu'il était impossible d'en évaluer l'apport en matière de réduction des risques obstétricaux. La critique peut très rapidement être balayée en arguant que dans les centres de santé publics, y compris ceux bénéficiant des services d'un infirmier accoucheur ou d'une sage femme, les parturientes sont mal ou pas reçues, et qu'elles accoucheront de toute manière à domicile; dès lors, autant organiser les accouchements à domicile<sup>18</sup>. Reste à savoir si, dans le cadre d'une politique de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, un raisonnement fondé sur des choix opérés ici parce que «ce n'est pas mieux ailleurs» est toujours recevable. On peut également se demander si effectuer une bonne surveillance prénatale mais laisser les femmes accoucher à domicile correspond à ce qu'il est convenu d'appeler une offre de soins de qualité.

Ne délivrer qu'une partie des prestations que l'on pourrait attendre d'un centre de santé, étant donné la qualité de ses personnels et de son plateau technique, ne semble pas exceptionnel dans les centres de santé confessionnels. Ainsi, dans une capitale d'Afrique de l'ouest, un centre de santé confessionnel, qui bénéficie du service de plusieurs personnels expatriés, qui comptabilise le plus grand nombre d'accouchements de la ville, ne dispose pas de bloc opératoire; dès lors, en cas de complications obstétricales, ce centre réfère les femmes au centre hospitalier universitaire, qui offre des services de très mauvaise qualité, avec une banque de sang déficiente, ce qui, chacun le sait, ouvre de grandes incertitudes quant aux chances de survie de l'enfant et de la femme dès lors que cette dernière entre en urgence dans cet hôpital.

Un contexte moins dramatique, mais qui ressortit au même type d'interrogation, est celui de la délivrance d'activités curatives et préventives. Comme le soulignait T. Berche, les centres confessionnels mettent l'accent sur le curatif et la distribution des médicaments [Berche, 1985, p. 91-92]. Les activités préventives, «en stratégie avancée», pour employer les termes consacrés, c'est-à-dire à mener en dehors de l'enceinte de la structure de soins, entrent aussi dans le «paquet minimum d'activités» évoqué plus haut. Or certains centres confessionnels de première ligne refusent d'organiser des «sorties» pour des activités de prévention considérant que ces actions sont du seul ressort de l'autorité publique. Sans compter, comme il m'a été dit, que les centres confessionnels étaient des centres privés, qu'ils devaient veiller eux-mêmes à leur viabilité financière, or les activités de prévention coûtent cher et ne génèrent pas de revenus contrairement aux activités curatives. Là aussi, parfois, face à la critique, il est parfois rappelé que les centres publics, censés mener ces activités préventives, ne les

---

18. Pour une description des conditions d'accouchement dans les centres de santé publics, on pourra se reporter à J.-P. Olivier de Sardan, A. Moumouni, *et alii* [2000].

organisent pas faute de moyens, et que ce n'est donc pas aux centres confessionnels privés à se substituer aux obligations de l'État.

Dans un contexte de délitement du service public en Afrique, on comprend que les structures confessionnelles puissent arguer du fait «qu'elles ne peuvent pas tout faire», qu'elles ne sauraient se substituer aux obligations de service public de l'État, qu'elles sont privées et autonomes, et que de toute manière «ici, c'est mieux qu'ailleurs», pour définir et limiter leurs interventions en position de force eu égard aux puissantes organisations (les Églises de tutelle) dont elles dépendent. Nous touchons là aux difficiles questions de l'organisation des systèmes de santé et de l'intégration de toutes les structures de santé, publiques, privées, confessionnelles dans une même démarche (nationale) de santé publique, alors même que les différentes institutions de tutelles ne partagent pas les mêmes paradigmes de référence.

## Conclusion

Je précisais, au début de cet article, que l'opinion favorable à l'égard des structures de soins confessionnelles était souvent plus intuitive que réellement fondée sur l'évidence. Tout aussi intuitivement, en Afrique subsaharienne, quiconque est entré dans un centre de santé confessionnel et un centre public est souvent saisi par la différence: propreté, importance et qualité de l'équipement, présence des personnels caractérisent le premier et font souvent largement défaut dans le second. Dès lors, toujours intuitivement, j'affirmerais volontiers que l'offre de service dans les structures confessionnelles est de meilleure qualité que dans les structures publiques. Il n'est cependant pas dans mes compétences, ni d'ailleurs dans mes intentions, d'évaluer rigoureusement la qualité comparée de telle ou telle prestation.

Mon intention ici était tout d'abord de tenter de démontrer que la bonne opinion partagée, au Nord comme au Sud, à propos des centres de santé confessionnels était largement informée par un paradigme chrétien qui sourd de la pratique médicale, de l'organisation des systèmes de santé et des modèles de santé publique observables en Afrique. Ce paradigme chrétien diffus viendrait parfois tout autant structurer l'opinion sur la bonne qualité des soins confessionnels qu'une évaluation qui, en la circonstance, n'est pas toujours «objective». Plus simplement, il peut aussi exister des prestations de mauvaises qualités dans des centres confessionnels.

Par ailleurs, si empathie et compassion sont des vertus cardinales d'attitudes chrétiennes, elles pèsent sans doute très peu dans l'explication de la qualité des soins confessionnels en regard de la légitimité historique, et de la puissance politique et économique des réseaux chrétiens en Afrique depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et qui contribuent très largement à faire de la structure confessionnelle la plus reculée un centre de santé offrant des prestations de très grande qualité. La question de savoir si les valeurs que l'on souhaiterait voir informer les pratiques des personnels de santé en général (des secteurs publics et privés), et qui semblent si souvent

absentes de l'offre publique, sont affirmées grâce à l'adhésion à certaines valeurs religieuses n'est pas résolue. Pas davantage que la question des raisons de l'attirance particulière des populations pour l'offre de soins confessionnelle: est-ce toujours parce que la qualité technique des prestations est meilleure ou parfois, à qualité égale avec une offre publique, la religiosité de l'offre confessionnelle constitue-t-elle un atout important pour les usagers des structures de soins, et éventuellement aussi pour l'évaluation positive implicite qu'en font les bailleurs de fonds et les autorités nationales? Cependant, il ne faut pas exagérer l'importance des valeurs religieuses, ni minimiser celle de l'entreprise religieuse chrétienne en tant qu'organisation pour l'évaluation de la qualité des soins confessionnels.

Au-delà de ce plaidoyer pour une évaluation «laïque» de la qualité des soins confessionnels, c'est évidemment la notion même de «qualité des soins» que cette réflexion sur l'offre de soins confessionnelle vient interroger. Offrir une prestation de qualité, mais limitée, voire très limitée, en se souciant peu (parfois par force) de ce que fera le/la patient(e) lorsque son cas dépassera les compétences (pour des raisons de qualification des personnels et/ou de plateau technique) de la structure confessionnelle où il/elle a été reçu(e) est-il une marque de qualité des soins? Fonder sa pratique de soins sur l'expérience acquise de la «proximité» en ajustant son attitude et son choix sur les caractéristiques attribuées à telle population ou à tel type de malade, contribue-t-il à des soins de qualité? Le pragmatisme, l'urgence des situations, l'affirmation selon laquelle «de toute façon ici, c'est mieux qu'ailleurs» (sous entendu, «que dans les structures publiques») sont-ils suffisants pour justifier les choix limités qui sont faits? Ces questions prennent d'autant plus de pertinence aujourd'hui que les modèles de santé publique actuellement en vigueur prônent, comme gage de qualité, la continuité et la globalité des soins dans des systèmes où tous les dispensateurs de soins officiels situés aux mêmes niveaux de la pyramide sanitaire sont censés avoir les mêmes droits et les mêmes devoirs. Sans pouvoir évidemment répondre à de telles interrogations, il est évident que les mêmes questions se posent pour les structures publiques et confessionnelles, et que si différences de qualité il y a entre les deux types de structure, elles sont sans doute beaucoup plus de degré que de nature.

### BIBLIOGRAPHIE

- AUGÉ M. [1984], «Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement», in M. Augé et C. Herzlich (éd.), *Le sens du mal*, Paris, Éditions des archives contemporaines, p. 35-81.
- BALINT M. [1975], *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot (1<sup>re</sup> éd. anglaise 1957).
- BANQUE MONDIALE [1993], *Investir dans la santé. Rapport sur le développement dans le monde 1993*, Washington, Banque Mondiale.
- BENNETT S., MC PAKE B., MILLS A. [1997], «The Public/Private Mix Debate in Health Care», in S. Bennett, B. Mc Pake, A. Mills (éd.), *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest?*, London & New Jersey, Zed Books, p. 1-18.
- BERCHE T. [1985], «À propos d'une ONG de développement sanitaire: l'Église catholique en Afrique et les soins de santé primaires», *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 3-4, p. 85-103.

- BERGSTROM S., GOODBURN E. [2001], «Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle», in V. De Brouwere et W. Van Lerberghe (éd.), *Réduire les risques de la maternité: stratégies et évidence scientifique*, Anvers, ITG Press, p. 83-103.
- CORTEN A., MARY A. (éd.) [2000], *Imaginaires politiques et pentecôtismes*, Paris, Karthala.
- DOZON J.-P., FASSIN D. (éd.) [2001], *Critique de la santé publique*, Paris, Balland.
- EWALD F. [1996], «Philosophie de la précaution», *L'Année sociologique*, vol. 46, n° 2, p. 383-412.
- FERRINHO P., VAN LERBERGHE W. (éd.) [2000], *Providing Health Care under Adverse Conditions. Health Personnel Performance and Individual Coping Strategies*, Anvers, ITG Press.
- FREIDSON E. [1984], *La profession médicale*, Paris, Payot.
- GRUÉNAIS M.-E. [1996], «À quoi sert l'hôpital africain?», *Les Annales de la Recherche Urbaine*, n° 73, p. 119-128
- GRUÉNAIS M.-E. [1999], «La religion préserve-t-elle du sida?», *Cahiers d'Études Africaines*, vol. 154, n°XXXIX (2), p. 253-270.
- HARAN D., IQBAL M., DOVIO D. [1993], «Patients Perceptions of the Quality of Care in Hospital Out-Patient Departments: a Quality Assurance Project in Eastern Region, Ghana», in J.F.L. Chan (éd.), *Quality and its Applications*, Newcastle, Newcastle University Press.
- ILLIFE J. [1998], *East African Doctors*, Cambridge, Cambridge University Press.
- JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (éd.) [2003], *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala.
- JEWKES R., NAEEMAH A., MVO Z. [1998], «Why do Nurses Abuse Patients? Reflections from South African Obstetric Services», *Social Sciences and Medicine*, vol. 47, n° 11, p. 1781-1795.
- KEGELS G. [1999], «Qualité, excellence et reconnaissance: une exploration», *RIAC-INFI Newsletter*, ITG Press Anvers.
- MURRAY C.J.L., FRENK J. [2000], «A Framework for Assessing the Performance of Health Systems», *Bulletin of the WHO*, vol. 78, n° 6, p. 717-731.
- NKOA STEINMETZ M. [2000], *Aspects organisationnels des hôpitaux et éléments de gestion des ressources humaines. Étude comparée du secteur public et du secteur privé confessionnel au Cameroun*, Yaoundé, Université catholique d'Afrique centrale.
- OFORI-ADJE D., ARHINFUL D.K. [1996], «Effect of Training on the Clinical Management of Malaria by Medical Assistants in Ghana», *Social Science and Medicine*, vol. 42, n° 8, p. 1169-1176.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., MOUMOUNI A., SOULEY A. [2000], «"L'accouchement, c'est la guerre!" Accoucher en milieu rural nigérien», *Afrique contemporaine*, n° 196, p. 136-154.
- PEERENBOOM P.B.G. [1991], «L'œuvre médicale de l'Église évangélique du Cameroun dans le Département du Noun», in J. Pirotte, H. Derroite (éd.), *Churches and Health Care in the Third World. Past and Present*, Leiden, E.J. Brill, p. 77-87.
- RANGER T.O. [1981], «Godly Medicine: the Ambiguities of Medical Mission in South East Tanzania», *Social Science and Medicine*, vol. 15 B, p. 261-277.
- RENAULT F. [1991], «Principes missionnaires et action sanitaire des Pères Blancs et Sœurs», in J. Pirotte, H. Derroite (éd.), *Churches and Health Care in the Third World. Past and Present*, Leiden, E.J. Brill, p. 27-48.
- ROSNY E. de [1992], *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala.
- VAN LERBERGHE W., DE BROUWERE V. [2000], «État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne», *Afrique contemporaine*, n° 195, p. 175-190.
- VAUGHAN M. [1992], «Syphilis in Colonial East and Central Africa: the Social Construction of an Epidemic», in T.O. Ranger et P. Slack (éd.), *Epidemics and Ideas*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 269-302.
- WHITTAKER S. et alii [1998], «Introducing Quality Assurance to Health Service Delivery: some Approaches from South Africa, Ghana and Kenya», *International Journal of Duality Health Care*, vol. 10, n° 3, p. 263-67.