

Restituer auprès des acteurs de santé

Pour qui ? Avec quels mots ? Pourquoi ?

Marc-Éric Gruénais

Anthropologue

Introduction

Les programmes de développement sont nécessairement normatifs ou, pour employer d'autres termes, ont des objectifs de modification de l'existant en vue de son amélioration. Les nouvelles normes qu'il s'agit de produire peuvent se situer à différents niveaux, depuis la contribution à la formulation de directives internationales susceptibles d'orienter les politiques publiques, jusqu'aux conseils pour les praticiens de terrain, en passant par les recommandations à destination des cadres et techniciens nationaux et régionaux de l'administration publique en charge de la mise en œuvre et du suivi des programmes. Dans le domaine de la santé, la production de normes trouve son fondement dans le paradigme médical ; elle est intrinsèque aux attitudes et discours des acteurs : les propositions de la santé publique, les décisions des cadres des ministères de la Santé, l'acte clinique, les mesures de prévention, etc., ne valent que dans la mesure où il s'agit d'améliorer l'état de santé des populations et/ou des individus¹. La redevabilité (*accountability*) liée à l'objectif

¹ Cette posture est bien évidemment à dissocier des résultats effectifs : nombre de décisions médicales n'ont pas eu d'effet, voire ont eu des effets néfastes, sur l'état de santé des populations. À ce propos, on pourra se reporter par exemple à SKRABANEK et McCORMICK (1997) et à McKEOWN (1979).

d'amélioration est intrinsèquement liée à toute participation à des programmes de développement sanitaire ; parmi les traits qu'elle peut emprunter figurent les restitutions. Les objectifs de développement et d'amélioration de l'offre de soins qui sont à la base d'une démarche de santé publique créent le contexte de redevabilité, y compris en l'absence de demande explicite des principaux intéressés. Dès lors, « Comment rendre compte publiquement, sans choquer qui que ce soit, sans décevoir le groupe étudié, des bénéfices symboliques ou matériels qu'il peut attendre d'un travail qu'il n'a cependant pas demandé ni, le plus fréquemment, souhaité voir mené sur lui ? » (ZONABEND, 1994 : 6).

Mon propos sur la restitution se fonde sur mes expériences de collaboration à des programmes de santé publique, dits de « recherche-action », sur le continent africain en tant qu'anthropologue. Les programmes dont il s'agira se rapportent à l'amélioration de l'offre de soins de centres de santé ou d'hôpitaux locaux. J'évoquerai ici la spécificité du discours utilisé lors des restitutions et qui me semble devoir être très nettement distingué du discours et de la pratique de la recherche. La distance entre discours scientifique et discours de restitution ne se réduit pas à la nécessaire vulgarisation de formulations pour rendre un discours académique accessible aux acteurs de terrain ; elle relève bien plutôt, comme je tenterai de le montrer, d'une différence de nature entre le discours scientifique et le discours de restitution.

Les destinataires de la restitution

À propos des restitutions, L. VIDAL rappelait : « Il faut adapter le contenu et la forme de son propos suivant que l'on s'adresse à des responsables de la santé du pays ou à des personnels d'un centre de santé ou d'un service hospitalier donné » (2011 : 592). Adapter son discours de restitution requiert de le rendre accessible, eu égard aux concepts et aux connaissances que l'on suppose chez ses interlocuteurs, et de considérer l'impact potentiel que pourrait avoir le

message délivré. Par exemple, face à des responsables de programme d'un ministère de la Santé, on pourra mettre en avant « l'évidence scientifique » attestée dans différents contextes à propos de la pertinence de telle intervention, ou les attendus et les conséquences envisageables d'une directive établie au niveau international pour justifier, légitimer, préciser les modalités de mise en œuvre d'une activité précise ; le propos devra prétendre ici à un certain niveau de généralité pour intéresser des acteurs dont les décisions ont une portée nationale ou régionale. En revanche, si l'on s'adresse à des responsables de structures de soins qui ont souvent des problèmes pratiques à régler quotidiennement, l'intérêt supposé des interlocuteurs amènera à un discours qui portera davantage sur des données très contextualisées.

L'anthropologue est sans doute plus à l'aise avec la seconde perspective qu'avec la première même si, fort de son expérience sur différents « terrains », il peut envisager d'accéder à un certain niveau de généralité du fait des régularités identifiables à partir de comparaisons. Le niveau de généralité auquel il doit prétendre pour rester dans le champ de « l'opérationnel » relève davantage de l'ethnologie que de l'anthropologie, pour reprendre la distinction systématisée par LÉVI-STRAUSS (1958) à propos des trois moments de la démarche de la discipline : ethnographie, ethnologie, anthropologie. En d'autres termes, et quel que soit l'interlocuteur, la restitution du travail d'un anthropologue ne saurait avoir pour finalité, par exemple, d'exposer la validité de certains modèles théoriques élaborés par la discipline qui ont un réel intérêt académique, mais une faible valeur opératoire. Dans le champ de la santé, en particulier, et du développement, en général, le discours proposé ne doit jamais perdre de vue l'utilité attendue par les interlocuteurs. Or, l'approche micro souvent privilégiée par l'anthropologue, avec sa méthodologie et son analyse évolutive en fonction de l'accumulation des données caractéristique de la *grounded theory*², est loin de toujours être perçue comme permettant de fournir des outils pratiques, utiles à la décision, pour les destinataires de la restitution. Pour illustrer mon propos, je prendrai des exemples se rapportant aux réactions des deux types d'interlocuteurs auxquels nous avons le plus souvent

² Cf. par exemple CHARMAZ (2006).

affaire lors de nos restitutions : les personnels des structures de soins et les acteurs institutionnels qui interviennent au niveau décisionnel des ministères de la Santé (chefs de programme, représentants nationaux des agences internationales ou bilatérales).

Situons-nous en premier lieu dans le contexte d'une restitution destinée à des responsables de programme. Aujourd'hui, en santé publique, les décisions doivent être fondées sur « l'évidence scientifique » (*evidence-based medicine*) dont l'outil incontournable est l'essai randomisé contrôlé en double aveugle (pour les essais cliniques) ou avec un groupe témoin et un groupe d'intervention (pour les études sur l'efficacité des mesures en santé publique) sur des échantillons représentatifs³. Pour le décideur en santé publique, les informations rapportées par l'anthropologue sont considérées parfois avec sympathie, comme de « petites histoires »⁴ qui égayeront parfois des réunions un peu austères, qui ajouteront un « supplément d'âme », des éléments de la « vraie vie », et qui ont trait « au vécu » d'expériences individuelles. Pour certains (CAMPO, 2006), les « anecdotes » ainsi rapportées par les anthropologues peuvent contribuer à humaniser la pratique médicale. Mais l'approche anthropologique apparaît comme insuffisamment « robuste » : en l'absence d'un recueil de données sur des échantillons représentatifs, il n'y a pas d'administration de la preuve envisageable, et les données anthropologiques sont considérées alors comme limitées à un niveau de validité trop micro ; fondées notamment sur les déclarations des acteurs, elles ne feraient état que de subjectivités. Lorsqu'elles se fondent sur des observations, celles-ci sont considérées comme étant trop limitées dans le temps et dans l'espace pour être valides dans une perspective de généralisation. Et la subjectivité de l'observateur est régulièrement prise à partie pour contester la scientificité des données. Comme l'écrivait É. CHAUVIER (2003 : 3), pour les destinataires de la restitution, l'aveu par l'anthropologue de ses pratiques ethnographiques ne peut garantir la preuve, et rares sont ceux qui sont prêts à s'appropriier les données d'une

³ À propos de l'histoire de ce paradigme récent de la décision en santé, ou pourra se reporter à MARKS (1999).

⁴ Dans la suite de ce paragraphe, les expressions entre guillemets sont des expressions vernaculaires entendues dans les réunions auxquelles j'ai pu assister avec des médecins de santé publique situés à des niveaux décisionnels.

approche anthropologique. Pour reprendre les termes de OLIVIER DE SARDAN (2004), l'anthropologie propose des « approximations plausibles » dont la validité ne peut être fondée que sur l'invitation au « pacte ethnographique » proposé par l'anthropologue à ses interlocuteurs et qui ne saurait se déployer dans un espace poppérien de la falsifiabilité, qui est celui des adeptes de la *evidence-based medicine*.

Au-delà de la question de la « robustesse » des données anthropologiques, la démarche elle-même est loin de répondre aux attentes. J'évoquais ci-dessus la *grounded theory*, soit cette approche que l'on pourrait très schématiquement caractériser comme un processus de reconstruction par paliers d'hypothèses initiales à partir de l'accumulation de données empiriques. Ce que j'appelle « reconstruction » suppose évidemment une déconstruction préalable et un déplacement des termes du problème, tels qu'ils avaient été formulés initialement. Or, une telle démarche est rarement du goût d'acteurs gestionnaires du système de santé, surtout lorsqu'il s'agit de rendre compte d'une étude dont ils avaient arrêté les termes de référence avec l'attente de répondre strictement à ceux-ci. J'ai pu en faire l'expérience à propos d'une étude que j'ai coordonnée sur l'acceptabilité du dépistage du VIH par les femmes enceintes dans des centres de santé pilote au Maroc dans la perspective de mettre en place un dispositif de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le cadre de consultations prénatales (GRUÉNAIS et TANTCHOU, 2010). La commande du ministère de la Santé marocain était explicitement celle d'une étude anthropologique sur l'acceptabilité de la réalisation d'un test par des femmes fréquentant des centres de santé. Les premiers résultats de l'étude montraient que la quasi-totalité des femmes enceintes acceptaient de faire le test, et ce résultat était en cohérence avec la majorité des études réalisées, notamment en Afrique subsaharienne, sur l'acceptabilité du test par les femmes. Il y avait souvent d'autant moins de réticence à l'acceptation⁵, que les femmes se retrouvaient parfois dans des conditions de consultation qui leur laissaient peu de possibilité de refus. La question

⁵ Accepter de faire le test ne signifie pas nécessairement en appréhender tous les tenants et les aboutissants.

initiale sur l'acceptabilité du test par les femmes perdait de sa pertinence ; en revanche, l'étude faisait surtout apparaître toute la difficulté à organiser le dépistage dans les règles de l'art, avec des questions liées à l'adaptation des locaux, à la confidentialité, à la charge de travail des personnels de santé, au choix inopportun des centres proposant le dépistage, au manque de relations entre spécialistes du niveau hospitalier et soignants des centres de santé, etc. Au bout du compte, l'étude avait abouti à déplacer l'interrogation initiale sur l'acceptabilité du dépistage par les femmes enceintes vers la question de l'acceptabilité par les soignants de la proposition du test et renvoyait à des problèmes d'identité professionnelle des personnels de santé (relations entre infirmiers, médecins généralistes, médecins spécialistes) et de modifications de pratiques de routine engendrées par cette nouvelle activité demandée par le ministère de la Santé. Au bout du compte, l'étude ne répondait plus strictement aux termes de référence, et le déplacement du problème a été sévèrement critiqué au cours de la restitution, les interlocuteurs ne comprenant pas pourquoi les femmes acceptaient aussi facilement le dépistage, allant jusqu'à imputer ce résultat qu'ils n'attendaient pas à un défaut dans la méthode utilisée par l'anthropologue. Déconstruction et déplacement du problème, tel qu'il a été formulé initialement, caractérisent bien souvent une des postures épistémologiques de base de la démarche anthropologique, et une telle démarche scientifique est donc parfois peu appréciée par les interlocuteurs du chercheur.

Il faut reconnaître que le déplacement du problème, certes fondé sur des données empiriques, procédait aussi d'une orientation que je cherchais à privilégier à destination des « décideurs ». Trop souvent, l'anthropologie est convoquée pour rendre compte des représentations culturelles traditionnelles des populations et des comportements qui leur seraient liés⁶. Les techniciens des systèmes de santé à tous les niveaux (soignants et décideurs) ont tôt fait d'imputer à l'ignorance et à « la culture » la responsabilité du mauvais état de

⁶ Rappelons que l'influence des représentations culturelles sur les attitudes et pratiques ne sont pas l'apanage des populations « cibles » auxquelles sont destinées les interventions ; elles sont aussi facilement identifiables dans des schèmes de pensée et d'action des personnels de santé et des « décideurs ». À cet égard, on pourra se reporter par exemple aux travaux de P. FARMER (1996) et P. FARMER *et al.* (2006) sur le sida.

santé des populations. Comme l'indique l'activité spécifique connue sous l'appellation « éducation pour la santé », pour remédier à la défiance (culturelle) vis-à-vis des offres de soins médicales il suffirait « d'éduquer » des populations, donc *a priori* ignorantes, pour qu'elles changent de comportement⁷. C'est sur ce terrain que les décideurs attendent les anthropologues. Or, depuis longtemps, surtout aux États-Unis, les travaux anthropologiques ont cessé de se limiter à l'étude des représentations culturelles traditionnelles ; et la prise de distance vis-à-vis de cette conception limitée de l'anthropologie fait partie des revendications des chercheurs de la discipline (MACCLANCY, 2002). Par ailleurs, dans un souci d'application, il est sans doute plus aisé, notamment dans le cadre du temps limité d'un programme, d'envisager de modifier des éléments de l'organisation de l'offre de soins locale que de « changer les mentalités » des populations. Pour ces deux raisons, au moins, lors des restitutions, je mets un accent particulier sur les questions d'organisation et les pratiques des personnels de santé. Les réserves, voire les réticences des décideurs à l'égard de mon parti pris, sont alors bien compréhensibles, car le propos de la restitution interpelle ceux-ci dans leur fonction de manager et de superviseur.

La restitution auprès des dispensateurs de soins des centres de santé soulève un autre type de questionnements, portant moins sur la validité des données et de la démarche en soi⁸ que sur une reconnaissance insuffisante du travail « bien fait » qu'ils réalisent dans des conditions difficiles. Rappelons une évidence : participer à un programme de développement sanitaire signifie que des perspectives d'amélioration sont envisageables, la situation initiale n'étant alors par définition pas totalement satisfaisante. Dès lors, un point de vue critique sur l'existant est inévitable, même si tout un chacun peut s'accorder que tout le monde fait très bien. Or l'autocritique, l'auto-

⁷ L'expression consacrée aujourd'hui est encore plus explicite : on ne parle plus guère d'éducation pour la santé, ni d'IEC, Information, éducation, communication pour la santé, mais de CCC, soit de Communication pour un changement de comportement.

⁸ La relation hiérarchique n'est sans doute pas étrangère à l'absence de position critique à l'égard des données : un infirmier ou un médecin d'un centre de santé ne s'autoriserait guère à émettre un jugement sur la démarche d'experts, qui semble par ailleurs commandités par le niveau hiérarchique supérieur de leur ministère de tutelle.

évaluation et la réflexivité sur ses pratiques avec l'aide d'experts ne sont jamais des entreprises aisées, ni facilement acceptées.

Je prendrai ici l'exemple de notre participation à la mise en place au Burkina Faso d'un outil d'amélioration de la qualité de la prise en charge des urgences, et plus précisément des urgences obstétricales, que sont les audits de cas (FILIPPI *et al.*, 2004 ; OMS, 2004). Schématiquement, l'audit est un processus qui cherche à améliorer les soins aux patients et leurs résultats en comparant les soins effectués à des standards explicites de prise en charge optimale en mettant en place les changements nécessaires à l'amélioration. Il peut s'intéresser aux procédures diagnostiques, au traitement et aux soins, aux ressources mobilisées, aux résultats, à la qualité de vie pour la patiente. Concrètement, l'équipe soignante choisit un cas qu'elle « auditera », passant en revue l'ensemble du parcours de la parturiente, depuis la décision de recourir à une structure de soins et son départ de son domicile jusqu'à l'intervention médicale (le plus souvent une césarienne) et sa sortie ; l'équipe identifie les problèmes (retards de prise en charge, surveillance insuffisante, gestes techniques inadaptés, etc.) et trouve des solutions pour les corriger à l'avenir. La mise en place de cet outil est en soi délicate du fait du temps requis et de la mobilisation nécessaire des personnels de santé pour l'examen d'un cas, mais aussi par crainte d'identification de fautes et de mise en cause des personnels de santé (RICHARD *et al.*, 2008). Notre travail en tant qu'anthropologue dans la mise en place de l'outil était de réaliser des études de cas auprès de la femme et de son entourage sur sa situation et son expérience de la prise en charge, de ses difficultés, etc. ; l'étude de cas était résumée et présentée lors des sessions d'audits en complément des éléments cliniques. Or parfois, la restitution de ces études de cas était particulièrement mal perçue par les personnels de santé : les difficultés mises en avant pouvaient avoir trait à la situation socio-économique précaire de la femme ou aux inégalités de genre face auxquelles les personnels de santé se sentaient impuissants ; lorsqu'il apparaissait que les femmes critiquaient sévèrement les attitudes des personnels de santé, les soignants les soupçonnaient de mentir. La restitution apparaissait comme un « procès à charge » des personnels de santé ; les anthropologues étaient accusés de prendre le parti des femmes

contre celui des personnels de santé, et ceux-ci se défendaient en mettant en avant qu'ils faisaient ce qu'ils pouvaient dans un contexte de travail difficile, alors que la pauvreté dominait et que leur hiérarchie avait également une part de responsabilité dans la qualité jugée insuffisante de leur prestation. La contribution des anthropologues à ce processus supposé améliorer la qualité de la prise en charge (dans ses dimensions cliniques, mais aussi humaines) transformait parfois la séance d'audit en moment où s'aiguisaient les tensions des personnels de santé à l'encontre des femmes et de leur supérieur hiérarchique (GRUÉNAIS *et al.*, 2012), au point que certains personnels finissaient par refuser de s'impliquer dans les audits.

Il y avait sans doute une certaine naïveté de notre part à envisager que la restitution faisant état du point de vue des femmes pouvait contribuer à accroître l'empathie des personnels de santé à l'égard des parturientes et à constituer un élément d'amélioration de la prise en charge, à côté des éléments relevant des techniques médicales. Nous n'avions pas suffisamment pris la mesure selon laquelle les relations entre soignants et patients sont *a priori* conflictuelles (FREIDSON, 1984) et combien la démarche diagnostique et clinique est plutôt caractérisée par la non-prise en compte des conditions de vie des patients (MECHANIC, 1995 ; WAITZKIN, 1991). Si la restitution, dans ce cadre précis d'une intervention auprès des personnels de santé pour améliorer la qualité des soins, fait partie de l'intervention elle-même, il convient alors sans doute, afin qu'elle n'ait pas l'effet inverse à celui escompté, de procéder à partir d'une connaissance et d'une prise en compte beaucoup plus fine que celle que nous avons envisagée, de ce qu'est la routine des professionnels en tant que *street-level bureaucrats* (LIPSKY, 2010 ; WALKER et GILSON, 2004). En d'autres termes, il aurait fallu documenter initialement, plus précisément que nous l'avons fait, l'organisation et les relations de travail au sein des équipes et dans leur interaction avec les parturientes pour identifier les possibilités et les moments d'une empathie plus grande à l'égard des femmes, en faisant par ailleurs l'hypothèse (qui resterait à démontrer) qu'une empathie plus grande est un facteur d'amélioration. Mais l'intervention, et partant le programme, n'avaient pas prévu ce temps de recherche supplémentaire qui, par ailleurs, n'aurait pas nécessairement amené des résultats probants pour l'action.

Les mots de la restitution

Dans un de leurs articles sur l'engagement en sciences sociales, notamment dans des contextes d'enquête caractérisés par la violence, D. CEFFAÏ et V. AMIRAUX (2002) écrivent à propos de la restitution : l'enquêteur « doit neutraliser ses désirs spontanés de combat, taire ses élans de protestation et de révolte, différer à plus tard et à autrepars les prises de parti, pratiquer une forme d'ascèse axiologique pour laisser place à un espace et à un temps de l'enquête ». Cela est également valable pour les enquêtes sur les problèmes de santé, entre autres dans des structures de soins en Afrique, qui n'épargnent pas l'enquêteur de situations de violence extrême (en particulier de morts constatées et que l'on sait évitables). Exprimer sa réprobation face à certaines situations dans un contexte de restitution risque fort de ne satisfaire que son auteur et de n'avoir aucun effet sur ses interlocuteurs. Faut-il tout dire, tout restituer, tout mettre à disposition dans cette neutralité axiologique absolue que préconisent Ceffaï et Amiraux, voire donner la possibilité aux enquêtés d'avoir un droit de regard sur l'information susceptible d'être utilisée par l'ethnologue ? Dans leur manuel de méthodologie en sciences sociales, Beaud et Weber proposent notamment aux enquêteurs de mettre à disposition leurs enregistrements et leurs notes (BEAUD et WEBER, 2003 : 288). La mise à disposition de ses matériaux bruts peut ressortir à une obligation éthique, comme le soulignent I. ROSSI *et al.* (2008 : 5), à propos d'une recherche sur la maladie d'Alzheimer dans une structure de soins spécialisés. C'est aussi une exigence, par exemple, des associations aborigènes en Australie qui ont à donner leur *imprimatur* aux travaux des ethnologues avant publication (MOIZO, 1997).

La restitution peut avoir une fonction de « validation interne ». D'une part, on peut attendre des interlocuteurs qu'ils agréent le contenu des informations rapportées, même s'ils peuvent être en désaccord avec les interprétations finales faites par les chercheurs. D'autre part, les débats parfois animés après les restitutions sont susceptibles de fournir des informations supplémentaires ; dans cette mesure, la restitution peut aussi constituer un lieu de recueil

d'informations⁹. La restitution permet aussi d'informer ses interlocuteurs des propos qui seront diffusés dans des rapports, des publications. Mais si les interlocuteurs refusent que telle ou telle information soit exposée, ou s'ils contestent la véracité d'une information, la restitution engage-t-elle alors le chercheur, au point que l'information en question devra rester tue ?

Il est des exemples de mauvaise interprétation de l'information restituée, liée parfois à des éléments formels que l'on y a inclus. Une photo d'un groupe de jeunes de banlieue assis côte à côte, reproduite dans un ouvrage à proximité d'un intitulé évoquant « Les activités délinquantes », a donné lieu à un profond mécontentement de la part des interlocuteurs de l'anthropologue accusé dans ce cas de faire des amalgames au même titre que les médias ou la police à propos des jeunes de banlieue (LEPOUTRE, 2001). Une image considérée comme « volée » et reproduite peut être à l'origine de poursuites judiciaires par la personne qui se reconnaît sur la photo et qui a pu être l'informatrice privilégiée de l'anthropologue (cf. l'expérience de J.-F. WERNER, 2007). On pourra certes considérer qu'il s'agit là de la question très spécifique du droit à l'image et de la forme donnée à des documents de recherche remis à ses interlocuteurs, voire de l'anonymisation des données. Mais ces exemples posent la question, évoquée plus haut, du contrôle de l'information produite par les informateurs eux-mêmes. Faut-il alors éviter de mettre à disposition auprès de ses informateurs certaines informations ?

La réception réservée des résultats de la recherche n'est en rien spécifique à la restitution d'études anthropologiques. J'en donnerai un exemple. En collaboration avec des collègues de santé publique, j'ai mené une étude au Maroc sur les « maisons d'attente » (*maternity waiting homes*)¹⁰, soit des lieux d'hébergement (non médicalisés) pour des femmes enceintes sur le point d'accoucher et situés à

⁹ Néanmoins, et pour forcer un peu le trait, si l'auteur de la restitution est habité par le souci d'une redevabilité totale quant aux informations recueillies, que fera-t-il de ces nouvelles informations recueillies lors d'une séance de restitution ? Devra-t-il, par une sorte de mise en abyme, restituer sur la restitution ?

¹⁰ Les premières expériences datent du début du xx^e siècle dans le nord de l'Europe, aux États-Unis et au Canada pour desservir les femmes des communautés disposant de très peu de structures de santé à proximité de leur domicile. Puis en Afrique, des maisons d'attente ont été créées au Nigeria (années 1950) et en Ouganda (1960). À Cuba, la première maison d'attente a été créée en 1962.

proximité de maternités ; ces maisons d'attente sont destinées à accueillir des femmes habitant dans des zones difficiles d'accès afin qu'elles puissent se retrouver près d'une maternité, donc pour éviter les accouchements à domicile, sans surveillance, considérés comme situations « à risque », liés à l'éloignement et aux difficultés d'accès des maternités. Cette étude conjugait une recherche épidémiologique sur la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale dans la région desservie par la maison d'attente étudiée, avec une étude qualitative sur l'histoire gésésique de certaines femmes de la région (ABAACROUCHE *et al.*, 2009). La maison d'attente sur laquelle l'étude portait était une des fiertés de la région, en particulier pour les personnels de santé de la maternité attenante et pour les autorités locales. Or, les résultats de l'enquête qualitative montraient que les femmes avaient une opinion très favorable de cette maison d'attente, mais sans l'utiliser *a priori* (préférant pour beaucoup de bonnes raisons, retarder au maximum leur recours à la maternité, quitte à prendre le risque d'accoucher à domicile) ; et l'enquête épidémiologique, qui prenait en compte les accouchements survenus dans la région avant et après l'ouverture de la maison d'attente, montrait qu'il n'y avait aucune différence significative de l'évolution des taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale qui pouvait être mise en rapport avec l'ouverture de la maison d'attente. Les personnels de santé et les autorités locales auprès desquels nous avons fait une restitution de ces résultats de l'étude ont eu des réactions très négatives face à nos conclusions, mettant en cause la validité de notre travail, parce qu'ils « voyaient bien la différence » dans leur pratique depuis l'ouverture de la maison d'attente.

Pour éviter la déception des interlocuteurs qui peut être à l'origine soit d'une démobilisation des acteurs pour réaliser une partie du projet, soit d'un refus d'accès à l'enquêteur à leur terrain, faut-il évoquer de manière privilégiée les résultats positifs à l'occasion des restitutions ? Adapter son discours aux interlocuteurs, ne serait-ce pas alors aussi choisir ses mots et devoir taire certaines informations ? Tout ce que je viens d'évoquer nous ramène à toute la distance qu'il peut y avoir entre une démarche académique de recherche et la mise à disposition des résultats de cette recherche auprès des interlocuteurs. Autrement dit, il y a une spécificité du discours de la restitution. L'ethnographe, dans le cadre de son travail académique, n'écrit pas directement pour ses interlocuteurs

locaux, précisait F. ZONABEND dans l'article déjà cité (1994 : 8). Cette remarque fait écho à la mésaventure survenue à D. Lepoutre à propos de la photo et qui s'interroge : « Pour qui écrit-on ? Et dans quel(s) but(s) ? S'agit-il de "communiquer des résultats" à l'attention exclusive de ses pairs ? » (LEPOUTRE, 2001 : 98). La communication avec les interlocuteurs du terrain dans le cadre de restitution semble donc relever d'un discours d'une autre nature que celui de la restitution académique.

Une restitution, pour quoi faire ?

À quoi peut bien servir une restitution sachant que la plupart du temps, on se satisfait d'une production académique de mise en forme des résultats d'une enquête, sans se préoccuper de les mettre à disposition de ses interlocuteurs. J'ai évoqué le souci de « validation interne », en rappelant la possibilité d'être confronté à une non-validation, tout en me demandant de quelle validation il pourrait bien s'agir si le discours de la restitution est si éloigné que j'ai bien voulu le dire du discours académique. J'ai aussi évoqué le fait que la restitution peut être un autre moment de recueil de l'information et donc se situer dans le processus de l'enquête de terrain. De manière plus pragmatique, la restitution peut procéder d'une réponse à une demande de ses interlocuteurs et d'une forme de politesse de la part de l'enquêteur pour faire état aux personnes qui vous ont accueilli d'éléments qui seront évoqués dans un cercle académique. Dans le cadre d'une recherche sur projet, d'une recherche-action dont la finalité est de contribuer à une amélioration de la qualité des soins, la restitution peut avoir l'ambition de participer à une prise de conscience des interlocuteurs pour qu'ils modifient, sinon leur comportement, du moins leur manière d'appréhender la réalité. Ainsi, on peut avoir l'ambition de vouloir endiguer une tendance générale à trouver des explications d'une situation peu satisfaisante en procédant par une sorte de sociologie spontanée qui réifie le comportement des bénéficiaires de l'offre de santé.

Par exemple, on entend très souvent dire par les personnels de santé, les cliniciens, ou les cadres et les décideurs locaux, pour expliquer que les femmes tardent ou refusent à recourir aux structures de soins pour la surveillance de leur grossesse ou pour leur accouchement, que des facteurs culturels et économiques difficiles à surmonter sont en cause : le manque d'autonomie des femmes et la domination masculine expliqueraient que celles-ci sont dans l'impossibilité de décider seules de recourir aux structures de santé sans l'aval du mari ou d'un homme de la famille ; les femmes refuseraient de se rendre dans les structures de soins parce que les soins y sont surtout prodigués par des hommes et qu'elles ne veulent avoir affaire qu'à des femmes ; l'ignorance, l'analphabétisme, les « croyances traditionnelles », ou encore la très grande pauvreté constitueraient autant de freins à l'accès aux soins ; la surcharge de travail des personnels de santé expliquerait leur faible disponibilité, etc.

À chacun de ces arguments que tous ceux qui ont travaillé auprès de personnels de santé ont entendu à satiété, l'observateur pourra au cours de la restitution montrer qu'il s'agit là de préconceptions : les femmes peuvent décider seules, par exemple d'accepter ou de refuser de réaliser un dépistage du VIH ; en cas d'urgence, peu importe le sexe du soignant, les femmes préfèrent être prises en charge par un gynécologue-obstétricien masculin susceptible d'effectuer toutes les interventions nécessaires plutôt que par une femme auxiliaire de santé aux compétences techniques limitées ; la désorganisation de l'offre de soins locale, l'indisponibilité des médicaments et des soignants, les difficultés matérielles du déplacement (insécurité, absence de moyen de transport, état des routes, etc.) sont tout autant, sinon plus explicatives des réticences à se déplacer vers une structure de soins que l'ignorance, les « croyances » ou la pauvreté ; les observations montrent que la surcharge de travail invoquée par les personnels de santé pour expliquer une qualité insatisfaisante de leurs prestations est souvent très relative, les personnels de santé étant peu présents à leur poste de travail dans la journée. La restitution, comme tente de le montrer les quelques exemples que je viens d'évoquer, peut alors avoir pour ambition de limiter, voire de rendre caduque la validité des explications procédant d'une sociologie spontanée des acteurs.

L'ambition ultime est de contribuer à une « prise de conscience » des personnels de santé, à leur réflexivité dans l'espoir d'une

modification de leurs attitudes à l'égard des usagers des structures de soins. Cette « prise de conscience », est parfois attestée dans des déclarations de responsables locaux de la santé¹¹. Les effets de cette réflexivité attendue semblent pouvoir être mesurés, comme dans le cas des audits de cas d'urgences obstétricales évoqués plus haut : l'ensemble de l'intervention, avec ce qu'elle impliquait de formation des personnels de santé, d'appui technique et matériel de la part de spécialistes de santé publique et d'anthropologues, a pu avoir des effets mesurables sur la rapidité de prise en charge, et sur la pratique effective de certains gestes techniques¹². Mais on serait bien en peine de préciser dans quelle mesure la participation des personnels de santé au processus de recherche, ou encore la restitution régulière des données d'observation auprès de ceux-ci dans le cadre de ces audits ont pu avoir des effets en eux-mêmes ; les améliorations constatées ne seraient-elles pas aussi liées à la « surveillance » à laquelle les personnels étaient soumis, du fait de leur participation à un programme de recherche-action et qui les amenaient à devoir « bien faire »¹³ ?

L'intérêt des restitutions peut résider aussi, à la suite de l'exposé des résultats d'enquête ou d'intervention, dans la formulation de recommandations réalistes, avec les acteurs, et dont on peut espérer qu'elles auront d'autant plus de légitimité qu'elles auront été adoptées par ceux-ci. Le consensus local sur des recommandations leur donnera alors une

¹¹ À titre d'exemple, on peut lire la déclaration suivante dans le rapport de la réunion finale de restitution d'un projet (le projet Passage) portant sur l'amélioration de la prise en charge et de la communication autour de la santé sexuelle des adolescents et des jeunes adultes dans une ville du nord du Cameroun et auquel j'ai été associé : « La conclusion du séminaire de restitution du bilan des activités du projet Passage peut se résumer en ces mots de la Déléguée régionale de la santé publique : "le projet Passage a ouvert les yeux des populations de Maroua et des personnels de santé, en particulier sur la santé génésique" » (Rapport final des activités du projet Passage – Maroua, octobre 2009). Si les acteurs du projet ne peuvent que se satisfaire d'une telle déclaration, rien ne permet de documenter, cependant, que cette prise de conscience s'est traduite par des modifications d'attitude.

¹² Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement, Projet FSP 2001-149 – MAE-F, Composante 2 – Burkina Faso, Rapport final d'activités, 1^{er} janvier 2003 au 31 mars 2006.

¹³ Ces améliorations mesurables relèvent peut-être du fameux effet Hawthorne mis en évidence dans les années 1920 par l'équipe de E. Mayo dans le contexte des expériences d'amélioration de la productivité dans les usines d'une compagnie d'électricité et liées à l'attention portée aux ouvriers qui étaient alors sous surveillance davantage qu'aux améliorations techniques (BERT, 1999).

certaine force en vue du rappel de la nécessité de leur application dans l'avenir. Mais je ne pousserai pas la naïveté jusqu'à penser que l'adoption de recommandations réalistes au niveau local leur donne *ipso facto* force de loi et serait une garantie pour leur mise en œuvre.

La restitution peut aussi avoir une utilité spécifique décidée par ses destinataires. Elle met à disposition des informations dans un contexte de rapports hiérarchiques. Dans l'expérience de N. FLAMANT (2005) dans une entreprise, les éléments mis en évidence par l'observateur et révélateurs de certains dysfonctionnements au sein de l'organisation ont été utilisés par les détenteurs d'autorité au sein de l'organisation pour légitimer leurs décisions et renforcer leur position. Pour ma part, en la matière, j'ai eu une toute autre expérience : celle de l'utilisation des éléments d'observation par les « subalternes » pour mettre en difficulté la hiérarchie, voire contester les positions d'autorité. L'expérience d'audits, notamment au Maroc, a permis de montrer que la mise en évidence des dysfonctionnements permettait de légitimer un discours des « subalternes » selon lequel ils faisaient le mieux possible dans le contexte de travail qui leur était donné (BLAISE *et al.*, 2006). Autrement dit, selon les destinataires de la restitution, toute amélioration sensible de la qualité des soins ne pouvait venir que d'un effort supplémentaire (d'organisation, d'équipements, etc.) du niveau hiérarchique supérieur. La restitution était alors utilisée par les acteurs des services de santé comme un moyen de faire passer un message aux supérieurs hiérarchiques (direction de l'hôpital, directions du ministère de la Santé) afin que ces derniers améliorent leurs conditions de travail. Ici, les études et leur restitution servent bien, mais pour confirmer le bien-fondé des attitudes des personnels de santé et de l'existant, avec les critiques récurrentes à l'endroit des populations « ignorantes » bénéficiaires de leurs prestations, et des supérieurs hiérarchiques qui ne leur donnent pas les moyens d'améliorer la qualité de leurs prestations.

Conclusion

La restitution procède d'un discours spécifique dans un contexte particulier. L'ethnographe, impliqué dans des projets de santé

publique qui s'engage dans ce type d'expérience, sera constamment interpellé sur la robustesse et la validité de ses données. La réceptivité à l'égard des données rapportées par l'ethnographe est très variable. Par ailleurs, celui-ci, pour faire accepter sa démarche et pour « l'efficacité » attendue (par lui-même, par ses collègues d'autres disciplines, auprès des destinataires de la restitution) de ses propos, doit veiller sans doute à ne pas décevoir à l'excès ses interlocuteurs. Cela l'oblige alors à devoir taire certaines informations, à choisir ses mots, c'est-à-dire à adapter son discours. La question qui se pose alors est notamment de savoir dans quelle mesure la réception du discours de l'ethnographe au cours de la restitution a force de validation et, partant, de censure sur l'utilisation ultérieure des données. À moins de considérer que le moment de la restitution est totalement distinct de celui de la valorisation académique, et la différence de nature ainsi instituée introduit une étanchéité entre les deux types de propos. Quelle que soit la position adoptée, l'expérience montre que la restitution dans le cadre d'un projet d'intervention peut avoir une certaine efficacité, parfois mesurable, nécessairement limitée, et dont on ignore tout du rôle spécifique dans les changements observables. L'efficacité des restitutions peut aussi être mise en forme par les interlocuteurs eux-mêmes qui peuvent se servir d'éléments ainsi mis à leur disposition pour défendre leurs intérêts propres. Néanmoins, il ne faut pas surestimer les enjeux liés à la restitution ; comme l'écrit F. Zonabend dans son article déjà cité : « ... vouloir poser la *restitution* comme un problème, revient en fait à donner plus d'importance qu'ils n'en ont aux travaux des ethnologues » (ZONABEND, 1994 : 13).

Bibliographie

ABAACROUCHE M., BELGHALI A.,
MESKI F. Z., GRUÉNAIS M. E.,
DE BROUWERE V., 2009 – *La maison
d'attente : une solution efficace
pour favoriser l'accouchement
en milieu surveillé*. Rapport
de recherche pour l'OMS, Rabat,
Inas, 75 p.

BEAUD S., WEBER F. 2003 – *Guide
de l'enquête de terrain. Produire
et analyser des données
ethnographiques*. Paris, La Découverte.

BERT C., 1999 – « L'effet Hawthorne.
Un mythe des sciences humaines ».
In Cabin P. (éd.) : *Les organisations*.

- État des savoirs, Auxerre, Sciences humaines Éditions : 59-65.
- BLAISE P., SAHEL A., GRUÉNAIS M. E., DE BROUWERE V., 2006 – « Introducing routine clinical audit in public hospitals to improve quality of care: potential and pitfalls. The case of Casablanca public health hospitals in Morocco ». 23th International Conference of the International Society for Quality in Health Care (ISQua), Londres, octobre 2006.
- CAMPO R., 2006 – « Anecdotal Evidence: Why Narratives Matter to Medical Practice ». *Plos Medicine*, 3 (10) : 1677-1678.
- CEFAÏ D., AMIRAUX V., 2002 – Les risques du métier. Engagements problématiques en sciences sociales. *Cultures & Conflits*, 47 (URL : <http://conflits.revues.org/829>).
- CHARMAZ K., 2006 – *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. Londres, Sage.
- CHAVIER É., 2003 – Restitution et réception du texte anthropologique. *Ethnologie française*, 33 (3) : 503-512.
- FARMER P., 1996 – *Sida en Haïti. La victime accusée*. Paris, Karthala.
- FARMER P., NIZEYE B., STULAC S., KESHAVJEE S., 2006 – Structural Violence and Clinical Medicine. *Plos Med*, 3, e449 (<http://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pmed.0030449>).
- FILIPPI V., BRUGHA R., BROWNE E., GOHOU V., BACCI A., DE BROUWERE V., SAHEL A., GOUFODJI S., ALIHONOU E., RONSMANS C., 2004 – Obstetric audit in resource-poor settings: lessons from a multi-country project auditing "near miss" obstetrical emergencies. *Health Policy Plan* : 57-66.
- FLAMANT N., 2005 – Observer, analyser, restituer. *Terrain*, 44 : 137-152.
- FREIDSON E., 1984 – *La profession médicale*. Paris, Payot.
- GRUÉNAIS M. E., TANTCHOU J., 2010 – *Étude socio-anthropologique pour l'évaluation de l'acceptabilité du test VIH par les bénéficiaires et les professionnels de santé dans les établissements de soins de santé de base sélectionnés*. Rapport sur le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans trois régions pilotes : Grand Casablanca, Marrakech-Tensift-Al Haouz, Souss-Massa-Drâa, ministère de la Santé – Unicef, Rabat, 53 p.
- GRUÉNAIS M.-E., OUATTARA F., RICHARD F., DE BROUWERE V., 2012 – Anthropological Insights about a Tool for Improving Quality of Obstetric Care. The Experience of Case Reviews Audits in Burkina Faso. *Anthropology in action*, 19 (2) : 27-36.
- LEPOUTRE D., 2001 – La photo volée. Les pièges de l'ethnographie en cité de banlieue. *Ethnologie française*, 31 (1) : 89-101.
- LÉVI-STRAUSS C., 1958 – Place de l'anthropologie dans les sciences sociales et problèmes posés par son enseignement. *Anthropologie structurale*, 1, Paris, Plon.
- LIPSKY M., 2010 – *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services (1^{re} ed. 1980)*. New York, Russel Sage Foundation.
- MACCLANCY J. (ed.), 2002 – *Exotic no more*. Chicago, The University of Chicago Press.
- McKEOWN T., 1979 – *The role of medicine. Dream, mirage or nemesis*.

Princeton, Princeton University Press.

MARKS H., 1999 – *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*. Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, coll. Les empêcheurs de penser en rond.

MECHANIC D., 1995 – Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science & Medicine*, 41 : 1207-1216.

MOIZO B., 1997 – « L'anthropologie aboriginaliste : de l'application à la fiction ». In Agier M. (éd.) : *Anthropologues en danger*, Paris, Jean-Michel Place : 65-74.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2004 – La rigueur du qualitatif. *Espace-Temps* : 38-50.

OMS, 2004 – *Au-delà des nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse*.

RICHARD F., OUEDRAOGO C., ZONGO V., OUATTARA F., ZONGO S., GRUÉNAIS M.-E., DE BROUWERE V., 2008 – The difficulty of questioning clinical practice: experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.01741.x.

ROSSI I., KAECH F., FOLEY R. A., PAPADANIEL Y., 2008 – L'éthique à l'épreuve

d'une anthropologie en milieu palliatif : de l'insertion à la restitution. *Ethnographiques.org*, 17.

SKRABANECK P., McCORMICK J., 1997 – *Idées folles, idées fausses en médecine*. Paris, Odile Jacob, coll. Opus.

VIDAL L., 2011 – Rendre compte. La restitution comme lieu de refondation des sciences sociales en contexte de développement. *Cahiers d'études africaines*, 202-203 (2) : 591-607.

WAITZKIN H., 1991 – *The politics of medical encounters. How patients and doctors deal with social problems*. New Haven & London, Yale University Press.

WALKER L., GILSON L., 2004 – We are bitter but we are satisfied: nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine*, 59 : 1251-1261.

WERNER J.-F., 2007 – « De l'objet ethnographique au sujet juridique ou comment le fantôme de Malinowski a été assigné en justice au Sénégal ». In Leservoisier O., Vidal L. (éd.) : *L'anthropologie face à ses objets. Nouveaux contextes ethnographiques*, Paris, Éditions des archives contemporaines.

ZONABEND F., 1994 – De l'objet et de sa restitution en anthropologie. *Gradhiva*, 16 : 3-14.



Colloques et séminaires

Les savoirs des sciences sociales

Débats, controverses, partages

Éditeur scientifique
Laurent Vidal



Ouvrage issu du colloque
« Les sciences sociales et la diffusion des savoirs dans l'espace public »
Marseille (France), 31 janvier-1^{er} février 2013
organisé avec l'appui de la région Paca et de l'IRD

Les savoirs des sciences sociales

Débats, controverses, partages

Éditeur scientifique
Laurent Vidal

I
IRD Éditions

INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT

Collection Colloques et séminaires

Marseille, 2015

Préparation éditoriale

Yolande Cavallazzi

Mise en page

Desk (53)

Correction

Sylvie Hart

Coordination, fabrication

Catherine Plasse

Maquette de couverture

Michelle Saint-Léger

Maquette intérieure

Catherine Plasse

Photo de couverture

Collage-pastel (détail) d'Albert Dupin, 1993, coll. et photo d'A. Vidal.

La loi du 1^{er} juillet 1992 (code de la propriété intellectuelle, première partie) n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article L. 122-5, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans le but d'exemple ou d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'article L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon passible des peines prévues au titre III de la loi précitée.

© IRD, 2015

ISBN : 978-2-7099-1881-7

ISSN : 0767-2896