

Le soignant face au soigné anonyme en Afrique

J.P. Olivier de Sardan*

Résumé. L'article décrit et analyse les enjeux qui traversent les relations entre les professionnels de la santé et les patients caractérisées de façon générale en Afrique par le mépris, l'indifférence et la distanciation des premiers à l'égard des seconds. Il montre en partant d'une approche diachronique la reproduction d'un ensemble de traits de la bureaucratie coloniale avec ceux qui ont cours après l'indépendance, notamment le despotisme, le privilégisme et le rôle des intermédiaires. L'article montre que dans les pays du Sud, le fonctionnement bureaucratique est intimement lié au développement des inégalités, de la violence et du mépris qu'on retrouve dans les relations entre médecins et patients anonymes.

Mots clés : *relations, bureaucratie, indifférence.*

Le soignant, complétant des colonnes sur un registre : « Au suivant ! ». La femme s'approche du bureau, pose un bout de carton (numéro 14) sur le bureau et reste debout : « Bonjour » (de façon timide et presque inaudible).

- « Comment t'appelles-tu ?
- Fati
- Et ton enfant ?
- Dodo »

Le soignant, saisissant un bout de papier (un bulletin de vote apparemment) : « Qu'est-ce qu'il a ? »

La femme, regardant alternativement son bébé et le soignant : « Depuis 2 jours, il ne cesse de pleurer ; il refuse de téter ; il a de la fièvre aussi »

* Anthropologue, IRD/EHESS (Niamey)

Le soignant, finissant d'écrire sur le premier bulletin, en saisit un second : « Tu vas payer des comprimés ; tiens, va là-bas si tu as de l'argent ; sinon va chercher l'argent et viens payer ces produits ici, de l'autre côté. On t'expliquera comment les utiliser »

La femme prend les deux bulletins que le soignant lui tend et sort de la salle.

Le soignant, à un manœuvre qui passe sous sa fenêtre : « Tu as eu le journal du PMU (le journal du parieur) ? »

Le manœuvre : « Non, la fille du PMU n'est pas encore arrivée »

Le soignant, tournant une page de son registre : « Au suivant »

(Source : A. Souley, rapport d'observation-supervision,
CSI de Talladjé, Niamey ¹)

Dans le domaine de la santé, les propos des malades et de leurs accompagnants sont unanimes pour dénoncer le sort fait au patient anonyme : la phrase « *on ne nous regarde même pas* » est revenue sans cesse au cours des entretiens menés dans les cinq villes concernées par notre programme de recherche². Elle exprime bien les sentiments de manque de respect, d'inexistence, d'humiliation éprouvés par les usagers des services de santé publics, et donne l'image d'une médecine « vétérinaire » (« *on nous traite comme des animaux* » est aussi une phrase fréquente). En fait, c'est tout un « syndrome dysfonctionnel » qui est ainsi évoqué, où, tout à la fois, on montre une solide indifférence à l'égard des malades qui tourne souvent au mépris (on va parfois jusqu'à les rudoyer et les insulter), on les « rackette », et on fait des consultations expéditives et de mauvaise qualité, dépourvues de toute information et de tout dialogue.

¹ Extrait du chapitre de A. Souley sur Niamey (in Jaffré & Olivier de Sardan, eds, 2002).

² Il s'agit d'une étude menée dans cinq capitales ouest-africaines (Abidjan, responsable M. Koné ; Bamako, responsable Y. Touré ; Conakry, responsable Y. Diallo ; Dakar, responsable A. Fall ; Niamey, responsable A. Souley) sur l'accès aux soins, les interactions soignants-soignés et les dysfonctionnements des centres de santé (cf. Jaffré & Olivier de Sardan, eds, 2002). Je remercie pour leurs commentaires P. de Munck, A. Souley, Y. Jaffré, M. Tidjani Alou.

« On ne te regarde pas, il parle seulement, tu ne comprends pas, et puis il donne une ordonnance... Je lui ai dit que le corps de ma fille chauffe, il ne l'a même pas regardée » (Fanta, 24 ans, venue soigner sa fille de six mois dans un centre de santé d'Abidjan ³).

« Les sages-femmes n'aiment pas trop avoir à faire aux primipares ; ce sont toujours des cas assez compliqués. Un jour j'ai fait un accouchement d'une primipare. La sage-femme titulaire était assise au bureau, mais elle me regardait de temps à temps. Il faut dire que c'était mon premier passage avec elle. Sinon, après, les titulaires te laissent faire sans te surveiller. Alors donc, pour cet accouchement, la dilatation avançait normalement, mais très lentement. Avec une fille de salle, j'essayais d'encourager la parturiente à pousser. Elle était très fatiguée et gémissait beaucoup. Ce qui agaçait la sage-femme qui me disait : "déchire la ! elles sont toutes comme ça, promptes à aller avec les hommes, jouissant de plaisir, mais incapables de se maîtriser face à la douleur, quelle honte ces enfants de maintenant !". On rigolait un peu en essayant de dédramatiser les propos de la sage-femme. Mais elle continuait à me dire de la déchirer. J'étais très inquiète car il y avait risque, si ça dure, d'étouffement pour l'enfant ; je me disais aussi que de toute façon, c'était la titulaire qui est responsable, donc qu'il fallait suivre son conseil. J'étais sur le point de le faire, j'avais dit à la fille de salle de me donner une lame, mais j'ai voulu encore attendre un peu. Et là, dans un dernier sursaut, la parturiente a poussé et l'expulsion a commencé. Tout s'est bien déroulé par la suite. J'étais soulagée. La sage-femme a dit à l'endroit de la parturiente "tu as de la chance, car si c'était moi qui t'accouchais, je t'aurais déchiré dès le début". » [FL, élève stagiaire, deuxième année sage-femme, ENSP, Niamey] ⁴.

Cette attitude contraste fortement avec la façon dont sont traités les « PAC » (parents, amis et connaissances), significativement appelés parfois les « passes » (pour passe-droit ?) :

« Les faveurs pour les collègues ou leurs enfants, c'est normal. Par exemple ils peuvent ne pas respecter la préséance ou je peux même

³ Extrait du chapitre de M. Koné sur Abidjan (in Jaffré & Olivier de Sardan, eds, 2002).

⁴ Extraits du chapitre de A. Souley (op. cit.).

leur donner des médicaments si j'en ai. L'agent peut même quitter son poste de travail pour aller accompagner son enfant dans un autre centre de soin mieux équipé. Mais on ne peut pas généraliser pour des gens qu'on connaît à peine. On ne peut faire des faveurs pour tout le monde qu'on connaît. Il ne faut donc pas exagérer.» [EM, responsable d'un CSI].

« S'agissant des faveurs, c'est normal que j'aide mon parent, que je le soigne sans qu'il paie. La chèvre mange là où elle est attachée » [TA, infirmière stagiaire dans un CSI].

« Les *passes* de certains d'entre nous, quand ils viennent en consultation, ils ne s'arrêtent pas pour au moins payer le carnet. Ils vont directement voir les soignants. Si je décidais de m'opposer au système de passe, nous ne nous entendrions pas ». [BI, percepteur dans un hôpital] ⁵.

Le malade « recommandé » est en effet, au contraire de l'utilisateur anonyme, particulièrement pris en charge : l'abandon de son poste par le soignant, pour guider son « passe » dans le parcours du combattant d'un centre de santé, n'est pas rare ; ce client privilégié n'aura pas droit qu'aux sourires et à diverses attentions, il aura aussi accès fréquemment à des consultations gratuites, ou à des médicaments gratuits.

On constate donc une alternance paradoxale de « déshumanisation » et de « sur-personnalisation », qui n'est pas propre à telle ou telle structure sanitaire ou à tel ou tel pays : cette alternance est un phénomène « systémique » ou « structurel », partout documenté dans les pays africains où nous avons fait des enquêtes ⁶. Certes un tel phénomène n'est pas ignoré en Europe. Mais il n'y prend pas de telles dimensions : les « passe-droits » existent, mais restent beaucoup plus

⁵ Extraits du chapitre de A. Souley (op. cit.); sur le cas particulier des maternités, et l'exécrable réputation des sages-femmes, cf. Olivier de Sardan, 2001.

⁶ Aux cinq pays en question, il faut ajouter le Burkina Faso (recherches de F. Ouattara), la Mauritanie (enquêtes de Y. Jaffré, J.P. Olivier de Sardan et A. Prual), la Centrafrique (recherches de B. Goma), le Bénin (recherches de N.Bako Arifari). On signalera également une des rares publications sur ce sujet, au titre significatif (« Why nurses abuse patients ? »), qui porte sur l'Afrique du Sud, et converge avec nos propres résultats : Jewkes, R., Naeemah, A. & Zodumo, M., 1998).

rares et plus discrets ; de même, on rencontrera aussi le mépris ou la négligence face à l'usager anonyme, mais sur un mode beaucoup moins généralisé. Certes, aussi, tous les patients anonymes ne sont pas mal traités en Afrique par tous les soignants. Il y a tout d'abord le cas des patients anonymes des classes sociales supérieures, dont la mise, la tenue, et le langage témoignent du statut.

Une enquête récente entreprise à Conakry par la Direction régionale de la santé de la ville de Conakry et l'association Entraide universitaire pour le développement sur 135 usagers, dans dix centres de santé, indique que 67,4 % des malades ont déclaré que l'on ne s'occupe pas aussi bien des gens moins riches et moins bien habillés que de ceux qui sont riches et bien habillés. Cette assertion a été confirmée par 62,5 % des soignants ⁷.

Mais ceci pourrait être tenu pour des exceptions qui confirment au contraire la règle ; l'attention réservée aux « riches » renverrait en effet soit à la cupidité des soignants, soit à une déférence envers les élites qui n'est que l'envers de leur indifférence envers les « gens de peu ». Il y a aussi, bien sûr des soignants « différents », en permanence attentifs ou sujets à la compassion, qui, pour faire bref, traitent toujours bien ou plutôt bien leurs patients anonymes. Cette minorité ne peut être oubliée, car on peut penser que toute réforme devra passer par eux.

Il y a enfin le fait que la majorité des soignants, tout en montrant le plus souvent une grande indifférence envers leurs patients anonymes, autrement dit en les « mal traitant » (socialement, mais aussi, souvent, médicalement), ne les traitent cependant pas toujours mal. Certains usagers « chanceux » échappent à la règle générale, et suscitent l'intérêt ou la pitié occasionnels du soignant. Le même infirmier qui revend frauduleusement aux malades les médicaments qu'il subtilise à la pharmacie et ne « regarde pas » ceux qui viennent en consultation va, un jour, sourire à une vieille femme démunie, lui donner gratuitement quelques comprimés, voire même lui remettre un peu d'argent de sa poche. L'anonyme peut donc bénéficier, comme en un

⁷ Sur un effectif de 40 soignants ; extrait du chapitre de Y. Diallo, in Jaffré & Olivier de Sardan (eds), 2002.

sens le mendiant, d'accès aléatoires de générosité ponctuelle de la part du professionnel de santé. Ceci permet sans doute à ce dernier de se déculpabiliser, et d'auto-légitimer son indifférence ordinaire : c'est du moins ce que les discours des soignants, qui mettent souvent en évidence leurs actes charitables épisodiques, laissent à penser. Mais le lot commun des malades sans « piston » et sans statut élevé visible reste bien de subir la négligence des soignants au minimum, leur mépris ou leur racket au pire. Pourquoi ?

Nous nous refuserons, pour répondre à cette question, à recourir à trois modèles explicatifs aussi simples qu'erronés, bien que le sens commun les invoque souvent. Le premier serait de dire que les personnels de santé africains seraient des monstres sans pitié et sans cœur ; or, en fait, dans la vie de tous les jours, ils sont en général de bons parents, d'agréables voisins ou d'excellents amis. Le second serait d'invoquer une soi-disant « culture africaine traditionnelle » ; or, l'accueil et l'écoute des guérisseurs « traditionnels » sont de bien meilleure qualité que ceux des personnels de santé, qui sont quant à eux nettement du côté de la « modernité » et non du côté de la « tradition ». Le troisième serait d'imputer ces comportements au « manque de moyens », au dénuement, au « sous développement » ; or, les centres de santé n'ont pas manqué de dotations en médicaments et en matériels systématiquement détournés, et rien ne témoigne d'une corrélation entre la « compassion » et le niveau d'équipement médical ou de salaire des personnels. En outre, il ne peut y avoir d'explication unique, standardisée, mono-causale. Nous suivrons ici une piste parmi différentes possibles, une piste disons plutôt structurelle, qui s'intéressera à l'histoire de la construction des bureaucraties africaines. Il en est d'autres, par exemple plus centrées sur l'individu, qui adopteront un point de vue mettons plutôt psychosociologique. Elles ne s'excluent pas.

Nous avons, dans un texte précédent, invoqué, à titre de modèle « exploratoire » (c'est-à-dire non explicatif, au sens fort du terme), le niveau des « normes pratiques », différentes par définition des normes officielles ou légitimes, avec en particulier deux composantes de ces « normes pratiques » : la « culture professionnelle locale » et la

« culture bureaucratique privatisée »⁸. Je voudrais ici tenter de faire progresser un peu plus l'analyse, en cherchant : (a) à comprendre comment s'est mise en place en Afrique de l'Ouest une « culture bureaucratique » spécifique, variante assez particulière de la culture bureaucratique française « classique » ; et (b) pourquoi le domaine de la santé, dont la culture professionnelle est en partie préservée en France des traits propres à la bureaucratie, est au contraire en Afrique modelé par les formes qu'y affecte celle-ci.

Notre hypothèse est qu'il n'y a pas en Afrique un modèle de la bureaucratie radicalement autonome, qui renverrait à une quelconque « culture traditionnelle », mais bien plutôt que, sur les bases mêmes de la bureaucratie classique, qui postule une rupture entre public et privé, source d'une « production d'indifférence », s'est opérée en Afrique une dérive historique particulière, héritée de la colonisation, puis accentuée dans la période post-coloniale, que l'histoire propre de la santé en Afrique a importée dans le champ des relations soignants-soignés. *A la « construction sociale de l'indifférence » typique de toute bureaucratie moderne, s'est donc superposée une « construction coloniale et post-coloniale du mépris et du privilège », qui a englobé le secteur de la santé, lequel a en outre secrété sa propre « construction médicale de l'indifférence ».*

La bureaucratie d'interface : le modèle classique et ses variantes

Nous examinerons successivement un axe structurel (la rupture instaurée par les normes bureaucratiques modernes) et un axe représentationnel (les stigmates populaires attachés à la bureaucratie d'interface).

La rupture bureaucratique

La bureaucratie moderne, qui est l'un des piliers principaux de l'État contemporain tel qu'il s'est développé en Europe au cours du 19^{ème} siècle en particulier, s'est construite par une rupture avec les modes de gestion antérieurs des affaires publiques, autrement dit avec l'État

⁸ Cf Olivier de Sardan, 2001.

d'Ancien Régime, caractérisé par des systèmes d'allégeance personnelle entre les dignitaires aristocratiques et politiques et leurs clientèles de commis, de suivants et d'hommes de confiance. La vénalité des charges, l'échange généralisé de « services » et le dévouement à un « maître » cèdent la place (peu à peu, car le processus fut long) à des procédures impersonnelles, à des recrutements sur diplôme, à un service de l'État ⁹. La fameuse rationalité légale-bureaucratique théorisée par M. Weber ne relève pas tant d'une rationalité technique ou scientifique (qui remplacerait une gestion irrationnelle par une gestion éclairée : ce contresens a souvent été fait) que d'une *rationalité procédurale*, censée assurer un traitement égal et normalisé des « cas » (des dossiers) quels que soient ceux qui sont concernés. Cette rationalité procédurale se fonde sur une rupture forte (et nouvelle) entre la sphère privée et la sphère publique ¹⁰. Le monde de la bureaucratie moderne, celui de la sphère publique en ses formes administratives, a désormais ses propres lois, en un sens opposées à celles qui régissent le monde « normal », extérieur, celui des relations quotidiennes, personnalisées, affectivées, socialisées. Ce monde bureaucratique a été le plus souvent appréhendé sous sa dimension institutionnelle, comme un « appareil » ¹¹ ou comme une « organisation » ¹², avec ses logiques internes, ses jeux de pouvoir, ses attributs systémiques. Mais ce sera sous une autre dimension, moins fréquemment prise en compte, qu'il sera surtout ici considéré, à savoir les relations qu'il entretient avec son environnement, et plus particulièrement avec les usagers. Ce que Lipsky (1980) a décrit comme « *street level bureaucracy* », nous l'appellerons « bureaucratie d'interface », pour souligner que c'est aux relations entre agents des services publics et usagers de ceux-ci que nous nous intéressons avant tout. Des secteurs entiers de la bureaucratie n'ont pas d'interface avec

⁹ Cf. Dreyfus, 2000.

¹⁰ Cf. Sennett, 1979, pour la construction de l'individu et de la sphère privée, qui est évidemment symétrique de la construction d'une sphère publique, et donc de la distinction des deux.

¹¹ L'expression d'« appareil d'état », venue d'Althusser, pourrait être reprise sans ses connotations excessivement « répressives ».

¹² L'analyse des bureaucraties est ainsi devenu un des thèmes chers à la sociologie des organisations (Crozier, 1963).

les usagers, de même que l'on peut parfaitement considérer le fonctionnement de la bureaucratie sans mettre au centre de l'analyse les relations entre les agents publics et les usagers. C'est au contraire notre choix que de focaliser le propos sur ces relations.

A cet égard, et pour reprendre le titre de l'ouvrage de Herzfeld (1992), si la bureaucratie est une vaste machine « produisant de l'indifférence », au sens général du terme (les dossiers sont traités de façon indifférente), la bureaucratie d'interface importe cette indifférence au cœur du rapport bureaucrate/citoyen, et transforme en quelque sorte l'indifférence structurelle en une indifférence comportementale. Le bureaucrate de guichet n'a en face de lui que des cas-types, il est censé n'avoir ni sentiments ni compassion, il applique un règlement, des instructions, des procédures. Pourtant, les comportements ordinaires du bureaucrate, dans la vie quotidienne, hors de son espace de travail, loin des normes qui définissent celui-ci, ne se distinguent en rien de ceux des autres citoyens : il aime les uns, déteste les autres, oscille entre bienséance et grossièreté, selon les rapports d'antipathie et de sympathie qui marquent ses rapports aux uns et aux autres. Dans un monde, celui de la bureaucratie, les normes sont le respect des procédures, et le traitement indifférent de tous, dans l'autre, celui de la vie sociale ordinaire, règnent au contraire les réseaux, les affinités, les liens de proximité, les différences permanentes de traitement à l'égard de tel ou tel.

Certes, ce modèle bureaucratique est d'ordre idéal-typique, et ne sert qu'à mesurer, en un sens, l'écart toujours existant entre la règle et la réalité. Certes, une coupure radicale et permanente entre le comportement public et le comportement privé est impossible. Cette coupure est toujours relative, il y a toujours des « passages », des « interférences », des « chevauchements ». Pour exprimer simultanément la nécessité de cette coupure et en même temps sa relativité, nous reprendrons une métaphore de Goffman ¹³: il y aurait entre le comportement privé et le comportement public une « membrane semi-perméable », qui, selon les acteurs ou selon les contextes, laisse plus ou moins passer du « privé » dans le « public ».

¹³ Cité par Emmett & Morgan, 1987, repris par Wright, 1994.

Nous pensons que cette métaphore peut être mobilisée avec profit pour tenter de comparer les bureaucraties d'interface africaines et les bureaucraties d'interface européennes. Sur la base de l'existence dans les deux cas d'une membrane semi-perméable entre privé et public, qui est la condition même d'existence d'une bureaucratie, la « membrane » filtre de façon différente en Afrique et en Europe, et elle ne filtre pas les mêmes choses. Ceci est évident si l'on se place maintenant sur un « axe représentationnel », afin de comparer les stéréotypes respectifs de la bureaucratie en Europe et en Afrique.

Bureaucratie européenne classique et bureaucraties africaines: les stéréotypes communs

Une longue tradition de dénonciation de la bureaucratie existe en Europe, à travers les écrits formels (presse, littérature, etc.) comme à travers la « petite tradition orale » (blagues, bavardages, « brèves de comptoir »). Courteline la symbolise bien. Le bureaucrate est décrit comme insensible, borné, tatillon, mettant en œuvre sans état d'âme et sans initiative des règlements abscons ou inadaptés. Le monde de la bureaucratie est « kafkaïen ». En Afrique, écrits formels comme « petite tradition orale » mettent en scène une bureaucratie insensible, incompétente, rapace, cupide, despotique, absentéiste, menteuse, paresseuse¹⁴.

On voit qu'autour d'un terme partagé (l'« insensibilité du bureaucrate »), les focalisations divergent. Du côté disons Européen, l'utilisateur est victime de l'application mécanique des procédures, du côté disons Africain il est confronté à l'insécurité et à l'arbitraire. Des deux cotés, il y a un facteur commun, l'indifférence - et donc une certaine forme de « déshumanisation » - mais cette indifférence se décline ensuite selon des lignes différentes, selon une logique de la productivité procédurale mécanique de type « égalitaire » d'un côté (Europe), selon une logique de l'improductivité et de l'arbitraire de l'autre (Afrique). Dans un cas, l'utilisateur est réduit à être un simple numéro, dans l'autre il est « mal » traité, voire traité « comme un animal ».

¹⁴ On se reportera entre autres au roman d'Achebe « Le démagogue », ou au film de Sembène Ousmane « Le mandat ».

Voilà pour le côté « imperméable » de la membrane : il ne laisse pas de place, ni dans un cas, ni dans l'autre, à une « personnalisation » des rapports, du moins pour l'utilisateur « anonyme », et produit une profonde « indifférence » à l'égard de cet utilisateur anonyme, indifférence typique de la sphère publique. C'est du fait que cette indifférence prend des caractéristiques assez spécifiques en Afrique qu'il faut rendre compte. Toutefois, auparavant, on peut se demander symétriquement ce qu'il en est du côté de la perméabilité.

On peut estimer que, en Europe, elle a longtemps été faible (modèle classique), mais que, depuis peu, au modèle classique s'ajoute (et, en partie, se substitue) un modèle « amélioré », qui « humanise » les comportements de la bureaucratie d'interface. Autrement dit, la membrane laisse désormais passer certains comportements qui viennent du privé, et qui tendent à considérer l'utilisateur comme un client et non plus comme un numéro. Mais ce n'est pas tant du monde privé individuel, relationnel ou domestique, que l'on s'inspire, que du monde privé des affaires.

Le service public, tant décrié, s'humanise en se modelant désormais peu à peu sur l'entreprise commerciale ¹⁵. D'autre part, ce processus est impulsé « d'en haut » (*top-down*), il relève d'une démarche managériale de type formel, il est contrôlé par l'encadrement. En Afrique, la perméabilité de la membrane est assez différente. Elle relève de l'informel, et correspond tantôt à une forte immixtion du monde privé individuel (sur-personnalisation), tantôt à une privatisation informelle interne du service public (corruption) ¹⁶.

¹⁵ Certes la métamorphose, si tant qu'elle doit aller à son terme, est loin d'être complète, et de solides secteurs de la bureaucratie d'interface classique subsistent ; la bureaucratie d'interface « humanisée » est loin d'avoir gagné la partie.

¹⁶ Ce terme est pris au sens large ; plus généralement, la corruption est inséparable de tout un ensemble de « dysfonctionnements internes » des services publics. On trouvera des descriptions et analyses documentées de ces phénomènes dans Blundo & Olivier de Sardan , eds, 2002, et Jaffré & Olivier de Sardan, eds, 2002.

Les spécificités des bureaucraties africaines: perspective historique

La référence aux régimes politiques africains pré-coloniaux comme « explication » de la situation très particulière de l'État africain en général, ou des administrations africaines en particulier ¹⁷, nous semble peu pertinente ¹⁸: *la bureaucratie moderne se crée partout en rupture avec les modes d'administrations antérieurs, et ce fut plus encore le cas en Afrique qu'en Europe.*

Certes, cette rupture fondatrice de la bureaucratie ne signifie pas pour autant la disparition pure et simple des modes de gestion antérieurs des affaires publiques : on assiste bien souvent à des formes d'« empilement » tant des pouvoirs successifs que de leurs appareils ¹⁹. Mais la bureaucratie moderne en tant que telle entend, selon ses propres normes, s'opposer à ces formes antérieures (rompre avec elles), même si dans les faits elle doit coexister malgré tout avec elles.

La bureaucratie comme création coloniale

C'est en fait une bureaucratie très particulière qui a été importée de toutes pièces en Afrique par le régime colonial ²⁰. Le fossé entre administrateurs et administrés, consubstantiel à l'édification de toute bureaucratie, y a en effet redoublé un fossé bien plus profond et radical entre Européens et « indigènes ». Le régime très exceptionnel

¹⁷ On confond trop vite l'Etat et ses administrations, ce qui cache en fait un manque d'intérêt pour l'administration (pourtant centrale pour toute étude empirique de l'Etat) et une fascination pour l'Etat, terme plus noble, mais aussi beaucoup plus flou et polysémique, souvent réduit à une « entité » abstraite.

¹⁸ Cet argument « culturaliste » irrecevable sous-tend en fait l'ouvrage de Chabal et Dalloz (1999), par ailleurs fort peu étayé empiriquement.

¹⁹ Cf. Bierschenk & Olivier de Sardan, 1998, en ce qui concerne le Bénin post-colonial.

²⁰ Le constat de cette évidente « importation » de la bureaucratie par la colonisation ne signifie pas ici adhésion à la thèse de Badie (1992) sur l'« Etat importé » et son extranéité fondamentale, qui nie les processus d'hybridation et d'appropriation de l'Etat occidental par les sociétés du Sud, processus qui nous semblent au contraire fondamentaux (nous rejoignons Bayard, 1989 et 1996, sur ce point), mais *insuffisamment documentés en leurs formes pratiques.*

et dérogoire (au regard des normes mêmes de l'administration française) de l'indigénat, accordant des pouvoirs exorbitants aux « commandants de cercle », et privant de droits élémentaires les administrés, a en effet produit une bureaucratie certes « moderne » mais sous une version « coloniale » quelque peu monstrueuse, mélangeant un ensemble de traits issus du modèle classique importé (organigrammes, procédures officielles, écritures, rapports, etc.) et un autre ensemble de traits « inventés » par la situation coloniale et souvent en contradiction avec les précédents (d'où une schizophrénie dont on trouve diverses traces aujourd'hui) ²¹.

On se contentera de souligner les trois principaux d'entre eux : le despotisme, le « privilégisme », et le rôle des intermédiaires. Selon nous, ils expliquent encore une partie des comportements des bureaucraties africaines contemporaines.

Le despotisme colonial est bien documenté. Ses conséquences sur la construction de la bureaucratie coloniale le sont moins. Et pourtant, elles sont évidentes. L'ampleur du fossé entre bureaucrates et usagers « indigènes » ²², comme les dispositions du code de l'indigénat et les habitudes coloniales dominantes (racisme et paternalisme en proportions variables) ont introduit une très grande marge d'arbitraire et même de violence dans la rationalité procédurale de la bureaucratie classique métropolitaine officiellement importée « clé en main » dans les colonies ²³. Les conséquences à long terme sont importantes, dans

²¹ Si le régime de l'indigénat a été supprimé en 1945 grâce à l'action du Rassemblement Démocratique Africain, les comportements des bureaucrates européens et africains (dits « évolués ») n'en ont pas été pour autant modifiés d'un coup de baguette magique, d'autant que nulle politique volontariste de changement ne fut mise en oeuvre à ce niveau

²² Le terme même d'« usager » apparaît significativement comme un anachronisme fort, en ce qu'il supposerait que l'indigène administré aurait été le « bénéficiaire » d'un « service » effectué à son profit par le fonctionnaire européen... Selon Brunshwig (1983 : 24-25), les agents européens de l'administration, souvent peu compétents, semblent avoir été pour la plupart motivés par l'« appétit de puissance » et la « recherche de l'intérêt matériel ». Telles ou telles illustres ou moins illustres exceptions ne démentent pas cette tendance.

²³ Le contraste entre l'administration métropolitaine et l'administration coloniale a évidemment été déjà souligné, parfois d'ailleurs pour mettre en valeur l'administration coloniale : Delavignette oppose ainsi « l'administration impersonnelle, irresponsable, dépourvue de commandement » (1939 : 24) que l'on trouve en France et l'administration

la mesure où, au-delà du mépris souvent affiché de beaucoup de fonctionnaires européens pour leurs administrés, ce sont des générations d'auxiliaires et de « commis » africains qui ont appris auprès des colonisateurs à édifier une barrière entre eux-mêmes et les populations locales, à multiplier les signes de distinctions, à construire leur supériorité par l'affirmation de l'infériorité des autres, à « mal traiter » leurs « administrés », à user de l'arbitraire²⁴.

Avec l'indépendance, non seulement ces petits fonctionnaires africains accèderont aux responsabilités dans la continuité avec la machine administrative coloniale antérieure (prenant simplement la place des anciens maîtres européens du pays), mais en outre ils permettront, voire parfois favoriseront, la reproduction chez leurs subordonnés de cette « culture administrative » assez particulière héritée de la colonisation (au-delà bien sûr de diverses exceptions).

L'indifférence bureaucratique a ainsi pris, avec la bureaucratie coloniale, une forte coloration despotique²⁵ qu'elle n'a sans doute jamais perdue depuis. On peut dire cela autrement : *alors que, en Europe, la bureaucratie moderne s'est développée plus ou moins parallèlement avec l'émergence de la citoyenneté et de la démocratie, tout au long du 19^{ème} siècle, elle a au contraire, en Afrique, rimé depuis ses débuts (et jusqu'à aujourd'hui) avec l'inégalité, la violence et le mépris, en l'absence, y compris depuis les indépendances, de véritable tradition civique ou citoyenne égalitaire.* Une caractéristique collatérale doit être soulignée : alors qu'en Europe la bureaucratie s'est construite dans une relative autonomie par rapport au pouvoir exécutif, en Afrique, dès le pouvoir colonial et jusqu'à aujourd'hui, elle a été indissociable de l'arbitraire du pouvoir.

territoriale des colonies, dotée « d'un principe interne qui lui est propre : l'autorité personnelle de l'administrateur, et, en dernière analyse, la personnalité dans l'art de commander » (1939 : 27), qu'il estime être l'administration de l'avenir, « révolutionnaire et autoritaire » (id : 27).

²⁴ La défense par les personnels auxiliaires « indigènes » de leurs privilèges face aux populations a souvent été relevée (cf. Delavignette, 1939: 59).

²⁵ La notion de « despotisme », ici, ne signifie pas qu'il s'agissait d'un « système totalitaire » ou « tout-puissant » (l'administration coloniale était en fait souvent démunie et faible) mais renvoie aux interactions colonisateur/colonisé et à la « supériorité » statutaire du bureaucrate coloniale face à l'« indigène » ; ce « despotisme » pouvait d'ailleurs être « éclairé », et n'avait rien d'incompatible avec le paternalisme.

Le « privilégisme » (qui recouvre en partie le despotisme) renvoie directement aux innombrables « avantages de fonction » propres à la bureaucratie coloniale : au-delà des salaires doublés grâce aux indemnités, tout était dû aux administrateurs : le logement, la domesticité, les moyens de déplacements, les dons et présents en nature des populations, les services gratuits, les maîtresses. L'écart était d'autant plus grand par rapport aux fonctionnaires de la métropole que les cadres coloniaux avaient en général une formation nettement inférieure. Le seul fait d'avoir une fonction dans l'administration coloniale donnait accès à ces privilèges, indépendamment de la compétence ou du mérite.

Quant aux intermédiaires, ils furent indispensables au fonctionnement de la bureaucratie coloniale, dans la mesure où celle-ci a été caractérisée à la fois par une sous-administration chronique et par un décalage maximal entre les normes et usages locaux et les normes et règles officielles. Faute de ressources humaines, et faute de maîtrise des codes et usages locaux, les bureaucrates coloniaux ont non seulement toléré, mais aussi utilisé systématiquement diverses formes de sous-traitance, là encore loin des règles métropolitaines, faisant la part belle aux auxiliaires, supplétifs, chefs administratifs, courtiers et autres hommes de main ou de confiance.

Le « pluralisme des normes » si fréquent en Afrique ²⁶ y trouve sans doute sa source, sinon unique du moins principale, ainsi que la structure « schizophrénique » de l'administration, entre un formalisme procédural surtout rhétorique, scripturaire ou superficiel, et de multiples accommodements oraux négociés par des intermédiaires empressés et omniprésents ²⁷. Cette importance de la négociation et de l'intermédiation, qui se traduit par de multiples « arrangements », est sans doute à l'origine des premières formes de petite corruption

²⁶ Cf. Berry, 1993; Lund, 1998; Chauveau, Le Pape et Olivier de Sardan, 2001.

²⁷ La nécessité souvent soulignée pour l'administration coloniale de « composer » en fait avec les habitudes et coutumes locales, et donc ainsi *d'innover* par rapport à la rigidité du modèle métropolitain (cf. Delavignette, 1939: 123) passait par ces intermédiaires, ce qui aboutit à la *production* d'une forme originale et instable de bureaucratie.

quotidienne, qui sont apparues dès la période coloniale, certes au profit des chefs et de leurs auxiliaires, ainsi que des commis et de leurs supplétifs, mais aussi des fonctionnaires français en poste aux colonies.

« L'incompétence, la malhonnêteté souvent et l'impunité du personnel, le gaspillage du matériel ahurissaient les inspecteurs » venus de métropole pour évaluer l'administration coloniale (Brunschwig, 1983: 24)²⁸.

Legs colonial et innovations post-coloniales

Il est difficile de faire parfois la part entre le legs colonial (repris tel quel, rappelons-le, par les nouvelles élites arrivées au pouvoir lors des indépendances, elles-mêmes issues de la couche « indigène » des bureaucraties coloniales) et les variations ou innovations qui ont pris place de 1960 à nos jours. C'est le cas avec le clientélisme (d'affaire, de parti, de faction ou de voisinage), qui a certes prospéré depuis les indépendances, mais que la « situation coloniale » avait déjà largement encouragé.

La « passation de service » entre les anciens colonisateurs et les nouveaux régimes de parti unique s'est fait, on le sait, « en douceur », sans rupture²⁹. Une de ses caractéristiques a été de permettre une promotion ultra-accélérée des anciens « commis » de la colonisation, accédant du jour au lendemain à tous les hauts postes « coloniaux » du nouvel État, et donc, on l'a déjà souligné, au « droit » de pratiquer à leur tour le « despotisme » et le « privilégisme ».

²⁸ Brunschwig cite entre autres une circulaire du gouverneur de Guinée par intérim qui dénonce les « cadeaux » reçus par les fonctionnaires coloniaux, et leurs « abus d'autorité pour des achats à vil prix » (1983 : 23-24).

²⁹ Ceci a été souvent noté (cf. par exemple Tidjani Alou 2001b: 93). Les seules ruptures se feront (en Guinée, par exemple, ou dans une moindre mesure et plus tardivement au Bénin) par l'importation d'un modèle bureaucratique plus despotique encore, celui des pays dits « communistes ». Il est d'ailleurs significatif que, dans les deux premières décennies des indépendances et en période de guerre froide, même les régimes les plus pro-occidentaux aient emprunté aux pays de l'Est une certaine technologie politique (partis uniques, grands rituels politiques de masse, etc.).

Par exemple, l'expression d'une supériorité méprisante ou arrogante envers l'utilisateur, comme l'extension démesurée des avantages de fonction (formels et informels), hormis les salaires³⁰, ont été intégralement reprise par les fonctionnaires nationaux (eux-mêmes encore moins bien formés que leurs prédécesseurs) lors du passage à l'indépendance. Ces traits n'étaient-ils pas le signe d'un véritable « passage de témoin » ? Pouvait-on concevoir une fonction publique nationale souveraine qui n'ait pas droit au même respect, et donc aux mêmes avantages, que les maîtres d'hier ? De ce fait, le décrochage entre « privilèges » et compétences s'est encore renforcé. Les privilèges dus à la bureaucratie coloniale, loin de s'amenuiser, se sont même étendus à l'ensemble de la chaîne hiérarchique. Un tel mécanisme de « reconversion sur-classante »³¹ (ne prenant que peu en compte la compétence et l'expérience professionnelle) a en effet joué du haut en bas de la bureaucratie (autour de 1960, de même qu'un instituteur devenait ministre, une dactylo débutante devenait secrétaire de direction, ou un planton devenait policier, etc.). Par la suite, dans les trente premières années des indépendances, les entrées dans la fonction publique se sont certes faites sur la base de qualifications plus adaptées, mais toujours avec « sur-classement » quasi systématique, par rapport aux carrières habituelles dans les bureaucraties européennes (un diplômé bac + 3 frais émoulu accèdera directement à des fonctions réservées en Europe à un diplômé bac + 5 doté de dix années d'expérience professionnelle). Dans les administrations, un « ascenseur social » en surchauffe et totalement atypique s'est donc mis en place : il ne fonctionnait pas « aux salaires » officiels (ceux-ci restant extrêmement « sous-développés » en comparaison des homologues européens³²), mais « aux privilèges » (largement supérieurs à ceux des homologues européens) ; il était largement « décroché » tant des expériences professionnelles moyennes exigées en Europe que de la lente

³⁰ Comme les salaires restaient « locaux » et n'étaient pas alignés sur les anciens salaires coloniaux et leurs primes, le décalage entre la faiblesse des salaires officiels et l'ampleur des avantages et privilèges associés à une fonction s'est accru.

³¹ Selon l'expression de M. Tidjani Alou (1992).

³² Sauf dans les sociétés publiques ou semi-publiques.

progression typique de la bureaucratie classique ; et il ne donnait au titulaire d'un poste que les hochets du pouvoir ou les simulacres de la fonction, sans environnement fonctionnel. Ce système a fonctionné à plein jusqu'aux années 1990, créant une bureaucratie de parvenus, en même temps privilégiés et frustrés, et alimentant tant la morgue des grands « bureaucrates de pouvoir » face aux subordonnés que le mépris des petits « bureaucrates d'interface » face aux usagers.

Enfin, le rôle des intermédiaires n'a fait que croître, jusqu'à être de nos jours une des caractéristiques structurales des administrations africaines.

« Tous les services étudiés fonctionnent grâce à l'appui d'un personnel non-administratif, sans statut bien défini, parfois « bénévole » depuis une vingtaine d'années (...) Ces supplétifs ont, selon notre analyse, un triple rôle.

D'un côté ils jouent, semble-t-il, un rôle fonctionnel, en facilitant les démarches des usagers, voire les tâches du personnel : ils contribuent à l'accélération des procédures (au détriment toutefois des usagers qui n'ont pas eu recours à leurs services), ils peuvent protéger leur client, en cherchant à éviter la sanction ou à multiplier ses chances d'obtenir gain de cause ou de faire valoir ses droits, ils permettent aussi la personnalisation des démarches administratives, tout en rassurant le citoyen face à une administration imaginée toute-puissante.

D'un autre côté, ils reproduisent la « culture professionnelle locale », avec ses habitudes, ses tours de mains, sa « débrouille »... et ses combines (ils restent toujours là, alors que les fonctionnaires sont, eux, soumis à la valse des mutations), et constituent la « mémoire » du service. Et enfin ils accentuent l'« informalisation » du service public, brouillant encore plus les frontières entre l'administration et le petit business marchand, entre le service public et les services privés, entre l'informalisation autour de l'État et l'informalisation à l'intérieur de l'État. S'ils ne sont pas systématiquement des vecteurs de corruption, ils peuvent néanmoins contribuer à l'euphémisation et à la banalisation des pratiques illicites. » (Blundo & Olivier de Sardan, 2001).

D'autres traits du fonctionnement « réel » des administrations africaines sont sans doute d'introduction plus récente, au moins quant à leur échelle. Ainsi en est-il de la dilution de la chaîne hiérarchique, avec l'absence généralisée de sanctions (comme de promotions au mérite), et le « chacun-pour-soi-isme » systématique, qui sape tout travail d'équipe. On peut également ranger au nombre des innovations post-coloniales l'improductivité croissante des administrations et l'absentéisme chronique des personnels, la généralisation de la corruption, ou encore la multiplication de ces enclaves suppléant l'État dans nombre de ses fonctions que sont les « projets » de développement. On aboutit alors à une « double échelle des salaires », entre d'un côté le « secteur public officiel », et de l'autre soit le secteur privé ou le secteur para-étatique des institutions internationales ou des « projets », soit les avantages illégaux ou indus du « service public réel ».

Ces phénomènes convergent vers ce qu'on peut appeler la « privatisation informelle » de l'État africain, typique des années 1980-1990³³.

De ce fait, au lieu que les bureaucraties africaines, une fois l'indépendance venue, ne s'éloignent de la variante coloniale atypique pour se rapprocher du modèle européen (ce que prédisaient les théories de la modernisation), au contraire l'écart entre les bureaucraties africaines et européennes s'est accru, d'une certaine façon. Ceci est particulièrement évident pour les bureaucraties d'interface³⁴. *Au moment où, au sein des bureaucraties européennes, des politiques d'amélioration de la qualité du service se mettaient peu à peu en place, à partir des années 1980 et surtout 1990 (ces politiques sont cependant loin d'être encore passées partout dans les moeurs...), les bureaucraties africaines d'interface sont restées prisonnières d'un modèle colonial que les innovations post-coloniales ont plutôt*

³³ Sur ces diverses caractéristiques des administrations africaines, cf. le rapport des enquêtes menées sur la « petite corruption » (Blundo & Olivier de Sardan, eds, 2001) ; sur les rapports ambigus entre « projets » et Etat, cf. Tidjani Alou (1994).

³⁴ Une analyse des couches supérieures de la bureaucratie africaine serait évidemment différente et mettrait en évidence d'autres phénomènes (cf. pour le Niger Tidjani Alou, 2001:17-19 ;1996 :72).

contribué à empirer qu'à améliorer (du point de vue en tout cas des rapports avec les usagers).

Clientélisme, privilégisme, « chacun-pour-soi-isme », par exemple, ont convergé, au sein d'un environnement administratif de plus en plus dégradé, vers un mépris de plus en plus général de l'utilisateur anonyme, associé souvent à un « racket » aux dépens de ce dernier, forme la plus courante de la corruption et de la privatisation informelle dans la bureaucratie d'interface³⁵.

Dans un tel contexte, la « sur-personnalisation » apparaît alors plutôt comme un mécanisme compensatoire, qui seul garantit qu'un service réel soit rendu à l'utilisateur, du moment qu'il est recommandé. La « perméabilité de la membrane » autoriserait ainsi une zone dérogatoire de fonctionnement personnalisé, par une importation épisodique dans la bureaucratie d'interface (le domaine du public méprisant) de relations « humaines » venues de l'extérieur (le domaine du privé chaleureux), ce qui permet tout à coup à une machine ordinairement inhumaine, prédatrice et dysfonctionnelle de devenir ponctuellement, pour un temps et pour quelqu'un, humaine, bienveillante et fonctionnelle. Cette membrane serait alors comme une soupape. Mais c'est un cercle vicieux qui s'instaure et s'élargit. Le sort peu engageant fait aux utilisateurs anonymes rend d'autant plus nécessaire la mobilisation des réseaux de faveurs, ce qui accroît encore plus les dysfonctionnements d'une bureaucratie d'interface improductive et démotivée. Les relations soignants-soignés n'échappent pas à ce cercle vicieux. Pourquoi ?

La santé, en Afrique, relève de la bureaucratie d'interface

En Europe, la bureaucratie d'interface, dans le domaine de la santé, semble se limiter à l'administration hospitalière. Les soignants, pour

³⁵ Certes, il a fallu, pour que cette culture bureaucratique commune aux administrations africaines puisse se reproduire quotidiennement, un environnement politique propice, en l'occurrence la crise générale de l'État en Afrique, voire sa déliquescence (Olivier de Sardan 2000), dont les principales causes sont bien connues : la quasi banqueroute des États et les multiples retards de salaires dans de nombreux pays, les divers effets pervers des politiques d'ajustement structurel, le caractère fictif des budgets, l'irresponsabilité des élites politiques et leur « politique du ventre », la corruption électorale généralisée.

leur part, ne sont en rien victimes des mêmes stéréotypes que les bureaucrates. Ils en semblent même à peu près complètement épargnés. Sans doute faut-il y voir une convergence de facteurs multiples :

- La figure du médecin s'est construite dans des relations personnalisées de proximité (médecin de campagne, médecin de famille) ;
- Le monde de la santé est associé à une forte tradition compassionnelle, à base religieuse (rôle des ordres monastiques), mais aussi laïque (cf. Croix Rouge) ;
- Le boom de la médecine hospitalière après la 2^{ème} guerre mondiale est indissociable d'un boom des équipements médicaux, qui donne à l'organisation bureaucratique du travail dans les hôpitaux la légitimité et la fonctionnalité d'une haute sophistication technique au service des malades quels qu'ils soient ;
- Depuis les années 60-70 la forte pression de mouvements d'opinion, de groupes de pression, voire de mouvements sociaux a entraîné une plus grande prise en compte du malade comme personne (*patient-centered medicine*), qui se traduit dans l'organisation même des services.

En Afrique, tous ces facteurs « favorables » sont absents, là encore en raison de l'histoire spécifique de la colonisation et des indépendances, tandis que d'autres facteurs jouent au contraire dans le sens d'une intégration des personnels de santé dans le lot commun des bureaucrates d'interface.

- La première forme de médecine fut, en Afrique, militaire, pendant longtemps, par son personnel mais aussi par ses méthodes, avec les services des « grandes endémies », les vaccinations de masse, les quarantaines obligatoires en cas d'épidémies, toutes activités à forte connotation despotique.
- Longtemps (et jusqu'à aujourd'hui dans certains pays comme le Niger), les soignants en contact avec la grande majorité de la population, et effectuant l'ensemble des actes médicaux de premier niveau, ont été des infirmiers, à la formation succincte, sans compétence ni moyens en termes de diagnostics tant soit peu

complexes, plus portés à des consultations standardisées et expéditives que les médecins.

- De même, le médecin de famille ou de campagne reste une figure encore largement inconnue.
- Par contre, le développement de la médecine moderne, après les indépendances, dans les années 1970-1990, s'est fait essentiellement autour des hôpitaux, donc sur un modèle très centralisé, mais sans que ceux-ci n'aient, de très loin, la technicité et la fonctionnalité correspondantes des hôpitaux du Nord. Dans la mesure où, en outre, les chefs de service fraîchement nommés se sont le plus souvent contentés des attributs et avantages de la fonction sans pouvoir ni vouloir investir dans la réforme ou l'amélioration du service, dans la gestion des personnels, dans la création d'une « culture de service », ou la constitution d'un pôle de compétence collective, ces hôpitaux ne sont plus que des structures bureaucratiques banalisées, dégradées et délégitimées³⁶.
- La concurrence importante d'autres prestataires de soins, en particulier hors du secteur biomédical (« pharmacies par terre », automédication « traditionnelle » ou « néo-traditionnelle », guérisseurs, marabouts et religieux, « médecine chinoise »), renforce l'agressivité des personnels de santé les moins formés et à la légitimité la moins assise.
- Les recrutements massifs des années 1970-1980, avant les crises de l'État et les ajustements structurels, se sont fait le plus souvent dans le cadre de système d'orientation autoritaires, où la notion de « vocation » n'avait guère de sens. Après les crises, dans le contexte actuel de menace omniprésente du chômage, l'entrée dans une école d'infirmiers n'est de même qu'un moyen parmi d'autre d'obtenir un emploi comme un autre.

D'autres éléments entrent aussi en ligne de compte pour expliquer à quel point le soignant en Afrique se comporte comme un bureaucrate

³⁶ Cependant le bilan des structures de santé « communautaires » mises en place en particulier au Mali (CSCOM) ou en Côte d'Ivoire (FSUCOM) reste à faire. Malgré certains progrès indéniables ici ou là, il ne semble pas pour le moment de nature à remettre en cause le tableau général.

ordinaire. Le pouvoir du soignant y redouble le pouvoir du fonctionnaire, et augmente encore le fossé entre le bureaucrate post-colonial et l'usager anonyme, et ceci d'autant plus que les contrepouvoirs font presque complètement défaut (pas de canaux d'expressions de l'opinion publique, pas de groupes de pression associatifs puissants, ni de mouvements de consommateurs ou de malades ³⁷, aucune presse d'information et d'enquête, absence de journaux télévisés dignes de ce nom). Il n'y a guère que dans les villages dotés d'un dispensaire où le poids du voisinage et des réseaux d'interconnaissance sert de contrepoids au pouvoir de l'infirmier et fait que celui-ci, bien souvent, a un comportement social « normal », non despotique ou méprisant dans ses relations avec ses malades ³⁸.

Un autre facteur aggravant est l'importance du décalage entre la formation très académique voire scolaire des soignants (médecins, infirmiers, sages-femmes) et les conditions d'exercice du métier ensuite, qui sont sans rapports avec ce qui a été appris. Le monde réel des soins en Afrique, fait de dénuement en termes de matériel et de médicaments, parsemé de malentendus avec les malades, soumis à d'incessantes pressions de l'entourage ou des pouvoirs, et où des « cultures professionnelles locales » à base de « combines » et de « débrouilles » diverses se sont mises en place, n'a rien à voir avec le monde des cours et des manuels.

Face à ce « choc de la réalité », générateur de frustrations profondes, bien des soignants baissent les bras, ou simplement se protègent (contre la situation, contre l'impuissance, contre aussi la souffrance et la mort des autres), par la mise en place de barrières psychologiques ou comportementales entre les malades et eux-mêmes. On pourrait donc parler d'une « construction médicale de l'indifférence », nécessaire à la survie des soignants dans un environnement particulièrement difficile auquel ils n'ont pas été préparés. Cette indifférence du soignant se confond alors avec l'indifférence du

³⁷ A l'exception des familles de drépanocytaires et, plus récemment, des porteurs du VIH : mais ces associations restent confidentielles.

³⁸ Les centres de santé confessionnels, si on s'en tient en tout cas à la réputation bien meilleure que celle du secteur public qui est la leur, semblent aussi échapper à la condamnation générale.

bureaucrate, quand elle ne s'y ajoute pas. De plus, les soignants vivent un permanent conflit d'intérêt entre un environnement social et familial qui fait pression pour qu'ils « profitent » au maximum de leur fonction et de ses privilèges, et surtout en fassent bénéficier leur entourage, d'un côté, et de l'autre côté un milieu médical non stimulant, non coopératif, non animé, non dirigé, non productif. Un autre facteur est sans doute le fait que les syndicats des personnels de santé aient abandonné tout souci d'amélioration de la qualité du service fourni, et soient devenus des fiefs corporatistes centrés sur la seule défense des avantages ou des privilèges catégoriels, prêts à y sacrifier sans hésiter la vie des malades comme en témoigne les nombreuses grèves sans service minimum qui ont eu lieu partout en Afrique.

Enfin, dans la santé, la privatisation informelle de l'administration, évoquée plus haut, prend des formes parfois paroxystiques. Le « siphonnage » du public par le privé y atteint des sommets, que ce soit avec la « fuite » des matériels des hôpitaux vers les cliniques, avec les détournements massifs de médicaments, avec l'absentéisme au travail au profit de consultations en ville ou le détournement de clientèle, etc. Certaines formes de siphonnage existent certes en Europe, parfois officialisées ou tolérées (cf. les lits privés dans les hôpitaux) ; en Afrique, où elles n'ont guère de limites, elles rendent le secteur public encore plus vulnérable et démuné.

Conclusion

C'est le « manque de moyens » qui est très généralement invoqué par les professionnels de santé pour « justifier » l'état délabré des centres de santé et la mauvaise qualité du service fourni. Cette variable doit certes être prise en compte, mais elle est loin d'expliquer à elle seule les comportements des personnels soignants face aux usagers anonymes. Quand les matériels sont là, ils sont drainés vers le privé, ou ne sont pas entretenus. Quand les dotations de médicaments arrivent, elles sont appropriées par les personnels et revendues par eux. Une autre explication souvent invoquée dans les milieux de la santé est le « manque de formation ». D'où la pléthore de formations de tous ordres et en tous genres, qui n'ont guère d'impacts sur les

attitudes « en situation réelle », et ont surtout pour effet de distribuer des *per diem* aux personnels et de désorganiser encore un peu plus les services.

Parfois les remèdes sont, en ce domaine, pires que le mal, du fait de nombreux effets pervers. Les nombreuses formations en santé publique, la multiplicité des « projets » verticaux, et la diffusion incessante de fiches et registres épidémiologiques de toutes sortes à remplir ont ainsi concouru involontairement à renforcer ces dernières années la dominante bureaucratique dans les centres de soins en Afrique.

Dans un autre domaine, la diffusion, pour d'excellentes raisons, des schémas « plaintes-traitements », destinés à favoriser de meilleurs dépistages et diagnostics dans des conditions où les examens de laboratoire font défaut, a sans doute renforcé également une approche bureaucratique de la consultation. *Or, dans les conditions actuelles, toute amélioration de la qualité des soins pour le patient anonyme exige sans doute une dé-bureaucratization plutôt qu'une sur-bureaucratization.*

Du côté des malades, des stratégies de « débrouille » (*coping strategies*) liées à la personnalisation se sont depuis longtemps mises en places pour éviter le sort peu enviable du patient anonyme³⁹:

- la fréquentation des seuls centres de soins où l'on a « une connaissance », ou de centres confessionnels ;
- la construction progressive de relations personnelles avec un soignant au départ inconnu ;
- pour ceux qui en ont les moyens, la « corruption » (qui, au-delà de l'aspect monétaire, « crée » de la relation).

Mais que peut-on faire du côté des personnels de santé et des systèmes de santé ? Comment, autour des personnels réformateurs (il y en a, mais souvent isolés, découragés), peut-on bâtir une nouvelle conscience professionnelle dans les services, une nouvelle « éthique pratique » en situation réelle ? L'analyse du socio-anthropologue ne peut hélas pas aller au-delà de cette question. Mais il est prêt à

³⁹ Cf. Jaffré et Olivier de Sardan (eds), 2002.

collaborer avec les soignants comme les soignés pour, ensemble, y chercher des réponses.

Références

- Badie, B. *L'Etat importé*, Paris: Fayard 1992 :
- Bayart, J.F. 1989 *L'Etat en Afrique. La politique du ventre*, Paris: Fayard
- Bayart, J.F. (ed.) 1996 *La greffe de l'Etat*, Paris: Karthala
- Berry, S. 1993 *No condition is permanent. The social dynamics of agrarian change in Sub-Saharan Africa*, Madison: University of Wisconsin Press
- Bierschenk, T. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) 1998 *Les pouvoirs aux villages: le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, Paris: Karthala
- Blundo, G. et Olivier de Sardan, J.P. 2001 La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest, *Politique Africaine*, 83: 8-37
- Blundo, G. et Olivier de Sardan, J.P. (eds) 2002 *La corruption au quotidien en Afrique de l'Ouest. Approche socio-anthropologique comparative (Bénin, Niger, Sénégal)*, Marseille: ms
- Brunschwig, H. 1983 *Noirs et Blancs dans l'Afrique noire française*, Paris : Flammarion
- Chabal, P. & Dalloz, J.P. (eds) 1999 *L'Afrique est partie ! Du désordre comme instrument politique*, Paris: Economica
- Chauveau, J.P., Le Pape, M. & Olivier de Sardan, J.P. 2001 La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique, in Winter (ed):
- Crozier, M. 1963 *Le phénomène bureaucratique*, Paris: Seuil
- Delavignette 1939 *Les vrais chefs de l'empire*, Paris : Gallimard
- Dreyfus, F. 2000 *L'invention de la bureaucratie. Servir l'état en France, en Grande Bretagne et aux Etats Unis (18ème-20ème siècle)*, Paris: Editions La Découverte
- Emmett, I. & Morgan, D. 1987 Max Gluckman and the Manchester shop-floor ethnographies, in Frankenberg (ed)
- Frankenberg, R. (ed) 1987 *Custom and conflict in British society*, Manchester: Manchester University Press

- Herzfeld, M. 1992 *Production of indifference. Exploring the symbolic roots of Western bureaucracy*, Chicago : The University of Chicago Press
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) 2002 Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique. Enquêtes sur l'accès aux soins dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Marseille: ms
- Jewkes, R., Naeemah, A. & Zodumo, M. 1998 Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services, *Social Science and Medicine*, 47 (11): 1781-1795
- Lipsky, M. 1980 *Street-level bureaucracy: dilemma of the individual in public services*, New-York: Russel-Sage Foundation
- Lund, C. 1998 *Law, power and politics in Niger*, Hamburg: Lit Verlag
- Olivier de Sardan, J.P. 2000 Dramatique déliquescence des Etats en Afrique, *Le Monde Diplomatique*: 12-13
- Olivier de Sardan, J.P. 2001 La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest, *Autrepart*, 20: 61-73
- Sennet, R. 1979 *Les tyrannies de l'intimité*, Paris : Seuil
- Tidjani Alou, M. 1992 Les politiques de formation en Afrique francophone. Ecole, Etat et société au Niger, Bordeaux: Université de Bordeaux I
- Tidjani Alou, M 1994 Les projets de développement sanitaire face à l'administration publique au Niger, *Santé Publique* (4): 381-382
- Tidjani Alou, M. 2001 Globalisation: l'Etat africain en question, *Afrique contemporaine*, n° spécial décentralisation
- Winter, G. (ed) 2001 *Inégalités et politiques publiques en Afrique. Pluralité des normes et jeux d'acteurs*, Paris: Karthala
- Wright, S. 1994 *The anthropology of organisations*, London: Routledge
- Wright, S. 1994 "Culture" in anthropology and organisational studies, in Wright (ed)

Olivier de Sardan Jean-Pierre

Le soignant face au soigné anonyme en Afrique

In : Gruénais Marc-Eric (ed.), Mebtoul M. (ed.). Les mondes des professionnels de la santé face aux patients

Santé Publique et Sciences Sociales, 2002, (8-9), p. 91-117.

ISSN 1112-2285