

---

# Heurts et malheurs de l'alliance thérapeutique. La relation soignant-soigné durant la consultation pédiatrique (Bolivie)

Charles-Édouard de Suremain

---

- <sup>1</sup> Le manque d'empathie et la médiocre communication entre soignants et soignés durant les consultations médicales sont régulièrement pointés et débattus dans les recherches anthropologiques (Aiach, 1994 ; Berche, 1998 ; Jaffré *et al.*, 2003 ; Vidal, 2005)<sup>1</sup>. Celles-ci mettent l'accent sur divers facteurs explicatifs dont l'imbrication est telle qu'il serait illusoire d'en hiérarchiser l'influence : caractère routinier de la délivrance des soins, fortes disparités culturelles, sociales, linguistiques et économiques entre les acteurs ou incompatibilité entre les logiques de compréhension de la maladie... Leurs conséquences sont connues et inextricables : faible efficacité et/ou inefficience des traitements, manque d'observance thérapeutique, désertion des structures de santé ou, dans le cas des enfants, désintérêt relatif de leurs mères pour le suivi médical comme suite à la culpabilisation dont elles font l'objet.
- <sup>2</sup> Les analyses présentées ici proviennent d'une recherche interdisciplinaire menée en Bolivie et au Pérou (1998 à 2003)<sup>2</sup> qui visait à développer et appliquer une approche globale à la santé de l'enfant de moins de cinq ans. Elle a tenté d'élucider les enjeux de pouvoir économique, social et symbolique entre ses différents responsables (parents, entourage, personnels de santé). Le processus devait permettre d'améliorer les activités de suivi de la croissance et du développement dans les structures de soins compte tenu de leurs contraintes propres, ainsi que des perceptions et pratiques des protagonistes (Suremain *et al.*, 2003).
- <sup>3</sup> Lorsqu'elle est appliquée à l'analyse des rapports entre soignants et soignés, que signifie l'« alliance thérapeutique »<sup>3</sup> ? Définie ici à la fois par l'observance du traitement et la qualité de la communication et de l'échange entre les acteurs, en quoi se distingue-t-elle

de la notion couramment employée de « relation thérapeutique » ? En quoi permet-elle de comprendre les rapports inégalitaires qui se jouent au sein de la consultation ? Les questions examinées dans ce texte se fondent sur des observations, assorties d'entretiens complémentaires, réalisées dans le cadre de consultations pédiatriques qui ont eu lieu dans un centre de santé bolivien de premier échelon<sup>4</sup>. Partant, il s'agira de voir à quelle condition cette forme de relation particulière pourrait s'instituer.

## Le cadre de la consultation pédiatrique

- 4 Le centre de santé en question se situe dans la région amazonienne du Chaparé. Au cœur d'un bourg d'environ 4 000 habitants, il borde la « Place de la participation populaire »<sup>5</sup>. Facilement accessible aux riverains, le centre ne peut être atteint qu'après plusieurs heures de marche ou de transport collectif (taxi) depuis les « syndicats » (*sindicatos* ou communautés) de la région. En saison sèche (avril à septembre), il faut compter une demi-journée et payer entre 20 et 30 bolivianos (près de 3 euros) pour y parvenir et compter le double (de temps et d'argent) en saison des pluies (octobre à mars). Le problème de l'éloignement, de l'état des routes et du transport est d'autant plus crucial que, sur une population totale d'environ 20 000 habitants, plus de 80 % vit en zone rurale<sup>6</sup>.
- 5 Le centre est une modeste construction de ciment qui reçoit l'eau et l'électricité, et raccordée au service d'égout. D'après l'infirmière qui s'en occupe en permanence, les infrastructures sont « suffisantes » en dépit de l'ancienneté de la construction (1947). À l'intérieur, un cabinet dentaire, un autre de médecine générale et une salle de soins et d'accouchement (elle-même contiguë au cabinet de médecine générale et à la cuisine) se distribuent autour d'un espace central qui sert de salle d'attente et de bureau. Deux bonbonnes de gaz permettent la réfrigération des médicaments dans une petite armoire (offerte par *Médecins Sans Frontières*). Le centre dispose d'une chambre de trois lits et de latrines. Il y a une cuisine-salle à manger réservée aux personnels et trois chambres (pour le médecin, l'interne et le dentiste).
- 6 Le centre compte sur les services d'une doctoresse et d'une dentiste qui réalisent leur « année de province »<sup>7</sup>, d'une interne et d'une infirmière (l'autre infirmière a démissionné dans l'année à cause de la médiocrité des primes)<sup>8</sup>. Sur l'ensemble du personnel, seule cette dernière parle le *quechua* et comprend l' *aymara*<sup>9</sup>.
- 7 En principe, les consultations materno-infantiles sont gratuites. Seuls les soins spécifiques (points de suture) sont payants (2 à 3 euros). En cas de complication, les patients prennent le taxi jusqu'aux centres de santé de deuxième échelon (Ibuelo, Villa Tunari, Ivirgarzama, Chipiriri), situés à plusieurs dizaines de km. Chaque mois, la doctoresse - qui est également directrice du centre - rend des rapports au district. Ce dernier reverse des médicaments et appuie diverses activités locales (campagnes de vaccination d'urgence par exemple). S'il a reçu dans le passé quelques motos de la part de la Coopération japonaise, le centre ne bénéficie pas de l'aide de programmes internationaux ou d'ONG (Organisations Non Gouvernementales).
- 8 Le centre ouvre du lundi au samedi de 8 h 00 à 18 h 00 avec une interruption de 12 heures à 14 h 00. Mais les horaires réels sont fluctuants, quoique celui de fermeture soit toujours respecté. En outre, les patients trouvent régulièrement porte fermée à cause des campagnes de vaccination sur le terrain qui permettent aux personnels de gagner quelques primes supplémentaires. D'après ces derniers, les patients ne sont « jamais

nombreux » et la fréquentation du centre chute fortement les lundi (lorsque les « filles » de la maison close locale viennent se faire ausculter) et au mois de février (quelques semaines avant et après les festivités coûteuses du Carnaval).

## Observation du déroulement d'une consultation

- 9 9 h 28 - Début de la consultation après trois quart d'heure d'attente. L'enfant, âgé de 6 mois, est calme ; la mère, primipare, est venue seule depuis un hameau reculé ; elle a passé la nuit au bourg, chez des parents. La doctoresse, qui s'exprime en espagnol, ne demande pas pour quelles raisons la jeune mère vient la voir (c'est pourtant sa première visite au centre), mais lui dit d'emblée qu' « il faut donner le lait maternel ». La doctoresse enchaîne les recommandations d'ordre général ; elle profère un maximum de conseils sur les soins en un minimum de temps. Elle livre également son jugement personnel<sup>10</sup>. La mère écoute attentivement, mais ne comprend pas tout ; elle répond en espagnol quand on lui demande, mais très brièvement.
- « Quand dort-elle ?  
 - Presque toute la matinée ;  
 - Et tu ne la réveilles pas pour lui donner ton lait ?  
 - Non ;  
 - [La doctoresse remarque que c'est un garçon]. Tu dois le réveiller parce que c'est un petit garçon et qu'il mange plus [qu'une fille] ; pour qu'il prenne plus de lait, prends du fenouil, ça le fait descendre [cela provoque la montée de lait] mais ne mange pas de maïs ».
- 10 La doctoresse donne une série d'indications rapides sur les aliments, comme la cacahuète, que la mère doit proscrire pour ne pas « gâter » son lait. Le bébé s'énerve ; la doctoresse demande immédiatement à la mère s'il a faim. Sans attendre la réponse, elle dit : « Voyons, donne-lui ton sein ! ». La maman le lui donne en même temps qu'elle écoute les indications sur la façon de placer les doigts et la main sur le sein afin que le garçonnet puisse respirer. La doctoresse insiste sur le fait qu'elle doit bien s'alimenter pour avoir du lait en abondance.
- 11 Puis, la doctoresse change soudainement de sujet et demande si le bébé a toujours les lèvres violettes. La mère répond par l'affirmative.
- « C'est peut-être le cœur, dit la doctoresse, on va voir ».  
 Mais elle change à nouveau de sujet de discussion.  
 « À quelle heure tu le baignes ?  
 - Le soir ;  
 - Tu le baignes une seule fois par jour ?  
 - oui ».
- 12 La doctoresse lui dit que le bébé ne voit pas encore, mais que cela va venir dans le mois et qu'elle n'ait pas peur s'il ne suit pas certaines choses des yeux. Elle ajoute qu'il vaut mieux qu'elle fasse attention à son ouïe et qu'elle claque des mains pour observer sa réaction. Sur l'injonction de la doctoresse, la maman allonge le bébé sur le lit et le découvre. C'est un gros enfant qui a l'air sain. Il est propre et bien vêtu. La doctoresse commence à l'ausculter et affirme que ses narines sont sales, qu'il faut les nettoyer afin qu'il respire bien.
- « Ses lèvres sont violettes ; tu lui as mis une violette<sup>11</sup> dans la bouche ?  
 - Non ;  
 - Ta belle-mère non plus ?  
 - Non ;

- C'est que parfois les belles-mères en mettent et essayent de soigner l'enfant comme ça ; elle est *de pollera*<sup>12</sup> ta belle-mère ?
- Oui ;
- Cela explique tout [elle a dû le faire en cachette] ; il y a quelqu'un malade du cœur dans ta famille ?
- Non [la mère se raidit] ;
- Ni dans celle de ton mari ?
- Non ».
- 13 Tandis que la doctoresse continue son inspection, elle revient sur le thème du lait maternel. Elle regarde le ventre et lui dit combien de cuillères de lait en poudre elle doit lui donner. Elle explique que le lait en poudre est meilleur que le lait maternel, car ce dernier est très difficile à digérer [ce qui contredit les conseils prodigués précédemment].
- 14 La doctoresse enlève la couche de l'enfant et dit :
- « Son urine est forte, plus forte que celle des petites filles, mais elle va s'éclaircir ; tu lui mets des couches jetables ?
- Avant oui, mais ma belle-mère me dit que je dois lui mettre du coton... maintenant je lui en mets [des couches] seulement la nuit ;
- C'est comme ça, la belle-mère se mêle toujours de tout ; tu lui mets du talc ?
- Non ;
- De la maizena ?
- Oui ;
- Pas trop ; tu dois lui en mettre juste un petit peu, parce que lorsqu'il fait pipi, ça fait des grumeaux et, avec les frottements, ça chauffe ».
- 15 En touchant le bébé, la doctoresse montre à la mère les zones du corps qu'elle doit bien laver. Elle lui dit : « ses testicules sont bien fragiles ; c'est-là que tu dois laver [elle insiste bien] ».
- 16 La fenêtre du cabinet est ouverte. Il est 9 h 38. Dans l'évier du jardinet, l'infirmière lave des chiffons. La doctoresse prend le stéthoscope et ausculte le bébé. Elle annonce à la maman qu'il a un « souffle au cœur » (*soplito*), sans lui expliquer de quoi il s'agit : « Tu vas me l'amener chaque mois pour l'examen ; dans deux mois, ça doit se fermer... Parfois il faut attendre, mais ce n'est pas grave ».
- 17 D'un geste, elle indique à la mère qu'elle peut reprendre le bambin.
- 18 On frappe à la porte. C'est la jeune dentiste qui vient demander conseil à propos d'une patiente. Pendant ce temps, la mère dépose le Carnet de Santé de l'enfant sur le bureau de la doctoresse. La porte est ouverte et on entend des mamans qui discutent de leurs enfants. La doctoresse, comme si elle pensait tout fort, chuchote quelques mots à la suite de quoi elle déclare, dans le vide, que les femmes « (...) se racontent toujours les mêmes sottises ». Elle s'interrompt et dit à la mère qu'il faudra voir la question des vaccins au prochain rendez-vous tout en la congédiant. Avant que la mère ne passe la porte, la doctoresse lui demande le nom du hameau où elle réside. À l'écoute de la réponse, la doctoresse dit qu'elle passera là-bas le mois prochain pour vacciner. Sans plus d'indications, elle colle un ruban vert à la page de la courbe de poids du Carnet, ce qui indique que l'enfant se porte bien même s'il n'a pas été pesé. La mère, que l'on sent préoccupée, quitte le cabinet sans un mot.
- 19 Avant qu'une autre mère ne pénètre dans le cabinet, la doctoresse me confie qu'elle a sciemment parlé de souffle au cœur, ceci dans l'espoir que la jeune femme cesse de donner de l'infusion de violette au bébé : « Plutôt que de se lancer dans de grandes explications, il vaut mieux leur faire peur ; c'est souvent comme ça chez les Indiens ; ça a

plus de chance de marcher... Comme ça au moins elle reviendra ! ». Il est 9 h 40. La consultation aura duré environ 12 minutes.

## La consultation entre hiérarchies sociales, injonctions, silences et mensonges

- 20 La façon dont s'est déroulée cette consultation pédiatrique est proche de ce qui se passe dans d'autres structures de soins du monde. Ici comme ailleurs, la piètre communication qui caractérise la séance, tant au niveau du fond que de la forme, est flagrante.
- 21 On constate tout d'abord que la doctoresse ne parle aucune langue indienne et ne demande pas l'assistance de l'infirmière dont le *quechua* est la langue maternelle. Cette absence de considération pourrait être mise en relation avec les profonds clivages socio-ethniques qui aboutissent le plus souvent à dénigrer les personnes d'origine indienne. Sans doute faut-il rappeler que l'exercice professionnel de la médecine reste une spécialité familiale et une profession d'élite en Bolivie<sup>13</sup>. Mais cette attitude arrogante exprime également la faible préoccupation de la doctoresse sur l'impact médical de la consultation. Comme si, compte tenu de la « nature » de sa patiente, il ne valait pas la peine de s'investir ou de faire l'effort pour se faire comprendre. Comme si la jeune mère, cataloguée comme « Indienne », était dépourvue des facultés d'entendement pour saisir le sens de l'explication bio-médicale et des gestes qui l'accompagnent.
- 22 On peut également déduire du déroulement de la consultation que les critères sur lesquels la doctoresse fonde une part de son diagnostic relèvent d'une appréciation sur la façon d'être de la patiente, révélant un système de valeurs ou de codes intériorisés. L'accent, l'attitude, la manière de donner le sein à l'enfant constituent divers indices permettant, à ses yeux, de circonscrire l'origine sociale et culturelle. Le cas du vêtement est éloquent : comme partout en Bolivie, son type (en l'occurrence l' *awayo*, cf. Note 12) fonde l'appartenance de la patiente au groupe indifférencié des « Indiens ». Cette appréciation porte directement conséquence sur le diagnostic de l'état de santé de l'enfant, comme en témoigne l'ambiguïté des propos tenus sur ses lèvres (de couleur violette) et sa maladie supposée (« souffle au cœur »).
- 23 Dans les entretiens qui suivent les consultations, les soignants confient que les soignés « se font une idée fautive » des causes de la maladie, et qu'ils ne peuvent pas en comprendre les vrais déterminants. Ils seraient donc « très sûrs d'eux » mais dans l'erreur. Comme l'indique la remarque finale de la doctoresse, les pseudo explications livrées à la mère se justifient par ses origines. Au sein du corps médical, ce type de représentations - qui s'accompagnent d'une attitude condescendante et paternaliste - est partagé. À tel point que la justesse du diagnostic semble inversement proportionnelle au « niveau » d'indianité perçu. En retour, les soignants - loin d'être pris pour des partenaires - sont considérés par les soignés comme des personnes « distantes », « peu compréhensives » ou « incapables » de comprendre les situations culturelles, familiales et économiques quotidiennes. Il est entendu que ce problème se trouve renforcé lorsque le personnel ne maîtrise pas les langues locales.
- 24 Dans ces conditions, le caractère « expéditif » de la consultation est inévitable. Très incomplète, l'auscultation de l'enfant ne débouche guère sur un dialogue constructif entre les deux protagonistes. C'est même le contraire dont il s'agit puisque la doctoresse, convaincue de l'incapacité de la mère à comprendre ses gestes et son discours, accomplit

un acte incomplet (l'enfant n'est ni pesé ni mesuré), conclu de surcroît par un mensonge. Dans ce sens, les gestes techniques les plus simples servent davantage à impressionner la patiente qu'à servir de support à l'établissement d'un diagnostic.

- 25 Le recours au mensonge est significatif: il trahit l'absence totale de confiance des soignants envers les soignés, confondant ces derniers avec des personnes qu'il faudrait à la fois assister et tenir à l'écart de l'interprétation biomédicale. Motivé par la peur qu'il est censé provoquer, et indépendamment de ses effets psychologiques traumatisants<sup>14</sup>, le mensonge exprime l'incompréhension qui marque la vision des soignants sur les soignés. Dans le cadre de cette consultation, toute préoccupation pour la santé de l'enfant s'efface derrière les assertions normatives visant à reproduire un ordre social inégalitaire.
- 26 Le manque d'appropriation « technique » du Carnet de Santé et de ses appendices (courbes de poids et de taille) par les soignants renforce cette succession de dérives. Rappelons que l'intérêt de l'outil consiste, en principe, autant à contrôler le suivi de la croissance et du développement de l'enfant qu'à servir de point de départ du dialogue entre les protagonistes. Or, le Carnet se borne à remplir le rôle d'outil de contrôle très simplifié de calendrier des vaccinations au détriment de tout autre mesure du développement. Un tel rétrécissement de l'activité de suivi de la croissance et du développement n'interdit-il pas la compréhension globale de l'état de santé de l'enfant ?
- 27 L'anecdote des rubans de couleur illustre les effets pervers qui découlent de la faible appropriation du Carnet par les personnels de santé (Lefèvre *et al.*, 2003). Par ce moyen visuel, il s'agit de montrer que l'enfant a correctement suivi sa courbe de poids et de taille (couleur verte) ou non (couleur rouge). Toutefois, au lieu de servir d'aide-mémoire et de prétexte à échanger des informations, le procédé renforce la stigmatisation et le sentiment de culpabilité. À terme, les mères hésitent non seulement à se rendre avec le Carnet chez le médecin - de peur de se faire réprimander - mais craignent de le commenter à l'entourage partiellement ou indirectement co-responsable de la santé de l'enfant (conjoint, père, grands-parents, belle-mère, marraine, voisines...).
- 28 Sans doute faut-il souligner qu'en Bolivie, comme dans la plupart des pays du Sud, la répartition des tâches éducatives entre hommes et femmes impose à ces dernières de prendre en charge les soins et la santé de l'enfant (Saillant, 1999 ; Suremain *et al.*, 2000 ; Suremain, 2003). Or, cette répartition se trouve relayée par les injonctions du discours médical qui s'appuie sur la condamnation de la pseudo « négligence maternelle ». Dans la mesure où elles assument la charge de l'enfant, le « tort » revient aux femmes en cas de maladie, ce qu'on leur rappelle d'ailleurs explicitement. Dans ce contexte, la passivité et le silence - compréhensible - des mères durant la consultation renforce la portée stigmatisante de ce discours<sup>15</sup>. De leur côté, les soignants interprètent cette attitude comme un aveu de culpabilité: les mères, parce qu'elles sont aussi « ignorantes », ne savent pas vraiment pourquoi leur enfant est malade. Ils se sentent ainsi investis d'une mission civilisatrice, laquelle s'exprime par une série de gestes et de conseils de bon sens que les femmes ne sauraient ignorer. Mais une telle prédisposition ne fait qu'accentuer le mutisme ambiant. Le silence des femmes - qui se sentent coupables dès lors qu'elles font la démarche de venir faire soigner leur enfant - et la domination spontanée des soignants au niveau du discours - constituent deux éléments se renforçant mutuellement. Tant et si bien qu'il règne un climat d'incompréhension, une sorte de dialogue de sourds et de muets, entre soignants et soignés. La consultation pédiatrique reflète finalement assez justement la forte inégalité des rapports sociaux dans la société bolivienne.

## L'alliance thérapeutique est-elle possible ?

- 29 Dans son acception la plus générale, une relation désigne un lien entre plusieurs choses ou personnes sans que la nature de ce lien soit spécifiée (*Le Petit Robert*). Dans l'alliance, en revanche, l'« engagement mutuel » pré-existe à l'établissement du lien ; s'engager, c'est également « donner en gage » ou encore « Donner pour caution (sa parole), et [se] lier par une promesse ou une convention ». D'après Mouchenik (2004 : 31), l'alliance thérapeutique désigne « (...) à la fois la qualité de la relation entre patients et thérapeutes, l'acceptation des 'tâches thérapeutiques' et la 'participation active dans la thérapie' » ; ce type de lien revêt un caractère d'autant plus formel que ses implications sont mesurables dans le temps. C'est pour toutes ces raisons que je préfère la notion d'alliance à celle, neutre et descriptive, de « relation thérapeutique ».
- 30 Si la consultation relatée plus haut ne fait manifestement pas écho à une quelconque alliance entre soignants et soignés, il s'agit maintenant de voir dans quelle mesure elle pourrait s'en rapprocher.

### La négation de l'entendement de la mère

- 31 L'absence de questions posées par la doctoresse sur les raisons conduisant la mère à venir consulter montre que, dans l'esprit de la première, la seconde est perçue comme un réceptacle passif de la culture médicale et non une partenaire active<sup>16</sup>. Comme si, du fait de sa condition sociale et culturelle - déduite de pseudo différences de comportement et d'apparence - elle ne disposait pas des aptitudes nécessaires et suffisantes pour savoir si son enfant était bien ou mal portant. Ce faisant, la doctoresse scelle le sort de la consultation puisque c'est son objectif même - améliorer la santé à travers l'échange, le conseil et la communication - qui se trouve réfuté.
- 32 Poser la question sur les raisons de la visite ne s'impose pas, dans le contexte, comme un automatisme spontané. Dans la mesure où les préjugés à connotations racistes sont fréquents, et que les médecins s'identifient aux strates supérieures de la société, les changements d'attitude en la matière ne surviendront que très progressivement. Et il est fort peu probable que l'élection d'Evo Morales (d'origine indienne) à la Présidence ne change quelque chose à ce problème structurel. À moins que les consultations médicales n'obéissent à un protocole strict qui fixe leur déroulement, comme c'est le cas au Pérou depuis la réforme du système de santé (Pecho *et al.*, 2003).

### La faible appropriation du Carnet de Santé

- 33 Un autre frein à l'alliance concerne l'usage ou plutôt le non-usage du Carnet de Santé par la doctoresse. Celui-ci, qui devrait servir à la fois d'outil de suivi de la croissance et du développement (contrôle de la courbe de poids, de taille, etc.), d'aide-mémoire pour les vaccinations et de support destiné à faciliter la communication, est délaissé, mis de côté, ignoré. S'il est probable que la mère n'en envisageait qu'une utilisation limitée, force est de constater que son interlocutrice ne le lui demande guère ; surtout, elle ne saisit pas l'occasion d'amorcer le dialogue. En tout état de cause, c'est l'une des finalités de la consultation qui est omise.



- 34 Si le recours au Carnet est maintenu<sup>17</sup>, sans doute faudra-t-il en clarifier les fonctions en amont auprès des soignants qui ne l'emploient qu'à des fins limitées. En aval, des campagnes d'informations destinées aux mères ainsi qu'à l'entourage pourraient être tenues dans les communautés locales. Parce qu'elles valoriseraient les rôles et les responsabilités (directes, partielles, indirectes) des un(e)s et des autres sur la santé de l'enfant, ces campagnes permettraient de « libérer », au moins en partie, le Carnet de la connotation à la fois culpabilisante et stigmatisante qu'il revêt pour les mères.

## Le foisonnement des injonctions contradictoires

- 35 Force est de constater le foisonnement d'injonctions contradictoires qui jalonnent la consultation. La doctoresse maîtrise mal les recommandations internationales en matière d'allaitement maternel puisque, après l'avoir défendu, elle ordonne à la mère d'offrir du lait maternisé à son enfant. Dans les conditions de vie précaires du Chaparé, où les femmes vivent en permanence avec des tout-petits qui prennent le sein, ce type de commandement a des chances d'être perçu comme irréaliste, et de ne pas être respecté. À cette contradiction, s'adjoignent les conseils sur les rythmes de l'allaitement, la façon d'allaiter ou encore de tenir le sein. Ce que la doctoresse présente avec mépris comme des astuces géniales devient, si l'on tient compte des savoir-faire des femmes, une manifestation d'ignorance flagrante de sa part.
- 36 Sans doute conviendrait-il de rappeler aux soignants, au cours de leur formation, que le taux d'allaitement dans le contexte (rural, indien, pauvre) approche les 100 %. Il s'agirait plus largement que les mêmes instances diffusent des messages clairs qui ne cèdent pas aux modes<sup>18</sup> et qui s'inspirent des connaissances accumulées sur les savoirs et les pratiques des populations.

## Le déni des savoirs locaux

- 37 Le mensonge de la doctoresse sur l'état de santé de l'enfant est une façon de dénier l'interprétation que la mère donne à la maladie. Les allusions portent moins sur les conséquences néfastes de l'infusion à la violette que sur le caractère erroné des savoirs de la mère. La doctoresse tente ainsi d'ériger une frontière entre deux systèmes de connaissances qu'elle considère comme incommensurables. Plutôt que de s'appuyer sur les connaissances et les pratiques existantes pour engager le dialogue, c'est un ordre rigide qui est ré-affirmé.
- 38 S'il s'avère que les savoirs pharmacologiques sont sophistiqués en Bolivie (Girault, 1984), le personnel de santé n'y est pas sensibilisé durant sa formation. Seules les infirmières issues des communautés où elles travaillent montrent une ouverture d'esprit aux « savoirs pluriels » (Benoist ed., 1996) et adaptent le discours et les soins à leurs interlocuteurs. Du fait de leur proximité culturelle avec les soignés, elles savent qu'un diagnostic et un traitement ont plus de chance d'être acceptés s'ils ne rentrent pas en contradiction avec les usages pré-existants, surtout lorsqu'il s'agit de soigner des enfants. La doctoresse n'aurait-elle pas tout à gagner de l'assistance des infirmières pendant ses consultations (ne serait-ce que pour traduire...)?



## Le mépris vis-à-vis de l'entourage de l'enfant

- 39 La doctoresse n'ignore rien de l'organisation familiale et sociale locale ; simplement, elle la considère comme un obstacle. À ses yeux, les belles-mères, les voisines ou les mères dans la salle d'attente ne peuvent s'empêcher de dresser leur propre diagnostic (« des sottises »), ce qui mettrait en péril l'état de santé des enfants. Tout se passe comme si les femmes, lorsqu'il s'agit de parler de santé, devaient s'abstraire de toute forme d'interactions avec leurs congénères et de leur environnement social. Cet état d'esprit connaît une traduction directe dans la façon de communiquer de la doctoresse : elle convertit la consultation en un lieu désincarné, en un moment hors du temps et du quotidien.
- 40 Comment, dans de telles conditions, l'alliance thérapeutique saurait-elle s'instaurer ? Les personnels de santé peuvent recevoir des formations spécifiques sur le sujet, mais le problème de fond se reposera tant que les soignants envisageront la consultation comme un lieu d'affirmation de leur pouvoir et un espace de redressement comportemental et social des soignés.
- 41 Cet exemple montre que le Centre de santé est propice au développement de relations sociales dont l'originalité provient de la multitude des influences qui s'exercent sur elles. Il incarne également une institution, qui s'inscrit dans une histoire et un cadre politico-administratif local, et un micro-univers doué de clivages et règles de sociabilité spécifiques (Dozon *et al.*, 2001). Les relations sociales qui s'établissent entre les protagonistes sont amorcées ou provoquées par l'épisode de maladie de l'enfant. Dans ce cadre, c'est l'efficacité médicale que les personnels mettent en avant dans leurs discours et qu'ils tentent de donner à voir à travers leur pratique (Vega, 2000).
- 42 Les raisons qui permettent de comprendre la piètre communication durant les consultations ne sont guère l'objet d'une réflexion systématique de la part des acteurs. Les points de blocage, qui se situent en amont et en aval des séances, ont tendance à être occultés par ceux-là mêmes qui y participent. Chacun campe sur ses positions : tandis que les soignants soulignent la passivité ou les trop grandes libertés prises par les soignés, ces derniers critiquent l'attitude et le discours condescendant, autoritaire ou paternaliste des premiers.
- 43 Plutôt que de rechercher sans fin ce qu'il faudrait tenter pour que change la situation (les recommandations pratiques sont pléthores dans les expertises), il serait peut-être plus fécond de s'interroger sur les conditions qui favorisent l'émergence du changement dans un système.
- 44 On peut en effet se demander si une innovation - fût-elle la plus louable - introduite par une instance extérieure (Ministère de la santé, programme international, ONG) au niveau du contenu ou du contenant de la consultation aurait une chance de transmuter les rapports entre soignants et soignés en relation d'alliance. Toute innovation n'est-elle pas « réappropriée » (Olivier de Sardan, 1997) par les acteurs, surtout par ceux qui sont censés en être les bénéficiaires ? Or, pour qu'une innovation soit réappropriée avec quelque chance de succès, elle doit présenter un minimum d'utilité, réelle, imaginaire, attendue ou supposée ; elle doit trouver sa place dans le système qui l'accueille. Pourtant, moult expériences montrent que l'attention se porte davantage sur l'impact « technique » et mesurable des interventions que sur les compatibilités « sociales » et qualitatives qui résultent du contact avec le système d'accueil.

- 45 Ne seraient-ce pas plutôt des innovations, aussi minimes soient-elles, à l'échelle des relations sociales qui pourraient conduire à l'alliance, laquelle s'avère être le préalable à l'instauration du changement ? Ce serait l'effet cumulé de ces modestes micro-changements qui exercerait une pression sur les acteurs, ces derniers finissant par sceller progressivement une alliance thérapeutique. Sans doute faut-il rappeler que s'allier, c'est s'engager dans le temps et que, avant de s'engager, les acteurs doivent être sûrs de recevoir quelque chose en échange. Sans ce préalable et sans cette conviction, il est fort probable que l'alliance thérapeutique ne verra guère le jour.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Aiach P., Fassin D. (eds.), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Éditions Economica, 1994.
- Beagan BL., « Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients », *Social Science & Médecine*, vol. 51, n° 8, 2000: 1253-1265.
- Benoist J. (ed.), *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996.
- Berche T., *Anthropologie et santé publique en pays dogon*, Paris, Karthala, 1998.
- Cortes G., *Partir pour rester. Survie et mutation de sociétés paysannes andines (Bolivie)*, Paris, IRD Éditions, 2000.
- Desclaux A., *De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant, points de vue de thérapeutes concurrents in Benoist (ed.) J., Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala, 1996 : 251-280.
- Dory D., Roux J.-C., « De la coca à la cocaïne : un itinéraire bolivien », *Autrepart*, vol. 8, 1998 : 21-46.
- Dozon J.-P., Fassin D. (eds.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Éditions Balland, 2001.
- Freidson E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- Girault L., Kallaway, *Guérisseurs itinérants des Andes. Recherches sur les pratiques médicales et magiques*, Paris, Orstom, 1984.
- Horvath AO., Luborsky L., « The role of the therapeutic alliance in psychotherapy », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61, 1993: 561-573.
- Illanes D., Sejas E., Ardúz E., « Reforma de salud en bolivia : dónde se situa el proceso ? » in Suremain (de) C.-É., Lefèvre P., Rubín de Celis E., Sejas E. (ed.), *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario sobre la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú*, La Paz, Éditions de l'Institut Français d'Études Andines-Institut de Recherche pour le Développement-Plural, 2003 : 117-138.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J.-P. (eds.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'afrique de l'ouest*, Paris, Apad-karthala, 2003.

Kalis S., « De la culpabilité à la réparation. Responsabilité de la mère par rapport à la maladie de l'enfant chez les Seereer Slin du Senegal », *Anthropos. International review of ethnology and linguistics*, vol. 95 (2), 2000 : 363-370.

Lefèvre P., Hoérée T., Sejas E., Suremain (de) C.-É., « Percepción y uso del Carnet de Salud Infantil entre las madres de menores de cinco años en Bolivia », in Suremain (de) C.-É., Lefèvre P., Rubín de Celis E., Sejas E. (ed.), *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario sobre la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú*, La Paz, Éditions de l'Institut Français d'Études Andines-Institut de Recherche pour le Développement-Plural, 2003 : 295-322.

Mouchenik Y., *L'enfant vulnérable. Psychothérapie transculturelle en pays kanak (Nouvelle Calédonie)*, Paris, La Pensée Sauvage, 2004.

Olivier de Sardan J.-P., *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Apad-karthala, 1997.

Pecho I., Rubín de Celis E., « La reforma del sector salud y su impacto en la atención de salud a menores de cinco años en el Perú », in Suremain (de) C.-É., Lefèvre P., Rubín de Celis E., Sejas E. (ed.), *Miradas cruzadas en el niño. un enfoque interdisciplinario sobre la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en bolivia y peru*, La Paz, Éditions de l'Institut Français d'Études Andines-Institut de Recherche pour le Développement-Plural, 2003 : 77-116.

Robertfroid D., Kolsteren P., Hoérée T., Maire B., « Do growth monitoring and promotion programs answer the performance criteria of a screening program? A critical analysis based on a systematic review », *Tropical medicine and international health*, vol. 10, n° 11, 2005: 1121-1133.

Saillant F. Femmes, « Soins domestiques et espace thérapeutique », *Anthropologie et sociétés (soins, corps, altérité)*, vol. 23, n° 2, 1999 : 15-40.

Suremain (de) C.-É. Lefèvre P., Pecho I., « Les relations de genre soumises à l'épreuve de la maladie de l'enfant. Exemples boliviens et péruviens », *Recherches Féministes*, vol. 13, n° 1, 2000 : 27-46.

Suremain (de) C.-É., 'El buen cuidado'. Representaciones y prácticas de cuidado del niño en bolivia in Suremain (de) C.-É., Lefèvre P., Rubín de Celis E., Sejas E. (ed.), *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario sobre la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú*. La Paz, Éditions de l'Institut Français d'Études Andines-Institut de Recherche pour le Développement-Plural, 2003 : 189-269.

Suremain (de) C.-É., Lefèvre P., Rubín de Celis E., Sejas E. (eds.), *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario sobre la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú*. La Paz, Éditions de l'Institut Français d'Études Andines-Institut de Recherche pour le Développement-Plural, 2003.

Suremain (de) C.-É., Montibert N. *Au fil de la faja. enrouler et dérouler la vie en Bolivie*, Film, 18 minutes, une production IRD Audiovisuel, 2005.

Valdéz E., *Santé et médecine populaire en Bolivie*, Paris, IUED-Karhala-Patiño, 1993.

Vega A., *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000.

Vidal L., Fall AS., Gadou D. (eds.), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, L'harmattan, 2005.

## NOTES

1. Ce texte est la version remaniée et complétée d'une communication offerte au XXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología (ALAS), Université de Concepción (Chili) en 1999.
2. Financé par la communauté européenne, il s'agissait d'un projet de recherche INCO-DC ( Health sector reform: towards a more global approach of child health [n° IC18-CT97-0249(DG12-WRCA)]).
3. Synonyme d'« engagement mutuel » en psychiatrie et en pédopsychiatrie (Horvath et al ., 1993), la notion n'est pas employée, à ma connaissance, dans le champs de l'anthropologie de la santé et de la maladie.
4. Ils constituent la porte d'entrée du système de santé : leur fonction est d'offrir des soins de base et de résoudre les problèmes les plus fréquents. Le personnel se compose de médecins généralistes et d'infirmières (auxiliaires ou techniques). Sur l'histoire et le fonctionnement des centres de santé boliviens, cf . Valdez (1993) et Illanes et al . (2003).
5. L'argent de la construction provient de l'application de la loi du même nom. Depuis 1994, l'État redistribue 20% du budget national aux communes selon leur importance démographique. Un minimum de 6,4% est réservé à l'assurance materno-infantile (contrôles prénataux, accouchements, contrôles post-nataux, maladies diarrhéiques et respiratoires de l'enfant de moins d'un an) ; 30% de l'argent peut être éventuellement affectée à la santé (infrastructures, médicaments, primes) et à l'éducation.
6. Pour la plupart d'origine indienne, les paysans (localement appelés colonos ) proviennent des hauts plateaux ( altiplano ). Ils vivent de l'agriculture vivrière et de la culture illicite de la feuille de coca (Dory et al ., 1998 ; Cortes, 2000).
7. L' año de provincia était obligatoire pour les étudiants entre 1992 et 2000. Il s'agissait de passer un an dans une zone rurale pour valider son diplôme de médecine.
8. La doctoresse, qui a aujourd'hui terminé son « année de province », compte ouvrir un cabinet privé dans une ville voisine.
9. Les termes quechua et aymara désignent des groupes linguistiques. Localement confondus avec des « groupes ethniques », ils représentent près de 40% de la population bolivienne. Si les femmes de la région comprennent l'espagnol, environ la moitié ne le parle pas couramment ou pas du tout.
10. Notamment sur les méfaits supposés de la pratique de l'emmaillotement de l'enfant durant les trois premiers mois de son existence (Suremain et al ., 2005).
11. Les mères versent quelques gouttes d'infusion de violette dans la bouche des enfants pour freiner les diarrhées.
12. L'expression « una señora de pollera » ou « de awayo » désigne une Indienne qui porte un tissu brodé local. Elle prend son sens par rapport à l'expression « una señora de vestido » qui s'applique aux femmes, métisses ou blanches, qui portent une jupe de facture industrielle de type occidental.
13. Les études sont longues (environ huit ans) et coûteuses (près de 10 000 euros) pour l'un des pays les plus pauvres du sous-continent.
14. Notamment le risque important de rupture de la relation d'attachement entre la mère et son enfant qu'il peut provoquer (communication personnelle de Christine Crebane).
15. Sur l' « idéologie de la culpabilisation » exercée sur les soignés, cf . Kalis (2000), Desclaux (1996), Suremain et al ., (2000).
16. Conformément au « modèle de relation activité (du médecin)-passivité (de la mère) » élaboré par Freidson (1984). Cf . également Beagan (2000).

17. Le débat fait l'objet de controverses récurrentes au sein des institutions internationales (Roberfroid et al., 2005).

18. Outre l'allaitement (lait maternisé-au sein), on pense à l'âge d'introduction des légumes (3 mois-6 mois) ou encore aux positions en matière de coucher (sur le ventre-sur le dos).

---

## INDEX

**Mots-clés** : enfant, consultation, alliance thérapeutique, soignant, soigné, hiérarchies sociales, santé, développement, Bolivie

## AUTEUR

**CHARLES-ÉDOUARD DE SUREMAIN**

Anthropologue, IRD, UR 106 « Nutrition, Alimentation, Sociétés » (Montpellier), rattaché à l'IEDES (Université Paris I-Panthéon Sorbonne)