

LA SAGE-FEMME ET LE DOUANIER. CULTURES PROFESSIONNELLES LOCALES ET CULTURE BUREAUCRATIQUE PRIVATISEE.

Jean-Pierre Olivier de Sardan*

Nous voudrions ici, pour comprendre certains des "fonctionnements réels" des administrations africaines (lesquels, si l'on se réfère aux normes officielles, aux discours publics, et aux attentes des usagers, sont incontestablement des "dysfonctionnements") mettre en parallèle deux professions apparemment aux antipodes l'une de l'autre : celle de sage-femme et celle de douanier. Nous procéderons tout d'abord à une comparaison proche des données empiriques¹, pour déboucher ensuite sur une proposition de modèle exploratoire, tentant de d'interpréter les comportements des agents publics comme renvoyant à des normes pratiques et non comme un simple écart par rapport aux normes officielles. Deux composantes de ces normes pratiques seront analysées : les cultures professionnelles locales, spécifiques, et la culture bureaucratique privatisée, transversale.

Pourquoi ces deux professions ?

Tout les oppose à première vue. Le douanier opère dans un registre du contrôle et de la répression, alors que la sage-femme est associée à une délivrance, et s'inscrit dans le champ des soins, de la prise en charge², voire de la compassion. Du point de vue de l' "usager" l'apparition du premier est plutôt annonciatrice de mauvaise nouvelle, alors que la venue de la seconde signale l'inverse, même si dans les deux cas un fond d'angoisse est toujours présent : mais ces deux angoisses ne sont pas de même nature.

Les deux cultures professionnelles sont pour le moins différentes, et relèvent de cursus de formation complètement divergents. La fonction de douanier est centrée sur la

* IRD, Marseille

¹ Nous nous appuyons ici sur les résultats de deux programmes de recherche en cours de publication. Le premier, financé par l'UNICEF et la Coopération française, et coordonné par Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan, est relatif à l'accès aux soins dans 5 capitales ouest-africaines, avec pour responsables nationaux Y. Diallo (Conakry), M. Koné (Abidjan), Y. Touré (Bamako), A. Fall (Dakar) et A. Souley (Niamey). Le second, financé par la Commission européenne et la DDC suisse, et coordonné par G. Blundo et J.P. Olivier de Sardan, porte sur la corruption dans 3 pays africains (en particulier dans les douanes, la justice et les marchés publics), avec pour responsables nationaux M. Tidjani Alou (Niger), N. Bako-Arifari (Bénin) et G. Blundo (Sénégal). Sur les méthodes d'enquête et certains premiers résultats, cf. Blundo & Olivier de Sardan, 2000 ; Jaffré, 1999

² Soins et prise en charge correspondent à l'association en anglais de *cure* et de *care*

répression des fraudes, elle renvoie à une culture juridique, mais aussi à un apprentissage de techniques policières, à la maîtrise de réglementations complexes, à des procédures de surveillance, de guet, de soupçon. La fonction de sage-femme est de type para-médical, focalisée sur l'assistance à l'accouchement : sa préparation (consultations pré-natales) et la détection éventuelle de risques, sa facilitation, son monitoring, certaines manœuvres en cas de problèmes mineurs, l'appel à des spécialistes en cas de problèmes graves, les premiers soins aux nouveaux-nés et à l'accouchée...

Et pourtant ces deux métiers sans commune mesure sont tous deux en Afrique l'objet d'une réputation exécrationnelle. Les discours quotidiens spontanés comme les entretiens d'enquête convergent : les sages-femmes sont très largement décriées, on leur reproche d'insulter les parturientes, de les mépriser, de les racketter ; quant aux douaniers, on les considère comme appartenant à une profession maudite, porteuse d'enrichissement aussi rapide qu'illicite, toujours prête à réprimer ou à extorquer.

D'une certaine façon ces deux professions entretiennent, semble-t-il, avec leurs "usagers" respectifs (et selon le point de vue de ceux-ci) des relations similaires : le douanier comme la sage-femme s'enrichissent à leurs dépens, ils les traitent avec morgue, ils peuvent tout se permettre car l'impunité leur est garantie, ils s'en prennent aux démunis et s'arrangent avec les riches et les puissants, et malheur à qui ne connaît ni douanier (pour qui fait du commerce) ni sage-femme (pour qui accouche) car seule la connaissance personnelle peut permettre de se tirer d'affaire avec eux... Cette vision fort pessimiste et désabusée est largement partagée, selon nos enquêtes.

Pourquoi donc ces deux "extrêmes professionnels" sont-ils ainsi rapprochés dans l'opprobre publique ?

Des formes de "violence" et de "racket" ayant un air de famille

Les sages-femmes

Toutes nos enquêtes le montrent : les maternités sont, plus encore que les dispensaires et les hôpitaux, perçues comme des lieux de corruption, au sens large du terme³. Et on retrouve, autour de l'accouchement, l'ensemble des dysfonctionnements relevés quotidiennement dans les centres de santé, mais quasiment "en pire". En fait, le parcours de la parturiente est aussi un parcours d'obstacles, où l'on peut identifier diverses séquences distinctes, qui sont chacune, de façon plus ou moins aiguë, des lieux de "frictions" entre d'un côté les personnels de santé (sages-femmes, mais aussi matrones,

³ Sur ce sens large, cf. à propos du « complexe de la corruption », Olivier de Sardan, 1999

aides-soignantes, infirmières, filles de salle, gardien) et de l'autre les usagers (parturientes, mais aussi accompagnantes et maris) : l'arrivée, l'attente avant l'entrée en salle de travail, la salle de travail, les suites de couches, la sortie. Nous prendrons comme exemple privilégié ici une séquence particulière, la salle de travail, et un lieu de friction spécifique dans cette séquence, ayant pour pivot le problème suivant : comment accélérer le travail ?

Face à une femme (en particulier les primipares), suspecte de ne pas "pousser" assez, les sages-femmes allient volontiers le bâton et la carotte. Le bâton, c'est la violence verbale (insultes du type "tu ne faisais pas tant de manières quand tu t'es fait mettre cet enfant"), parfois la violence physique (pour comprimer énergiquement le ventre), et la menace ("si tu ne pousses pas assez, on va t'envoyer à la maternité centrale"⁴). La carotte, c'est la proposition d'administrer "un sérum", c'est-à-dire en fait une injection par perfusion d'ocytociques (syntho) pour augmenter le rythme et la force des contractions, ceci contre rémunération. Autrement dit, les sages-femmes ont comme pratique courante de vendre, à titre personnel, une injection de syntho, bien au-delà des indications normales de ce produit⁵. Ces flacons, les sages-femmes se les procurent en les achetant elles-mêmes, pour les revendre aux "clientes".

Extrait du carnet de note d'une élève sage-femme, stagiaire, pendant la nuit du 2 au 3 mai, dans une maternité de Niamey :

Après l'accouchement de leur "passe" (protégée), la sage-femme, la fille de salle et l'infirmière se sont endormies. Après 1 heure du matin, nous (les stagiaires) avons au total 4 femmes en travail (...). A 5 heures 30, accouchement de Mme A d'un enfant de sexe féminin, né vivant, à terme. Cinq minutes après nous observons une vente, par la sage-femme, de syntho à une femme en travail. En fait c'est le reste du syntho acheté par une autre patiente. Après avoir reçu l'argent du produit, elle place la perfusion à la femme. Il est à remarquer que la sage-femme s'est réveillée uniquement parce qu'elle voulait vendre son syntho⁶.

Parfois le même flacon, dilué, est revendu en plusieurs "doses". Parfois la sage-femme "place" son produit avec la complicité des filles de salle, plus proches des parturientes. Parfois les "recettes" ainsi obtenues sont "mutualisées", au niveau de l'équipe de garde (qui, dans une maternité, est l'unité pertinente). Mais dans tous les cas l'objectif est clairement économique : c'est le meilleur moyen d'arrondir le salaire, et parfois de le doubler ou le tripler⁷. Mais "l'argument de vente", si l'on peut dire, joue sur la

⁴ La référence, qui est une indication thérapeutique décisive pour réduire la mortalité maternelle, est donc utilisée totalement à contre-emploi, comme menace : aller à la maternité centrale, cela signifie payer au moins 10 fois plus cher l'accouchement, et risquer une « opération » (la césarienne), redoutée par les femmes – non sans raisons parfois, vu les problèmes d'asepsie souvent rencontrés.

⁵ Cela n'est pas sans conséquence néfaste en matière de santé publique : alors que la prescription d'ocytocique doit être réservée à des indications très particulières, son administration quasi systématique développe les risques de rupture utérine

⁶ Cité in Souley, 2000 : 16-17

⁷ Sur Niamey, par exemple, le syntho est vendu entre 5.000 et 8.000. Si l'on estime que le bénéfice est de 4.000 à 7.000 (en fait plus, si le même flacon sert à plusieurs administrations), on a, pour une moyenne de

vulnérabilité des femmes en couches : accepter de payer pour accélérer le travail, c'est soulager l'angoisse, c'est souffrir moins longtemps, c'est éloigner la menace de l'évacuation ou de la césarienne...

Les douaniers

Plus encore au niveau de la douane, on a affaire à un parcours du combattant, où, de séquence en séquence, les occasions de friction, c'est-à-dire de ponction, se multiplient. On prendra ici aussi un exemple parmi bien d'autres : les contrôles effectués sur les routes, hors des postes de douane, par la brigade mobile (dite "la brigade"). Cette brigade a pour mission de non seulement de vérifier que les véhicules qu'elle intercepte ont des papiers de dédouanement en règle (établis aux postes réguliers), et donc ne contiennent pas de marchandise de contrebande, non déclarée, mais aussi de vérifier que ces dédouanements sont "normaux", autrement dit qu'il n'y a pas eu sous-évaluation de complaisance par les douaniers postés à l'entrée sur le territoire. Cette brigade a toute latitude pour réévaluer le montant des droits à payer et établir des redressements ou infliger des amendes.

Il y a normalement des "indications" (sondages aléatoires, motifs de soupçons, ou action sur renseignements) qui devraient borner les interventions de la brigade. Mais en fait celle-ci agit bien au-delà de ces indications, et utilise son pouvoir quasi discrétionnaire pour prélever un péage presque systématique sur tous les transporteurs qui passent à sa portée. Il suffit de menacer d'opérer un contrôle : celui-ci implique en effet un déchargement intégral pour fouille du véhicule, et une perte considérable de temps et d'énergie, même pour un camion "en règle", lequel n'a de surcroît aucune garantie que ses papiers ne seront pas contestés malgré tout. L'usage est donc de glisser, que l'on soit en règle ou pas, une certaine somme à la brigade. Les "convois" (camions groupés sous l'autorité d'un chef de convoi expert en arrangements avec la douane) ont leurs propres tarifs.

Les sommes recueillies, considérables⁸, sont en général "mutualisées" au niveau de la brigade, avec une redistribution d'une partie du gain vers les supérieurs hiérarchiques. Ici aussi, mais d'une autre façon, le "racket" profite de la vulnérabilité de l'utilisateur, en prenant son temps en otage, et en jouant sur sa fatigue.

deux accouchements par jour, pour 15 jours par mois de service, un « revenu » mensuel supplémentaire allant de 120.000 à 210.000, pour un salaire officiel situé entre 50.000 et 90.000

⁸ 5.000 à 10.000 CFA par camion pour mettons 20 camions par jour, cela fait une "recette" de 100.000 à 200.000 CFA par jour, plus qu'un mois de salaire.

Brève comparaison

Bien sûr il s'agit de deux "formes élémentaires" de corruption profondément différentes. Le douanier est ainsi dans une logique de "péage", alors que la sage-femme joue sur une logique de transaction ⁹. Un point commun est certes que chacun met en œuvre un savoir spécialisé complexe, hermétique à l'usager moyen. Ce dernier, du fait de son ignorance, dans un cas du code de la douane, dans l'autre cas des techniques obstétricales, est d'emblée en position de faiblesse. Mais ces deux types de savoirs sont très spécifiques, sans aucun rapport entre eux, et ils renvoient à des univers techniques incommensurables.

Dans les deux cas les justifications avancées, celles qui servent de "support" ou de "légitimation" à la ponction, ont un fondement réel : il existe de vraies indications pour le syntho ; de même, certaines déclarations en douanes sont sous-évaluées, avec ou non la complaisance des postes-frontières. Mais dans les deux cas les pratiques réelles sont étendues démesurément au-delà du seul noyau admissible, pour devenir systématiques.

A première vue les victimes de ces pratiques sont seulement les usagers : le transporteur comme la parturiente sont l'objet d'un prélèvement indu, qui passe de leur poche dans celle du douanier ou celle de la sage-femme. Mais il y a aussi un préjudice, certes annexe, subi par le "tiers-absent" ¹⁰, à savoir le service public, acteur invisible pour les parties, mais qui pourtant perd ainsi une partie éventuelle de ses recettes douanières (pour les cas de fraudes rendues possibles par la complaisance de la brigade) ou de ses recettes de santé. (pour les cas d'indications normales de syntho dont le produit aurait dû être fourni par les stocks publics, ou en raison des "casses" éventuelles entraînées par ces pratiques).

Mais surtout ces "formes élémentaires" de racket font partie, dans le domaine des douanes comme dans celui de la santé, d'un ensemble beaucoup plus général de dysfonctionnements et de pratiques plus ou moins illicites, de fait quasi banalisées. Il n'est aucune séquence de contact entre douaniers et usagers où l'on ne trouve, de façon généralisée, diverses formes d'"arrangements" ou de ponctions, toujours au bénéfice personnel du douanier, mais aussi parfois au bénéfice de l'usager (et alors aux dépens de l'État), que ce soit sous la forme de la création de files d'attente (engendrant donc des "raccourcis" ou des "passe-droit" payants) ou qu'il s'agisse de sous-évaluations "négociées" des marchandises. Ces pratiques illicites vont de la base (petite corruption systémique) au sommet (faveurs accordées pour raisons politiques ou clientélistes, ou grande corruption). Quant au secteur de la santé, il est lui aussi largement victime d'une

⁹ Nous avons, dans nos études sur la "petite corruption" en Afrique, identifié plusieurs "formes élémentaires" de corruption : la commission, le péage, la privatisation de l'acte, la gratification...

¹⁰ Cf. Meyer-Bisch, 2000

"privatisation" interne : surfacturations indues, ventes illicites de médicaments, consultations privées clandestines, détournements de matériels et de fournitures, utilisation du secteur public pour capter une clientèle privée, tout cela est monnaie courante, dans les maternités comme dans les dispensaires et hôpitaux.

Dans ces deux domaines aussi, on constate une attitude fréquente, pour ne pas dire dominante, de morgue et de dédain envers les usagers anonymes, que leur vulnérabilité permet semble-t-il d'humilier, d'ignorer, de mépriser à loisir. Les témoignages d'usagers sont le plus souvent accablants : "on ne nous regarde même pas", "on nous traite comme des animaux", sont des remarques fréquentes. Inversement, dès lors qu'on "connaît quelqu'un", le comportement change, voire s'inverse. Les relations avec un usager familial, ou simplement "recommandé" (par un ami, un collègue, un parent), redeviennent "humaines", parfois même sur-personnalisées : l'usager est alors pris en charge avec égards, ou empressement. Il est à tous égards infiniment préférable, si l'on a affaire avec la douane ou avec la santé (et c'est vrai aussi des autres services publics), d'avoir en leur sein un "PAC" (parent, ami, ou connaissance). Diverses stratégies des acteurs visent d'ailleurs à se constituer ainsi une "relation" dans l'administration concernée. On voit donc des relations "dyadiques" permanentes s'instaurer : la femme enceinte parlera alors de "sa sage-femme", qu'elle consulte, parfois à domicile, et qui se rendra disponible quoi qu'il arrive pour l'accouchement, et le transporteur évoquera quant à lui "son douanier" dont il attendra la présence au poste de douane pour s'y présenter.

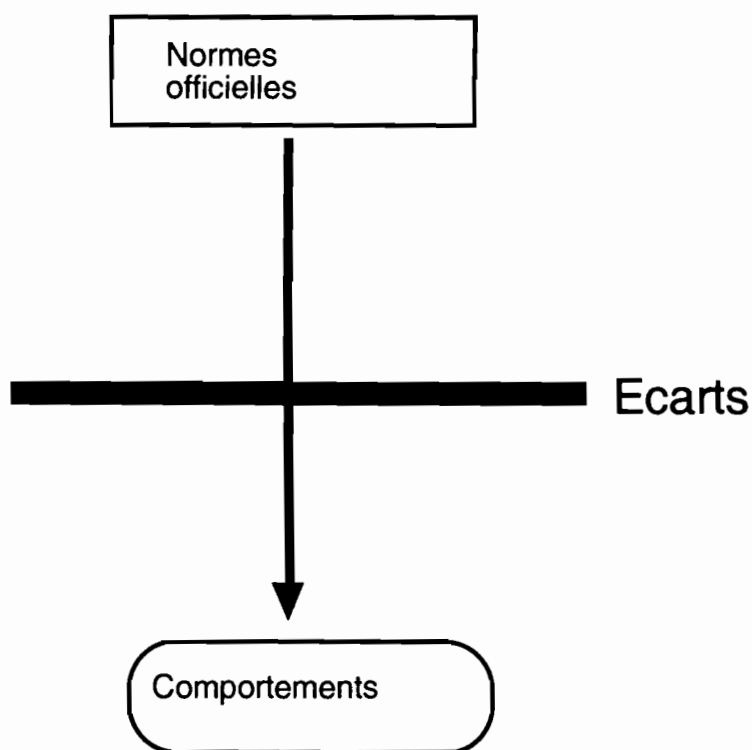
Bien évidemment les phénomènes ici évoqués vont bien au-delà des douanes ou des maternités, et concernent l'ensemble des administrations et services publics.

Proposition d'un modèle exploratoire

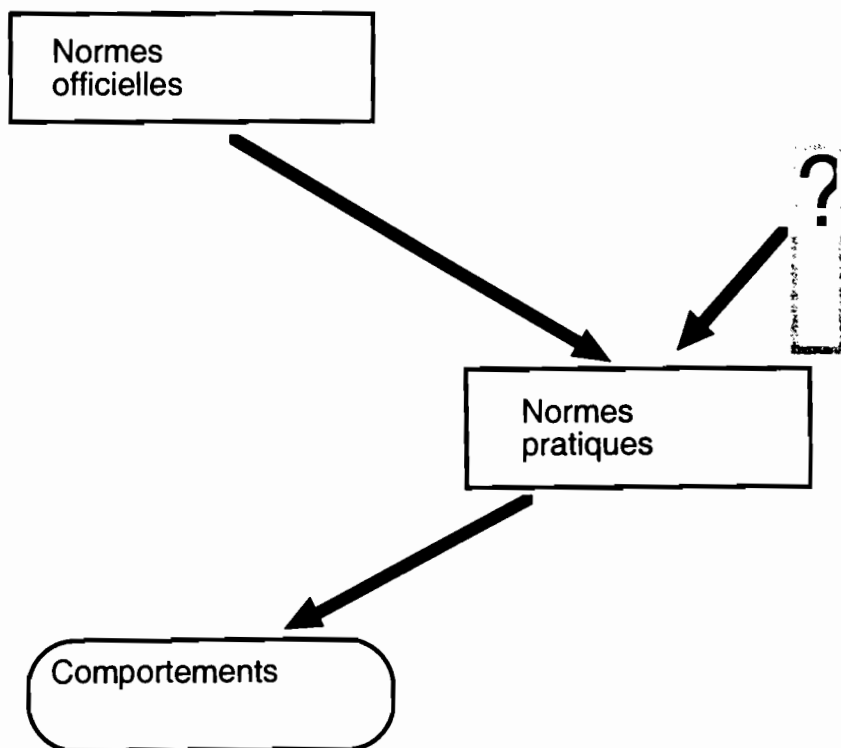
Nous voudrions rendre compte, par ce modèle, de la présence, dans les deux domaines considérés, à la fois d'éléments relevant de cultures professionnelles très spécifiques et sans commune mesure, et d'éléments renvoyant à une sorte de culture bureaucratique commune.

Préalable : normes et comportements

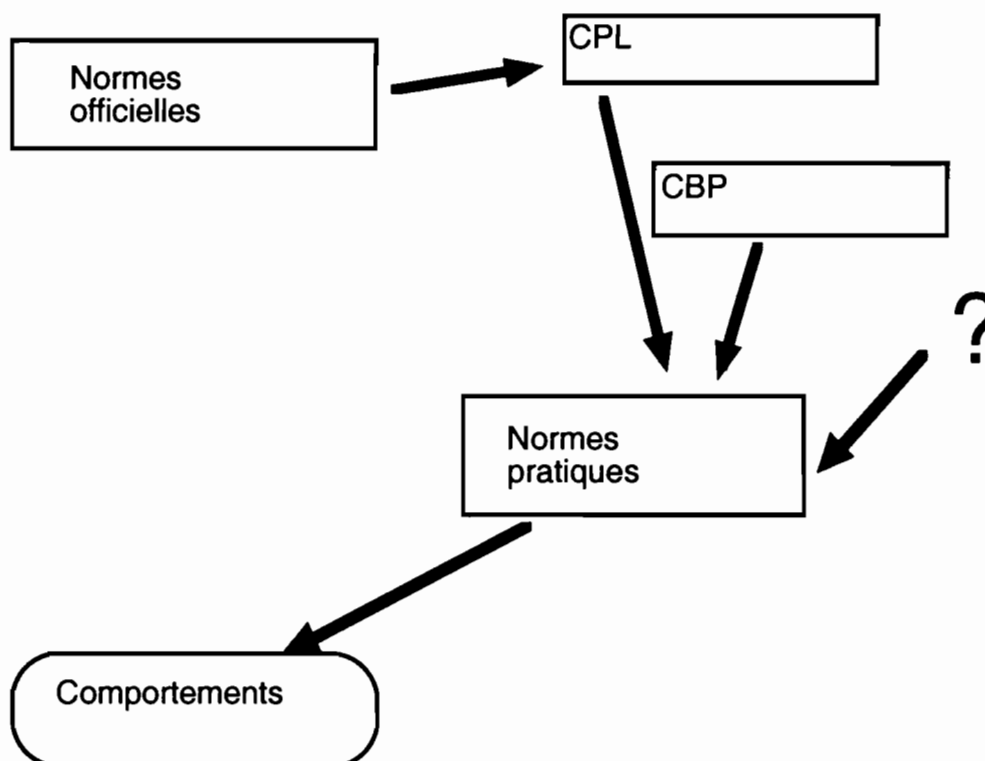
Selon un schéma linéaire encore souvent prévalent, les écarts constatés entre normes et comportements relèvent essentiellement d'une mauvaise "application" des normes, ou d'une insuffisante compréhension de celles-ci (le "message" est brouillé), et il convient alors soit de mieux surveiller l'application des normes (contrôle), soit de mieux en garantir la maîtrise par les acteurs (formation).



Nous préférons utiliser un schéma plus complexe, qui insère, entre les normes officielles et les comportements, un niveau de normes "pratiques". Les comportements réels ne sont pas simplement des déviations par rapport aux normes officielles, ils relèvent en fait d'autres normes, non dites, que l'on appellera normes pratiques. Autrement dit les comportements, dont on constate qu'ils ne suivent pas les normes officielles, ne sont pas simplement erratiques, non conformes, aléatoires, ils sont réglés par d'autres normes de fait, qu'il convient de "découvrir". Cette découverte est d'autant moins simple que ces normes pratiques ne sont pas nécessairement conscientes, connues des acteurs eux-mêmes.



Notre hypothèse, ici, portera sur l'existence de deux composantes de ces normes pratiques, que nous nous proposons d'appeler respectivement "culture professionnelle local" (CPL) et "culture bureaucratique privatisée" (CBP) ¹¹.



¹¹ Le rôle que joue la "pluralité des normes" en Afrique a déjà été signalé (cf. Berry, 1993 ; Chauveau, Le Pape & Olivier de Sardan, 2001). Mais les exemples analysés relèvent le plus souvent de domaines particuliers, comme le foncier, où divers types de légitimités et de recours nettement identifiés et "visibles" s'affrontent. Nous tentons ici d'explorer, avec l'administration, soumise officiellement à un seul type de normes, d'autres modalités, plus fluides et latentes, de cette "pluralité".

Les cultures professionnelles locales (CPL)

Chaque métier a ses compétences techniques et ses normes professionnelles officielles, qu'un système de formation spécifique (cursus professionnel, avec formation initiale et formations continues) a pour mission d'inculquer. Mais chaque métier est pratiqué de fait, localement, d'une façon quelque peu différente du modèle officiel, tout en incorporant de nombreux éléments de celui-ci, mais mêlés à des habitudes, des routines et des "tours de mains" correspondant à un "savoir-faire" spécifique, à des ajustements liés au site, au fonctionnement particulier de la structure, au système local de gestion, à la nature de la hiérarchie en place, aux relations entre collègues, aux contraintes contextuelles, matérielles, financières, etc. C'est cet ensemble composite que nous appellerons "culture professionnelle locale", ou CPL.

La CPL des sages-femmes en Afrique est marquée par un écart considérable entre la formation théorique reçue (souvent de type très scolaire), et les conditions d'exercice "réel" du métier ensuite, dans un contexte de pénurie grave de matériels et de médicaments. Les stages pratiques, en fin de formation, sont souvent un traumatisme : les stagiaires découvrent le "vrai" métier de sage-femme, loin de la sécurité aseptisée des cours : ce sont elles qui doivent subitement faire l'essentiel du travail, sous la surveillance souvent lointaine de sages-femmes du service, qui les insultent parfois lorsqu'elles les réveillent "pour rien". Ces stages, et les deux ou trois premières années d'affectation, constituent le lieu essentiel de la socialisation professionnelle, l'espace d'apprentissage de cette CPL. On y découvre comment se débrouiller avec tel ou tel médicament en rupture de stock, à travailler sans doigtiers disponibles, avec un tensiomètre en panne, et l'ambulance qui fait les courses du chef de service. On y apprend les trucs de métier, et aussi les "combines" plus ou moins tolérées. On y fait le tri entre certains gestes indispensables, et d'autres que l'on s'habitue à négliger. On s'y protège peu à peu contre la souffrance et la mort, on s'y défend de mieux en mieux contre les exigences excessives des parturientes et de leurs accompagnants, on s'habitue au dénuement et aux injustices, on en revient de ses illusions initiales, on commence à arrondir les fins de mois.

Cet apprentissage "sur le terrain", avec un mélange d'initiation et de désenchantement, les douaniers le font aussi au sortir de l'école des douanes, bien sûr dans des conditions totalement différentes, et pour aboutir à une CPL complètement différente, marquée par une culture de "corps en tenue", où cette fois-ci le tri s'opère au sein d'une réglementation complexe et changeante, entre ce qui est utile et ce qui est inutile, ce que l'on doit absolument respecter et ce avec quoi on peut prendre des distances ou que l'on peut négocier. Peu à peu on apprend les non-dits et les codes informels, les filières et les raccourcis, on commence à avoir ses "indics" et à savoir les manipuler, on noue des relations privilégiées avec tel transitaire ou tel commerçant, on acquiert un savoir-faire dans les rapports avec ses chefs ou avec ses subordonnés, on devine quels sont les

"ascenseurs" qu'il faut renvoyer, les services qu'il faut savoir rendre, les bénéfices auxquels on peut prétendre, on apprend à ruser et à transiger.

La CPL des douaniers et la CPL des sages-femmes sont évidemment totalement irréductibles l'une à l'autre.. Chacune combine trois ensemble d'éléments au moins : (a) des "traces" directes des normes et compétences officielles respectives, (b) des traces plus indirectes, toujours "adaptées" et "trafiquées", parfois "détournées" ; (c) un ensemble de comportements appris sur le tas, autrement dit de normes informelles produites localement, à la fois d'ordre "technique", d'ordre "relationnel", et d'ordre "économique" (on pourrait ici parler de " *coping strategies* ", de "débrouilles").

Une CPL quelconque mixe d'ailleurs souvent diverses corps ou statuts, formels ou informels : la CPL d'une maternité associée, autour des sages-femmes, les aides soignantes, les filles de salle, parfois des matrones ou des secouristes, chacun de ces "corps" pouvant de fait pratiquer les mêmes actes thérapeutiques , nouer des relations similaires avec les usagers, et développer les mêmes "combines". De même, un bureau de douane, c'est aussi des transitaires officiels ou clandestins, et des rabatteurs ou indicateurs (cf. *karen dwan*, "chien de douane", en langue hausa).

Le plus souvent la forme privilégiée que prend la CPL, c'est le service ou l'équipe (une maternité ou une équipe de garde ; un bureau de douane ou une brigade), avec, dans le système actuel de turn-over frénétique des administrations africaines, où les chefs de services restent rarement plus d'un an et où la valse des affectations ne s'arrête guère, une "permanence" de la CPL (c'est-à-dire une mémoire des habitudes, routines, et combines locales) qui est assurée paradoxalement par les petits personnels, souvent "bénévoles", et, eux, stables, car non affectables ailleurs.

On en arrive ici à des traits structuraux des services publics, qui renvoient quant à eux à une culture bureaucratique transversale aux différentes professions.

La culture bureaucratique privatisée(CBP)

Quels que soient les services publics ou les administrations concernées, un certain nombre de comportement récurrents se manifestent, dans la façon de travailler des fonctionnaires et leurs rapports avec les usagers ¹². On les regroupera sous les traits suivants :

¹² Nous laisserons de côté deux questions importantes, qui nous emmèneraient trop loin : d'une part celle de savoir si l'on retrouve une partie de ces comportements dans les entreprises privées ; d'autre part celle des "exceptions", à savoir les fonctionnaires – et il y en a – qui ont des comportements éloignés du modèle de la culture bureaucratique privatisée, soit parce qu'ils agissent plus près des normes officielles (fonctionnaires zélés, compétents, efficaces, intègres...), soit parce qu'ils s'en éloignent au contraire à l'excès (délinquance).

- Le "privilégisme"

Toute fonction bureaucratique implique un ensemble de privilèges, visibles et invisibles, qui sont au cœur de l'identité professionnelle. Les "avantages de fonction" (dont beaucoup sont informels, relevant de l'usage et non du droit, des situations acquises et non des conventions collectives) sont étendus autant que possible (et le plus souvent au détriment des "clients"), le "marquage" de la distinction entre le fonctionnaire et le vulgaire usager doit être affirmé, et la supériorité du premier sur le second sans cesse réaffirmée, l'espace professionnel est totalement approprié par les fonctionnaires (pour leur sociabilité personnelle) en excluant ainsi toute conception d'un espace partagé entre les agents publics et les usagers (l'usager est donc un gêneur), etc.

- La "privatisation interne"

Tout acte professionnel faisant normalement partie du cahier des charges d'un fonctionnaire n'est effectué avec zèle et célérité (et parfois même n'est effectué tout court) que si le fonctionnaire reçoit une rémunération privée de l'usager concerné. Un poste quelconque est donc évalué moins en fonction de son profil officiel, ou du salaire officiel qu'il procure, qu'en fonction des opportunités d'appointements "supplémentaires" (normalement illicites, mais devenus quasi routiniers) qu'il offre. Cette sorte de "privatisation interne" (il faut payer le fonctionnaire à l'acte) supporte aussi bien des stratégies de "survie" (par exemple avec les retards de salaires importants connus ici ou là) que des stratégies d'accumulation.

- Le clientélisme

Les affectations et promotions dans la fonction publique relèvent pour une très grande part du clientélisme, et en particulier du clientélisme partidaire. En fonction des multiples changements d'alliances au sein des majorités et des alternances éventuelles au pouvoir, les postes de tous ordres servent à remercier les militants, cadres, et financiers des partis, et leurs obligés, pour les services rendus. Il n'y a inversement que peu de promotions qui se fassent selon des critères de compétence et de technicité. Un effet très important de ce système est l'existence d'une impunité généralisée. Toute sanction pour faute professionnelle est très difficile à appliquer, le sanctionné pouvant le plus souvent faire appel à des protecteurs plus influents que le sanctionneur. Une démission rampante de la chaîne hiérarchique face à toute prise de risque ou tentative de réforme en découle. Un autre effet est que tout poste est censé procurer une "rente", dont le bénéficiaire est redevable au parti, ou au nominateur, ce qui crée une "dette" devant être payée ultérieurement en faveurs, en complaisances ou parfois en argent...

- Improductivité

Dans tous les services (et la santé, par exemple, n'échappe pas à la règle), la productivité du travail est particulièrement faible. Non seulement, les heures de présence officielles ne sont pas respectées (certains personnels soignants ne font assez souvent que 5 heures journalières au lieu de 8, par exemple), mais encore une partie non négligeable de la présence au travail est consacrée à des activités non professionnelles (sociabilité entre collègue ou visites privées). Cette improductivité est à la fois compensée et aggravée par la présence dans beaucoup de services de "bénévoles", personnels permanents mais non statutaires et non rémunérés, qui deviennent nécessaires au fonctionnement des services et reçoivent de menues gratifications "informelles".

- Déshumanisation et sur-personnalisation

L'inattention, le dédain et même le mépris envers les usagers anonymes, que avons évoqués plus haut à propos des maternités et des douanes, se retrouvent partout, dans l'ensemble des administrations et services publics. Mais, partout aussi, on constate inversement des parenthèses d'attention, d'égards et même de compassion, réservés pour l'essentiel aux personnes recommandées, et, parfois, à de rares anonymes chanceux.

Ces différentes caractéristiques de la CBP sont donc transversales aux divers domaines administratifs. Certains comportements des personnels de santé, qui choquent quiconque est habitué à ce que la santé constitue un univers autonome régi par des règles spécifiques, se comprennent sans doute mieux si l'on sait qu'il s'agit en fait de comportements largement répandus dans les autres services publics. Il faut pour que la CBP puisse se reproduire quotidiennement un environnement "favorable". En l'occurrence, c'est la crise générale de l'État en Afrique, voire sa déliquescence, qui a permis à la CBP de s'installer ou en tout cas de se développer¹³. Les facteurs "favorables" sont bien connus : les multiples retards de salaires dans de nombreux pays, divers effets pervers des politiques d'ajustement structurel, la dérégulation des salaires à l'extérieur de la fonction publique, l'absence dramatique de moyens de fonctionnement, le caractère fictif des budgets, l'irresponsabilité des élites politiques, la corruption électorale généralisée...

Combinaisons des CPL et de la CBP ?

C'est évidemment par commodité analytique que nous distinguerons ce qui relève d'une CPL, et ce qui relève de la CBP. Par exemple, on pourrait déchiffrer dans l'absence de compassion et de prise en charge des malades par les personnels de santé cette double influence :

¹³ L'héritage colonial, ainsi que les séquelles de la guerre froide, des partis uniques et des régimes militaires y sont aussi pour beaucoup

- d'un côté une CPL qui a incorporé diverses "défenses" face aux exigences indues des malades ou aux risques d'une prise en charge qui devient vite sans limites, ou face à l'impuissance devant les souffrance ou la mort ;
- de l'autre côté, une CBP qui construit l'utilisateur anonyme comme tout à la fois un gêneur, un inférieur, et une proie.

De même, le rapport très particulier au temps que l'on constate chez les sages-femmes relèverait simultanément :

- d'un temps "technique" lié à la CPL (rythme des "gardes" nocturnes, temps trompeur du "faux travail", temps plus standardisé expérimentalement de la dilatation, temps normalisé du partogramme, etc.)
- d'un temps "bureaucratique" lié à la CBP (le temps illégitime de l'utilisateur est toujours une perturbation du temps légitime de l'agent)

Mais il y a évidemment d'autres éléments qui entrent en ligne de compte, et la question des "normes pratiques" ne peut se réduire aux deux seules composantes ici identifiées, CPL et CBP. Par exemple, le contexte social immédiat peut intervenir : dans un centre de santé rural, villageois, le poids des relations d'interconnaissance ("face to face societies ") vient considérablement moduler la composante CBP, dans la mesure où l'infirmier, ou la sage-femme, ont comme clients des acteurs pour beaucoup connus, non anonymes.

D'autre part, les normes sociales venant de la société englobante interfèrent aussi, tantôt dans le même sens, tantôt en sens contraire. Les préséances statutaires (âge, genre, condition sociale) sont ainsi parfois respectées, parfois ignorées, dans les interactions entre fonctionnaires et usagers.

Conclusion

Le modèle proposé ici se veut exploratoire, et non explicatif. Il ne s'agit donc pas de présenter un système interprétatif "bouclé", mais de définir des lignes de pente permettant d'avancer dans la compréhension du "fonctionnement réel" des administrations africaines contemporaines, fort éloigné du fonctionnement "officiel" (celui des organigrammes ou de la langue de bois officielle): pourquoi les agents du service public – et plus particulièrement ceux de la santé – agissent-ils comme ils le font ? Nous devons avoir comme postulat que ce sont tous des gens parfaitement "normaux" (autrement dit que nous-même, si nous étions à leur place, agirions de même), et que leurs comportements ne sont pas purement aléatoires, mais suivent un certain nombre de logiques, certes diverses,

mais relativement limitées en nombre, et qu'il nous faut identifier. En utilisant ici le terme de "culture", comme quasi équivalent à "normes pratiques", nous avons voulu insister sur l'exploration de ces logiques, c'est-à-dire de "représentations, normes et stratégies relativement partagées". On aura compris que c'est là une utilisation totalement non culturaliste (et donc ni traditionaliste, ni déterministe, ni homogénéisante) du concept de "culture".

La compréhension de ces normes pratiques nous semble être un point de passage obligé de toute réforme. C'est en effet le seul moyen de pouvoir un jour répondre à cette question : quelles sont, parmi ces normes pratiques, celles qui sont modifiables, et dans quelles conditions ? Sinon, on continuera à ne s'appuyer que sur les normes officielles, pour tenter par tous les moyens de les inculquer encore et toujours aux acteurs administratifs, à coup de "projets", de stages, séminaires et autres formations. Le problème est que les "projets", stages, séminaires et autres formations sont depuis longtemps "récupérés" et "détournés" par les normes pratiques existantes, à la fois comme ressources supplémentaires à capter, et à la fois à l'intérieur d'une compétence généralisée en "double langage" qui est sans doute une importante composante commune aux cultures professionnelles locales et à la culture bureaucratique privatisée, dans l'Afrique contemporaine ¹⁴...

Bibliographie

- BIERSCHENK T., CHAUVEAU J.P., OLIVIER DE SARDAN J.P. (éds), 1999, *Les courtiers locaux du développement*, Paris: Karthala.
- BERRY, S., 1993, *No condition is permanent. The social dynamics of agrarian change in Sub-Saharan Africa*, Madison: University of Wisconsin Press.
- BLUNDO G., OLIVIER DE SARDAN J.P., 2000, " La corruption comme terrain: pour une approche socio-anthropologique ", *Nouveaux Cahiers de l'IUED* (Genève), 9 : 21-46.
- CHAUVEAU J.P., LE PAPE M., OLIVIER DE SARDAN J.P., 2001, " La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique ", in Winter (éd), *Inégalités et politiques publiques en Afrique. Pluralité des normes et jeux d'acteurs*, Paris: Karthala.
- JAFFRE Y., 1999, " Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) ", *Bulletin de l'APAD*, 17 : 3-17.
- MEYER-BISCH P., 2000, " La corruption des ordres et des acteurs du politique: la lutte contre le gris ", *Nouveaux Cahiers de l'IUED* (Genève), 9 : 65-86.

¹⁴ Dans le contexte du développement, la maîtrise de ce double langage est une ressource importante (cf. Bierschenk, Chauveau & Olivier de Sardan, 2000)

OLIVIER DE SARDAN J.P., 1999, " A moral economy of corruption in Africa ? ", *The Journal of Modern African Studies*, 37 (1) : 25-52.

SOULEY A., 2000, " Santé urbaine à Niamey : indicateurs de l'équité et de la qualité dans l'accès aux soins. Rapport final de l'enquête socio-anthropologique ", Niamey : IRD (multigr.).



Institut de recherche
pour le développement

Réseau

Anthropologie de la santé

Les professionnels de santé

Bulletin n° 2
Juin 2001

Unité de Recherche Socio-Anthropologie de la santé
SHADYC (EHESS – CNRS)

SOMMAIRE

- Editorial, par Yveline Diallo, Marc-Eric Gruénais, Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan.....p. 5

Les professionnels de la santé : Pratiques, identités et déontologies
--

- **Partie I : Atelier de Dakar**

- Les pratiques institutionnelles dans les service de psychiatrie de l'hôpital de Fann-Dakar. Leçons d'un réexamen critique.
par René Collignon.....p. 11
- Hiérarchies sociales et enjeux de santé dans une société à économie de plantation au Cameroun.
par Séverin C. Abega, Daniel Bley, Hélène Pagezzy, Nicole Vernazza Lichtp. 27
- Les relations des soignants titulaires et des soignants bénévoles dans les centres de santé publics de Conakry.
par Yveline Diallop. 37
- De la rénovation des murs à celle des pratiques ? L'exemple de *Jalluße*, maternité et dispensaire (1997-2000).
par Frédéric Le Marcis.....p. 47
- Conscience professionnelle, clientélisme et corruption : pratiques et justifications des personnels de santé du centre médical d'Orodara (Burkina Faso).
par Fatoumata Ouattara.....p. 63
- La référence obstétricale.
par Aïssa Diarap. 97
- Etre sage-femme au Mali.
par Younoussa Tourép. 107
- Etude de la socialisation de sages-femmes jeunes diplômées dans la vie professionnelle dans la zone urbaine de Dakar.
par Patricia Mahé-Vasseur p. 127
- Apprentissage de la violence infirmière en milieu hospitalier au Niger.
par Eric Hahonou.....p. 133
- Programme de l'atelier p. 149

- **Partie II : Séminaire EHESS**

- La pratique médicale comme processus aléatoire et fragile (Algérie).
par Mohamed Mebtoul.....p. 155
- Le sujet de l'observance. Exemple de la mise sous traitement antirétroviral dans le cadre d'un projet pilote (Côte d'Ivoire).
par Laurent Vidal.....p. 165
- Remettre la relation au cœur de la méthode clinique, une priorité pour améliorer la qualité des soins.
par Pierre Blaise.....p. 175
- Ethique religieuse et déontologie médicale.
par Marc-Eric Gruénais..... p. 185
- La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée.
par Jean-Pierre Olivier de Sardanp. 195

- La relation médecin-malade problèmes relationnels entre le personnel médical, para-médical et les malades (et leur entourage).
par Ginette Raimbaultp. 211
- Une configuration particulière : le dispositif affectif des personnels de santé en Afrique de l'Ouest.
par Yannick Jaffré.....p. 217
- Programme du séminaire p. 235

- **Liste des participants**
- Liste des participantsp. 239

- **Publications**
- La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis
Afrique contemporaine. Numéro spécial 3^{ème} trimestre 2000 p. 249
- Système et politique de santé. De la santé publique à l'anthropologie.
Médecine du Monde, Karthala, sous la direction de Bernard Hours, 2001p. 251