

LA PLACE DE L'ANTHROPOLOGUE DANS LES PROJETS DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE

Didier FASSIN

Remarque introductive personnelle :

- ayant d'abord travaillé comme médecin dans le cadre des SSP en Tunisie
- puis ayant fait une recherche anthropologique dans le contexte d'un projet de SSP à Pikine les questions que je vais poser ici sont des questions qui se sont posées et se posent encore à moi, et il s'agit plus de questions que de réponses, en ouverture à la discussion.

La place de l'anthropologue, et non la place de l'anthropologie :

- cas dans un projet de SSP, et d'ailleurs dans toute activité de recherche, l'anthropologie n'existe pas dans l'absolu, comme pure activité scientifique, mais bien concrètement, à travers ceux qui la font et dans un cadre institutionnel qui la détermine en partie : c'est à cette situation concrète qu'on se réfère ici.

- ce point est important à préciser par rapport à la position généralement adoptée par les anthropologues médicaux anglosaxons, e.g. Georges Foster ou Axel Kroege, qui se placent généralement, lorsqu'ils étudient le rôle de l'anthropologie dans les SSP, dans une situation à la fois idéale et normative ; que devrait faire l'anthropologie ? Ici c'est plutôt la question : que font et que peuvent faire les anthropologues ? qu'on essaie de poser.

Ce sont le plus souvent les développeurs ou les décideurs, i.e. les responsables des programmes et projets, qui fixent la place de l'anthropologue dans les actions de SSP et plus généralement de développement (qu'il s'agisse d'actions entreprises par l'Etat ou par les diverses formes de coopération) ; et par conséquent, cette place qui est donnée à l'anthropologue reflète l'image que se font les responsables de l'anthropologie, c'est à dire :

- d'une part, ils lui accordent une fonction marginale, souvent en fin de parcours, comme une excroissance, et non comme quelque chose qui serait présent dès la conception du projet (encore que cette situation commence peut être à changer dans certains cas où l'on cherche à tirer les leçons d'échecs précédents) ; des exemples caricaturaux d'un questionnaire (comment bien formuler les questions ? ce qui exclut qu'on se demande : comment poser les bonnes questions ?) ou encore pour l'interprétation de résultats (comment expliquer certains comportements qui paraissent ressortir de l'analyse des enquêtes ? sans que soit remise en cause la question préalable : comment ces résultats ont-ils été obtenus ?).

- d'autre part, les développeurs ont généralement une vision culturaliste, en quelque sorte exotique, de l'anthropologie, où c'est la connaissance des représentations autochtones de la maladie ou des pratiques traditionnelles de la médecine ; avec si possible une différenciation selon les ethnies, qui va permettre de rendre plus opérationnelle les programmes sanitaires, mais où il n'est que rarement question d'envisager un regard anthropologique sur des aspects plus prosaïquement socioéconomiques, ou encore sur les pratiques du développement et des développeurs ; autrement dit : où l'on demande à l'anthropologue d'être plus ethnographe que sociologue.

Ces deux points (fonction marginale et vision culturaliste) qui caractérisent le regard généralement porté sur l'anthropologie sont particulièrement nets lorsqu'il s'agit d'expliquer pourquoi un programme ne réussit pas comme prévu et qu'on fait alors appel à la notion d'obstacles culturels :

- il est demandé ici à l'anthropologue d'intervenir a posteriori et d'identifier les causes, évidemment culturelles, des résistances au développement, et trouver in extremis des solutions pour redresser le tir. (cf. J.P. DOZON : «L'anthropologie médicale : fabrication d'un nouveau regard»).

Par rapport à cette perspective qui semble réduire l'anthropologue à un rôle marginal et l'anthropologie à une discussion culturelle exclusivement, je vais essayer de montrer que, dans un projet de SSP, la contribution la plus décisive de l'anthropologue - et c'est en cela qu'il s'agit moins d'anthropologie médicale que d'anthropologie sociale en général - est de reformuler les questions que pose au décideur la mise en oeuvre de ses programmes, en affirmant que c'est l'ensemble du projet qui est à considérer et non seulement un aspect marginal, et en rappelant que les différences culturelles masquent souvent des enjeux sociaux qui concernent directement le projet. J'essaierai de le montrer à travers deux exemples : l'intégration des médecins traditionnels et la participation des populations (cf. deux textes pour le matériau empirique).

L'OMS, lorsqu'en 1979 elle proclame la déclaration d'Alma Ata se fixe un but : la santé pour tous en l'an 2000. Pour l'atteindre, elle se donne deux objectifs fondamentaux : intégrer les systèmes traditionnels de médecine ceux qu'on commence à appeler tradipraticiens, et faire participer les populations à la prise en charge de leurs problèmes de santé. Puis elle s'interroge sur les moyens à mettre en oeuvre pour y parvenir et fait alors appel à l'anthropologie pour l'aider à réaliser ses objectifs. Une fois de plus,

l'anthropologue n'est sollicité ni pour discuter la question pourtant problématique de la santé pour tous, ni pour juger du bien-fondé de "l'intégration des tradipraticiens, ni pour comprendre les enjeux sociopolitiques de la participation des populations. Seulement pour aider à l'application d'un programme.

En disant cela, je n'essaie pourtant pas de suggérer que l'anthropologue doive se substituer au décideur. Il ne le peut généralement pas et de toutes façons ne le souhaite pas : dans le domaine du développement peut être plus encore que dans tout autre, il est bon que soient clairement définies les limites du savant et du politique, de la recherche et de l'intervention, même si les deux ont partie liée dans le projet global. Il s'agit en revanche de montrer que l'anthropologue doit penser dans un cadre plus large que celui du problème ponctuel pour lequel il est sollicité et que, travaillant sur l'intégration des tradipraticiens ou la participation des populations, il sera amené à s'interroger sur des questions de légitimité, de représentativité et plus généralement de pouvoir. Autrement dit : l'anthropologue n'a pas le pouvoir de décision (et ne veut pas l'avoir), mais il décrit les structures et les pratiques du pouvoir.

L'intégration de la médecine traditionnelle :

- Il semble y avoir, tant chez les responsables des organisations institutionnelles de coopération que parmi les acteurs africains dans le champ de la santé, un assez large consensus, d'ailleurs partagé par une fraction importante de l'opinion publique et relayé par les organes de presse officiels, sur le fait que les tradipraticiens doivent participer à l'avènement de la santé pour tous dans le cadre des SSP : des matrones ont ainsi été recyclées afin de devenir accoucheuses dans les maternités de quartier ou de village ; des guérisseurs se sont également regroupés en association et réclament une reconnaissance officielle sous forme de diplômes, de certificats ou de consultations (situation qui n'est d'ailleurs pas spécifique à l'Afrique puisqu'à l'Hôpital Claude-Bernard à Paris, on a pu ouvrir une consultation de marabout pour répondre à ce qui avait été identifié comme une demande des africains hospitalisés, expérience qui, il est intéressant de le noter a été un échec) ; des experts ont encore été dépêchés pour tenter d'établir l'inventaire des pharmacopées ou de statuer sur l'efficacité des plantes (rien ici non plus qui soit spécifiquement africain si l'on considère en France les tentatives actuelles d'évaluation scientifique des médecins parallèles, et les difficultés méthodologiques insolubles auxquelles elles donnent lieu).

- A l'anthropologue, on va donc demander de dire comment la médecine traditionnelle peut venir faire partie des soins de santé primaires. Or, de même que lorsqu'il est interrogé sur l'efficacité des guérisseurs, il doit dépasser les caractéristiques purement pharmacologiques des plantes pour faire entrer en ligne de compte la dimension magique de l'acte thérapeutique et rappeler ainsi que l'efficacité n'est pas seulement biologique mais qu'elle est aussi sociale, de même lorsqu'il est interrogé sur l'intégration de la médecine traditionnelle, il doit tenter de répondre à une double question : pourquoi cette nécessité d'intégration surgit-elle à ce moment précis de l'histoire des pays en développement ? Et qui sont les acteurs qui expriment cette nécessité nouvelle, tant du côté des autorités que du côté des praticiens eux-mêmes ? Ce qui renvoie d'une

part à l'expérience des politiques de santé et des coopérations sanitaires depuis les indépendances, et d'autre part à la question de la recherche de nouvelles formes de légitimité dans le champ médical.

• Pourquoi demander à la médecine traditionnelle de venir participer aux SSP ? pourquoi ne pas laisser les guérisseurs continuer à soigner et les malades continuer à les consulter sans que n'i l'Etat, ni la coopération, ni les organisations internationales, ni les facultés de médecine ne n'en mêlent ? Si le secteur officiel de la médecine commence à s'intéresser aux pratiques officieuses, il y a à cela plusieurs raisons :

- les actions de santé menées à travers les seuls services officiels et notamment les hôpitaux, sont restés bien en deçà de ce qu'on attendait.
- les programmes qui tendent à améliorer l'accès aux soins de chacun et donc à faciliter la santé pour tous sont coûteuses à mettre en place alors que les guérisseurs ne coûtent rien aux développeurs.
- les agents de santé communautaires, et plus généralement la médecine moderne sont loin de répondre à l'ensemble de la demande de santé notamment lorsqu'il s'agit de maladies qui sortent des cadres nosologiques connus, et les praticiens traditionnels sont alors plus efficaces.
- enfin, raison moins pratique et plus sentimentale ou intellectuelle, la découverte des systèmes de pensée autochtones a souvent attiré et fasciné les responsables étrangers, alors que dans le même temps certains responsables locaux revendiquaient et cherchent à mettre en valeur leur tradition médicale.

Immédiatement disponibles, moins coûteux pour les organismes publics, parfois plus efficaces que les agents de santé communautaires, et bénéficiant d'une double volonté de reconnaissance par une partie des décideurs étrangers et locaux, les thérapeutes traditionnels sont alors apparus comme l'espoir des SSP.

• Mais qui donc exprime cette nécessité de les intégrer ? C'est-à-dire qui a intérêt à le faire ?

- du côté des guérisseurs, on a vu se développer depuis quelques années, parfois décennies, des initiatives à type d'association de guérisseurs, ou de collaboration avec des organismes scientifiques, ou même de tentative reconnues officiellement. et, lorsqu'on étudie les histoires de vie et les situations sociales des guérisseurs engagés dans ce processus de légitimation officielle, on s'aperçoit que ce sont presque toujours ceux qui ont la moins grande légitimité traditionnelle, nouveaux venus au savoir ancestral que les gens désignent souvent comme charlatans ; alors que ceux que l'on considère comme de grands guérisseurs, de grands marabouts, de grands contre-sorciers n'ont rien à attendre d'une reconnaissance par un diplôme ou une expertise, et ne sollicitent pas les autorités officielles.

- de l'autre côté, on assiste à un phénomène très voisin dans le secteur officiel qu'il soit une ? De l'Etat (Ministère ou Faculté des Sciences) ou bien des organisations internationales (OMS en particulier) les efforts pour développer et intégrer la médecine traditionnelle ont des retombées positives pour ceux qui les mènent : en accordant une

reconnaissance officielle aux guérisseurs, les représentants de la médecine moderne se donnent à leur tour vis-à-vis de la population une légitimité traditionnelle ; c'est ce qui apparaît très clairement dans les débats qui ont lieu dans la presse sénégalaise entre défenseurs et détracteurs de la médecine traditionnelle, débat qui nourrit largement le courrier des lecteurs, où les détracteurs apparaissent comme des traîtres à la cause africaine et les défenseurs des fidèles de la tradition.

- Les enjeux du : «pourquoi on veut intégrer les médecines traditionnelles», et du : «qui manifeste la nécessité de le faire», n'ont rien de spécifiquement africain ; la question des médecins parallèles en France et notamment le débat scientifique sur leur efficacité, les tentatives de les faire reconnaître officiellement par l'institution d'une chaire de médecines douces, le rôle joué par le Ministre de la Santé comme défenseur et par la Faculté de Médecine comme détracteur, la place réservée aux médias dans le débat dont les arguments sont plus idéologiques que scientifiques, montrent assez que ce phénomène de légitimité est bien général, et c'est d'ailleurs l'un des points que l'anthropologue doit sans cesse rappeler pour échapper au culturalisme et à l'exotisme.

La participation des populations

- Plus encore que pour la médecine traditionnelle, la participation des populations à la gestion de leur santé semble faire l'objet d'un très large consensus : la santé est l'affaire des gens, les décisions la concernant doivent être prises ou comprises au niveau local, et les actions doivent être venir du bas et remonter vers le haut - mais évidemment, c'est d'en haut que tout cela est décidé. Comme il est impossible de réunir tous les villageois sur la place du village, ou tous les citadins devant la mosquée du quartier il faut choisir des interlocuteurs qui puissent parler au nom de la population (on dit souvent «de la communauté») : ce sont les comités de santé. Un peu partout en Afrique, on a vu se développer sous différentes formes des comités censés représenter la population du village ou du quartier et censés participer à la décision et à l'action en matière de santé. Et des rapports ou articles enthousiastes ont été rédigés pour montrer les villageois et les citadins prenant eux-mêmes en main leur santé et leur développement.

- En fait, une fois la vague d'euphorie passée, on a commencé à se poser des questions : les comités de santé sont-ils vraiment le meilleur organe de la participation des populations ? Les gens ont-ils vraiment envie d'y participer ? Les comités s'intéressent-ils vraiment à la santé ? Et devant une certaine déception, on a commencé à faire appel aux anthropologues pour aider à faire que les choses marchent mieux. L'idée était bonne, c'était le message qui passait mal ; l'anthropologue devait intervenir comme spécialiste de la communication, un peu comme les divers gouvernements français déclarent toujours que leur action est bonne mais qu'ils n'ont pas su l'expliquer suffisamment et font appel à des publicitaires et des spécialistes de la communication.

- Or les questions que posent aux sciences sociales la participation des populations et les comités de santé sont d'un autre ordre ; on peut les ramener à deux interrogations : de qui les comités sont-ils les représentants ? Et : quelle action ont-ils en matière de santé ? C'est-à-dire les questions de représentativité et d'efficacité.

• De qui les comités de santé sont-ils les représentant ? Bien évidemment, ils sont le reflet des structures locales du pouvoir, délégués de quartier, chefs de village, comités du parti, notables, et non pas une émanation populaire spontanée - personne ne s'en étonnera. Et personne ne s'étonnera non plus qu'ils ne soient pas plus représentatifs des habitants de leur quartier ou de leur village que les maires ou les députés français de leurs électeurs (on sait bien que, même si le suffrage universel ajoute de la démocratie, les chances des individus d'être élus sont loins d'être égales et les élus des populations n'ont souvent que peu d'intérêts objectifs en commun de leurs électeurs).

Le rôle des sciences sociales ne sera donc pas de dénoncer des pratiques jugées peu démocratiques mais d'une part, de référer au mieux les structures du pouvoir locales afin de les utiliser comme partenaire sans en contester la légitimité, et d'autre part, de repérer simultanément les groupes dont les comités représentent les intérêts, et par soustraction les groupes qu'ils ne représentent pas, afin de rechercher auprès de ceux-ci des informations non disponibles par le canal des structures en place, en particulier sur les besoins et les demandes exprimés par ces groupes qu'on dira «minoritaires» ou «non représentés» (ce sont selon les cas les femmes, les jeunes, les handicapés, les plus pauvres...).

• Quelle action ont les comités en matière de santé ? En effet, on peut très bien imaginer que des comités non représentatifs soient néanmoins les meilleurs représentants des populations, c'est-à-dire ceux qui défendent le mieux leurs intérêts en matière de santé. Les études faites à Pikine montrent que les deux activités principales et les deux thèmes les plus souvent débattus dans les assemblées ressortissent de deux domaines :

- d'une part, la gestion financière des dispensaires, sujet important puisque la trentaine de comités gèrent au total un budget annuel de 100 millions de FCFA issus des tickets de consultations ; sujet également important comme enjeu social puisque l'histoire des comités de santé est ponctuée depuis leur création il y a 10 ans par des détournements et plus encore par des accusations de détournement.

- d'autre part, l'élection du bureau du comité qui a lieu tous les deux ans et fait l'objet de multiples contestations qui vont jusqu'à l'annulation des votes et à la suppression d'activité du comité, et témoignent de ce que le contrôle des comités de santé constitue un enjeu important dans la vie politique locale.

En revanche, les sujets traditionnellement médicaux, ceux qu'on imaginerait du ressort de la santé publique - problèmes d'hygiène, d'épidémies, de médicaments, d'accès aux soins - sont rarement discutés (à la différence de ce qu'on observe lorsqu'on interroge les femmes beaucoup plus sensibles aux questions de maladies infantiles et de procréation) ; ce qui renvoie à ce qu'a étudié B. Hours au Cameroun sous le concept de représentations de la santé publique, représentations qui diffèrent selon qu'on est en face de notables, de citoyens ou de décideurs ; dans les comités de santé, ce n'est pas de santé dont il est question, mais de pouvoir (économique et politique) et de contestation de pouvoir.

• C'est peut être ce que peuvent apporter ici les sciences sociales : montrer que les

comités de santé ne sont pas et ne font pas ce que l'on croit ou ce que l'on entend dire souvent, mais qu'il faut pourtant prendre en compte ce qu'ils sont et ce qu'ils font.

De ces deux exemples, on peut tirer quelques idées sur la contribution possible des sciences sociales et plus précisément de l'anthropologie à un projet de SSP.

- A côté des données culturelles qui apportent des éléments essentiels à la connaissance des sociétés - représentations du corps, interprétations des maladies, pratiques de la médecine - qu'on à l'habitude de regrouper sous le terme d'anthropologie de la maladie, l'anthropologie peut aussi contribuer à une compréhension des enjeux sociaux des soins de santé primaires, montrer que derrière des questions aussi peu débattues au fond que l'intégration des médecines traditionnelles ou la participation des populations, et peut-être même la santé pour tous, se profilent des questions plus générales de légitimité, de représentativité, et finalement de pouvoir, desquelles les développeurs eux-mêmes ne sont pas absents.

- Cependant, son rôle s'arrête là : montrer les enjeux sociaux, et non pas intervenir lui-même. Ou s'il intervient, savoir qu'il ne le fait plus en tant qu'homme de science mais en tant qu'homme d'action. D'où une certaine frustration des développeurs qui attendraient finalement des recettes, ou tout au moins des recommandations. L'engagement des sciences sociales dans le développement est souvent difficile et exigeant : peut-être le fait de monter clairement les enjeux des options possibles (le choix restant au décideur) et plus généralement d'essayer de poser du mieux possible les questions sociales est-il déjà un engagement ?