

Une liaison dangereuse

Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Équateur

Didier FASSIN* et Anne-Claire DEFOSSEZ**

La relation des sciences sociales et de la santé publique est par nature asymétrique. Non seulement parce que les unes constituent une discipline scientifique alors que l'autre se réfère à une pratique politique, mais aussi parce que les premières se situent presque toujours vis-à-vis de la seconde dans une position de recherche de légitimité. Certes, de nombreux anthropologues et sociologues travaillent dans le domaine de la maladie de manière totalement autonome par rapport à la santé publique, et n'ont alors bien sûr aucun compte à lui rendre. Mais dès lors qu'une collaboration est mise en place, les chercheurs en sciences sociales se trouvent dans l'obligation de se justifier, en faisant notamment la preuve de leur contribution concrète.

Il en résulte alors schématiquement deux attitudes extrêmes : l'une, de rupture, qui consiste à rejeter en bloc la vision utilitariste et à revendiquer le droit des sciences sociales à l'indépendance ; l'autre, de compromis, qui tente de montrer à quoi elles peuvent servir et même à les mettre à l'œuvre dans des programmes communs. Au risque de simplifier, on pourrait dire que la première de ces attitudes correspond à la position française classique — dont une option radicale est le Mouvement anti-utilitariste en sciences sociales —, et que la seconde s'est largement développée au sein de la recherche nord-américaine — avec notamment les courants de l'Anthropologie

* Médecin et anthropologue, IFEA, AP 17.11.06596, Quito, Équateur.

** Sociologue, Institut Santé et Développement, 15-21, rue de l'École-de-Médecine, 75006 Paris.

appliquée. Dans le premier cas, il n'y a pas de dialogue possible avec les praticiens de la santé publique; dans le second, il s'agit d'un échange déséquilibré puisque les chercheurs en sciences sociales ne font que répondre aux interrogations qu'on leur adresse, sans pouvoir eux-mêmes en formuler.

Ne voulant pas céder aux facilités d'un consensus qui tracerait une voie moyenne, relevant plus de la rhétorique que d'une pratique réelle, nous croyons que les sciences sociales peuvent, sans faire de concessions sur la question décisive de leur autonomie, enrichir la santé publique de leur apport critique. Telle est la position que nous voulons défendre et illustrer, à partir de l'expérience de notre recherche en cours sur la santé des femmes en Équateur.

Adopter cette position ne signifie pas pour autant la présenter comme une solution facile aux difficultés de communication entre les deux domaines : il s'agit simplement de la proposer comme un cadre nécessaire pour les chercheurs en sciences sociales (s'ils ne veulent pas perdre leur âme dans cette relation) et peut-être recevable par les représentants de la santé publique (s'ils acceptent le principe d'une remise en cause de leur action). Une telle clarification des conditions d'un échange possible peut permettre de renouer un dialogue souvent mal engagé, faute de ce préalable (1).

Cette recherche des termes d'un dialogue nous tient d'ailleurs d'autant plus à cœur que l'angle sous lequel nous avons choisi d'aborder les problèmes de santé des femmes — les inégalités sociales — est indissociable d'une préoccupation d'ordre politique, autour de la nécessité de faire changer les choses, et nous oblige donc à ne pas nous couper de ceux qui en ont parfois un peu le pouvoir.

Le travail sur lequel est basé notre argumentation se déroule en Équateur, pays encore relativement rural, entré assez récemment dans la phase de transition démographique et dont les indicateurs sanitaires se situent parmi les moins bons d'Amérique latine (DELAUNAY *et al.*, 1990). La population est de 9,6 millions, à 45 % dans les campagnes, avec un indice de fécondité inférieur à 4 enfants et un taux de natalité d'environ 30 pour 1000. L'espérance de vie à la naissance, qui était de 48 ans en 1955, est aujourd'hui de 67 ans, avec une différence de 5 années entre les hommes et les femmes au bénéfice de ces dernières. Le quotient de mortalité infantile est passé de 136 à 52 pour 1000 naissances vivantes en trois décennies. Quant à la mortalité maternelle, elle a diminué de moitié au cours de la

(1) La situation de l'un de nous (formé aux deux pratiques), par le fait qu'elle expose à un double questionnement de la part des deux milieux professionnels, rend ce point encore plus sensible (voir à ce sujet FASSIN, 1989).

même période, atteignant actuellement 1,5 pour 1000 naissances vivantes. Mais le fait le plus remarquable par rapport à notre problématique est le caractère très accusé des inégalités devant la maladie et la mort : la différence d'espérance de vie à la naissance est de treize ans entre l'Amazonie et la Côte ; les quotients de mortalité infantile varient plus que du simple au double entre les provinces ayant des situations extrêmes. Encore ne s'agit-il que d'instruments de mesure grossiers qui ne prennent pas en compte des disparités encore plus fortes en fonction de critères spatiaux ou sociaux plus précis.

LES LOIS DE LA DEMANDE

En matière de santé publique, ce sont en général les grands organismes internationaux et institutions étatiques qui définissent les priorités d'action — et par conséquent de recherche. Ils le font non seulement en choisissant les problèmes sur lesquels il est demandé d'intervenir, mais encore en proposant la manière de les aborder. Le sociologue ou l'anthropologue est alors sollicité pour répondre à des interrogations, souvent légitimes, des responsables sanitaires, ce qu'il peut accepter de faire, soit par intérêt pour le thème, soit par nécessité d'obtenir des crédits, soit pour les deux raisons. Mais une fois entré dans le programme de recherche, il lui arrive souvent de s'écarter de la ligne qui lui avait été tracée, compte tenu des découvertes qu'il est amené à faire au contact des réalités qu'il étudie. Tel a été à peu près notre cheminement dans notre projet actuel.

Le thème de la mortalité maternelle (c'est-à-dire liée à la reproduction biologique) fait son apparition dans le discours de la santé publique internationale, à l'occasion de la conférence de Nairobi organisée en 1987 par la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la santé et le Fonds des Nations unies pour les activités en matière de population. Délaissées jusque-là par les programmes de développement sanitaire (comme on peut le lire dans les documents rédigés à la suite de cette réunion ; cf. HERZ et MEASHAM, 1987), les femmes se retrouvent soudain au centre des préoccupations de tous les responsables de santé publique. La mortalité maternelle, en tant qu'elle traduit en chiffres leur situation sanitaire, devient un indicateur d'autant plus précieux qu'il est difficile d'en obtenir des estimations fiables, et la réduction de ses taux apparaît comme un objectif prioritaire dans de nombreux projets mis en œuvre au cours des années qui suivent ; enquêtes et ateliers se multiplient pour tenter de mieux en déterminer les aspects quantitatifs et les possibles stratégies préventives. Très vite, spécialistes d'épidémiologie et de santé publique se rendent

compte des insuffisances de leurs outils, tant pour mesurer que pour réduire les taux de mortalité maternelle : les sciences sociales sont alors conviées pour discuter des obstacles culturels aux divers programmes regroupés sous l'intitulé générique « Maternité sans risque » (ROYSTON et ARMSTRONG, 1988). C'est dans ce contexte que notre projet de recherche s'est élaboré.

En fait, il ne serait pas excessif de dire que le thème de la mortalité maternelle s'est imposé à nous comme la seule façon d'aborder les inégalités des femmes face à la santé. Le poids des institutions internationales ayant choisi ce problème comme priorité de leur intervention, la quantité de moyens mis en œuvre pour l'étudier et lui trouver des solutions, l'importance de la production scientifique et administrative s'y rapportant lui conféraient une légitimité difficilement contestable : nous avons donc proposé d'étudier qualitativement les mécanismes sociaux rendant compte des taux élevés de mortalité maternelle en Équateur et des écarts observés entre les différentes régions du pays.

En avançant dans notre travail de recherche, confrontés sur le terrain aux réalités des problèmes des femmes et aux difficultés des médecins, il nous est cependant rapidement apparu que l'étude de la mortalité maternelle soulevait des questions d'ordre méthodologique, politique et idéologique, qu'il n'était guère possible d'éluder et qui conduisaient à remettre en cause le quasi-monopole de cet indicateur dans le discours officiel sur la santé des femmes.

En premier lieu, la relative rareté de l'événement (selon les statistiques nationales, il y a eu 329 décès maternels en 1988, soit entre 1 et 48 selon les provinces) rend son observation délicate et l'étude de sa différenciation quasiment impossible : c'est ainsi que dans les trois zones où nous travaillons, il faut remonter loin dans les mémoires pour retrouver des morts en rapport avec des grossesses ou des accouchements. À cela, la litanie des récits (rapportant presque toujours le cas de femmes qui, à la suite d'une complication obstétricale, sont mortes chez elles sans avoir pu se rendre dans un service hospitalier) ajoute la dimension déprimante de l'uniformité et de l'évidence : la seule solution pour réduire cette mortalité serait donc, si l'on s'en tenait à ce type d'analyse, de multiplier les maternités pour en faciliter l'accès, mesure peu adaptée et de surcroît peu réaliste, lorsque l'on sait les ressources dont dispose le ministère de la Santé publique.

En second lieu, l'examen des causes de décès des femmes fait apparaître d'autres pathologies tout aussi préoccupantes que celles d'origine obstétricale responsables de 8,6 % des morts féminines entre 15 et 49 ans en Équateur : par exemple, les cancers génitaux, la tuberculose, les accidents, qui représentent respectivement 4,9, 6,6

et 9,1 % des décès de femmes dans cette tranche d'âge; de plus ces pathologies sont en augmentation, alors que la mortalité maternelle diminue rapidement. Pourquoi dès lors ne pas s'intéresser aussi à ces maladies à forte détermination sociale, d'autant qu'elles sont accessibles à des mesures de prévention? Les statistiques justifient mal la préoccupation exclusive des responsables sanitaires pour la mortalité maternelle.

En troisième lieu, la prise en compte de ce seul problème revient implicitement à confiner les femmes dans leur rôle de mères et à réduire la féminité à la fonction de reproduction biologique. Une telle attitude renforce, probablement sans le vouloir, l'idéologie commune qui justement est à l'origine des inégalités et des discriminations dont sont victimes les femmes. Surtout, elle ne restitue pas la place qu'elles occupent réellement dans la société : en Équateur — rural comme urbain —, elles jouent un rôle décisif dans l'économie familiale et la reproduction sociale des milieux populaires, et ceci plus encore dans les périodes de difficultés économiques, comme celle que traverse actuellement le pays.

Pour ces trois ordres de raisons, on est en droit non seulement de penser que les programmes de santé publique ne doivent pas se contenter d'aborder la santé des femmes sous l'angle de la mortalité maternelle, mais aussi de s'interroger sur les raisons qui ont conduit les responsables sanitaires à mettre en avant cet indicateur et cette politique. Les représentations sociales dominantes de la famille et des fonctions que doit y occuper la femme entrent certainement pour une large part dans cette orientation : on ne peut pas oublier que, jusqu'à une période récente, les femmes n'étaient considérées dans les organigrammes des institutions sanitaires que sous la rubrique « Protection materno-infantile », où il était de fait seulement question de santé des enfants. Mais les interprétations technicistes de la mortalité maternelle, selon lesquelles la solution pour en réduire les taux consisterait à rapprocher les femmes enceintes des services médicaux, ne sont certainement pas étrangères à l'engouement constaté pour ce thème, dans la mesure où elles semblent mettre l'amélioration de la santé des femmes à la portée de mesures simples.

La critique développée ici n'a pas pour objectif de discréditer les actions visant à diminuer le nombre de femmes qui meurent en couches. Il faut en effet au moins reconnaître aux options actuelles le mérite d'avoir insisté sur la mauvaise situation sanitaire dont souffraient nombre d'entre elles dans le tiers monde. Notre propos est bien plutôt d'attirer l'attention sur les risques qu'il y aurait à s'en tenir à cette orientation, en négligeant de considérer les problèmes de santé des femmes à la fois dans leur globalité et dans leurs relations avec les conditions de vie et de travail qui sont les leurs.

C'est peut-être précisément là l'une des obsessions des sociologues et des anthropologues — mais dont les constatations empiriques viennent sans cesse rappeler le bien-fondé, et que les responsables de santé publique pourraient utilement reprendre à leur compte.

PRÉJUGÉS ET OUBLIS

L'opinion que se forgent les médecins et les décideurs au sujet des populations qu'ils soignent ou administrent, de leurs comportements et des raisons ou des logiques qui les sous-tendent, se fonde souvent sur une connaissance qui ressortit à la sociologie ou à l'anthropologie spontanées, c'est-à-dire à une sorte de bon sens. Il en résulte une série d'idées reçues dont la plupart résistent mal à l'épreuve des faits.

Ainsi, les très faibles taux de consultations prénatales et d'accouchements bénéficiant d'une assistance professionnelle sont-ils invariablement interprétés comme la conséquence d'un « obstacle essentiellement culturel » (PINO *et al.*, 1990) :

« la majeure partie de la population rurale, indienne et paysanne, ne se rend pas dans les services de santé, indépendamment des difficultés d'accès, pour des raisons culturelles qui impliquent non seulement le niveau d'instruction, mais aussi plus fondamentalement un monde symbolique de sens différent de celui du système culturel formel à partir duquel est organisé l'appareil institutionnel de soins », lit-on dans la conclusion du rapport de la plus importante enquête réalisée en Équateur sur la mortalité maternelle.

Conséquence logique, c'est essentiellement sur leurs croyances et leurs conduites traditionnelles (les auteurs disent « informelles ») que les femmes sont interrogées, et non sur leur expérience des services de soins modernes (« formels ») : il est clair que l'explication de l'acceptation médiocre du système de santé officiel est à rechercher du côté des populations. Ainsi, mentionnant que l'accouchement à domicile est préféré par les femmes à l'accouchement en maternité, les responsables de l'enquête ne s'interrogent pas sur les raisons de cette préférence : ils ne font que souligner les risques d'une telle attitude — qui est rattachée, dans une autre partie du rapport, aux « aspects culturels se référant à la pudeur ». L'analyse sociale se cantonne ainsi dans un culturalisme particulièrement efficace dès lors qu'il s'agit d'Indiens : tout devient culturel, et la déambulation des femmes pour favoriser le travail ou les décoctions aux vertus apaisantes, qu'elles absorbent peu avant l'accouchement, sont présentées comme des « conduites rituelles » plutôt que comme des pratiques pouvant avoir une efficacité autre que symbolique.

Parallèlement, la prégnance des modèles élaborés par les institutions internationales conduit les médecins et les décideurs à projeter des termes et des concepts, qui ne sont pas nécessairement pertinents dans les contextes où ils interviennent. Le développement d'études et d'actions autour des accoucheuses ou matrones traditionnelles en est une illustration. Compte tenu de l'impossibilité pour les services de santé de la plupart des pays du tiers monde d'offrir des soins obstétricaux aux habitantes des zones rurales, de nombreux programmes ont été mis en place pour identifier et former ces sages-femmes traditionnelles. L'un d'eux, réalisé en Équateur (BAQUERO *et al.*, 1983), était même basé sur une estimation de l'effectif de ces praticiennes, obtenue en divisant le total annuel des naissances en milieu rural par 24, chiffre censé représenter le nombre — arbitrairement déterminé — d'accouchements faits annuellement par chacune d'elles !

Malheureusement pour ces programmes, la réalité est souvent plus complexe et les sociétés paysannes, si elles comptent bien entendu des spécialistes de l'accouchement, n'ont pas une organisation de type professionnel superposable à celle des sociétés industrialisées : dans les campagnes équatoriennes, ce sont le plus souvent les mères, tantes ou belles-mères qui, se fondant sur leur propre expérience, aident leurs filles, nièces ou brus à accoucher ; faut-il pour autant les appeler matrones, puisque leurs compétences sont réservées généralement au cercle familial ? Ne prenant pas en compte cette situation, les responsables du programme déjà cité limitent leur investigation aux accoucheuses reconnues et généralisent leurs constatations à l'ensemble des pratiques obstétricales populaires, ne différenciant pas le savoir spécialisé du savoir commun — distinction pourtant essentielle pour la réalisation de programmes visant à réduire la mortalité maternelle.

La méconnaissance des réalités sociales, dont témoignent bon nombre de projets de santé publique dans les pays en développement, procède le plus souvent des deux mécanismes qui viennent d'être décrits : la « culturalisation » systématique des problèmes, qui conduit à en occulter les dimensions sociale, économique et politique ; la projection de modèles d'interprétation étrangers au contexte, dont ils ne livrent qu'une image appauvrie et déformée. Mais quel que soit le mécanisme en cause, cette méconnaissance traduit une absence : celle des populations, dont le point de vue n'est jamais reconnu. Lorsque l'on interroge les gens, c'est presque toujours dans le cadre de questionnaires conçus à l'avance, et dont il est bien rare qu'ils correspondent à ce qu'auraient dit les intéressés si on les avaient laissé s'exprimer librement dans des entretiens ouverts.

En réalité, la méconnaissance dont il est ici question se caractérise, autant par ses préjugés que par ses oublis. Dans le cas de l'Équateur

et de l'approche de la santé des femmes par les programmes sanitaires, deux éléments semblent ainsi particulièrement occultés. En premier lieu, les déterminations socio-économiques et socio-politiques des disparités de la mortalité maternelle : à force de faire de la surmortalité des Indiennes une question culturelle, on en oublie leurs conditions de vie et de travail, les problèmes de terre et les formes de discrimination, qui sont effectivement à l'origine de ces inégalités devant la mort. En second lieu, le fonctionnement du système de soins, et notamment des maternités : l'insistance des acteurs de la santé publique à présenter les mauvaises performances des services en termes de couverture médicale comme la conséquence d'un attachement à la tradition et un rejet de la modernité permet d'éluider par avance toute critique sur les qualités techniques et humaines de la médecine officielle.

Un fait est à cet égard révélateur. En Équateur, 40 % des accouchements bénéficiant d'une assistance médicale sont réalisés par césarienne, soit environ quatre fois plus que les chiffres moyens dans le monde. Les explications qui semblent pouvoir être données à cet impressionnant excédent sont de deux ordres : médical, correspondant à une systématisation des indications habituellement proposées pour cette intervention chirurgicale (ce serait pour ne prendre aucun risque et aussi pour en terminer plus vite avec leurs patientes que les obstétriciens auraient si souvent recours à cette technique); et financier, valant surtout pour les établissements privés où les taux sont encore nettement supérieurs à la moyenne nationale (la tarification étant plus de dix fois plus élevée que pour les accouchements par voie naturelle, la multiplication de ces opérations est très lucrative, pour les médecins comme pour les cliniques).

Dans le discours des femmes, la crainte d'avoir une césarienne revient comme un leitmotiv d'autant plus douloureux que dans certains milieux populaires, notamment ruraux, celle dont on a ainsi extrait l'enfant est considérée comme n'étant plus bonne pour le travail ni pour d'autres grossesses, pouvant même être rejetée par son mari. À l'inconfort et à la peur de cette intervention chirurgicale (qui demeure une cause de mort maternelle en raison des accidents d'anesthésie), s'ajoute donc le stigmate qui dévalorise les femmes dans leurs deux fonctions les plus importantes : la production économique et la reproduction biologique. En ville, la pression sociale pour que les femmes accouchent dans des maternités leur rend impossible toute échappatoire : elles subissent donc passivement leur sort, se contentant d'espérer qu'on ne les opérera pas. Dans les campagnes en revanche, l'habitude étant d'accoucher chez soi, ce n'est qu'en ultime instance qu'elles accepteront d'aller à l'hôpital, certaines alors de subir l'intervention chirurgicale qu'elles redoutent : d'où le sentiment souvent exprimé par les médecins que les femmes viennent trop tard.

Dans ces conditions, à quoi il faut ajouter diverses formes de discrimination dont les femmes sont victimes dans les services de santé lorsqu'elles sont pauvres et plus encore Indiennes (allant du tutoiement par le personnel au refus de soins pour certaines cliniques), on ne saurait s'étonner que beaucoup d'entre elles préfèrent accoucher chez elles plutôt qu'à la maternité. Et de toute évidence moins pour des raisons culturelles qu'à cause de la manière dont fonctionnent la société équatorienne et son système de soins. Rappeler ces réalités simples et quotidiennes, n'est-ce pas aider la santé publique à déplacer ses interrogations et à trouver de vraies solutions aux inégalités de santé ?

DES REMÈDES MAL ADAPTÉS

À la compréhension partielle de la situation sanitaire correspondent en effet des politiques peu pertinentes. Certes, la marge de manœuvre des pouvoirs publics est étroite, dans le contexte de récession économique qui appauvrit le pays et ses habitants depuis le début des années quatre-vingt, après une période d'expansion euphorique d'un peu moins de dix ans. Cependant, même à l'intérieur des limites imposées par l'inévitable rigueur dans les budgets de l'État, les solutions mises en œuvre sont évidemment tributaires des analyses dont on vient de décrire les déficiences.

Ainsi, le *Plan de Salud Familiar Integral* de l'actuel ministère de la Santé publique (chaque nouveau gouvernement veut appliquer son propre programme, en rupture manifeste avec le précédent et qui, compte tenu de la réalisation des élections présidentielles tous les quatre ans, ne dispose que d'environ deux ans pour être mis en œuvre) propose-t-il, pour résoudre les difficultés des zones les plus défavorisées — péri-urbaines et rurales — d'y installer des médecins du service public, afin qu'ils y déploient une double activité, sociale et sanitaire, basée sur la connaissance qu'ils auront acquise au cours d'une enquête préliminaire.

Les raisons qui permettent de prévoir l'échec de ce plan sont triples. Tout d'abord, il tient mal compte des réalités sociologiques du milieu médical lui-même : d'une part, leurs études ne préparent pas plus les médecins à un exercice social de leur métier qu'à une approche en termes de santé publique ; d'autre part, la valorisation des carrières hospitalières et des aspects lucratifs de leur profession sont peu compatibles avec l'isolement dans lequel les place leur installation dans des zones péri-urbaines et surtout rurales. Ensuite, les maigres moyens, aussi bien techniques que thérapeutiques, mis à la disposition des médecins leur laissent peu de possibilité d'avoir une action curative

ou préventive efficace et risquent à court terme de déconsidérer leur pratique. Enfin, le programme néglige les dimensions socio-économique et socio-politique, ainsi que la critique du système de soins, faisant de la solution à ces problèmes une affaire purement médicale, à la portée des médecins.

L'échec du *Plan de Medicina Rural* est pourtant riche d'enseignements sur ces différents points. Mis en œuvre à la fin des années soixante, il avait pour but d'étendre le système de soins aux zones rurales, grâce à la construction de structures périphériques et à l'instauration d'un service national obligatoire d'un an pour les jeunes médecins. Si la première partie a pu être réalisée — essentiellement grâce à l'enrichissement de l'État par la découverte et l'exploitation de pétrole —, en revanche, la seconde partie n'est jamais devenue effective — à cause à la fois de la désaffection des praticiens fréquentant irrégulièrement ou même abandonnant des postes jugés trop isolés, et du manque de matériel et de médicaments. Ce programme, dont on prédit la disparition prochaine, fonctionne certes toujours, mais il semble en fait répondre de moins en moins bien à l'attente des populations rurales.

Or, l'analyse de cet échec fait apparaître les trois mêmes explications que celles données précédemment pour prédire les difficultés futures du nouveau programme. Dès lors, on peut se demander pourquoi les décideurs actuels de la santé publique se lancent dans ce programme, presque aussi certainement voué à l'insuccès que le précédent.

En premier lieu, il faut comprendre que la logique du pouvoir en place — et plus particulièrement dans les pays qui, comme l'Équateur, font reposer leurs principes démocratiques sur le clientélisme politique — est de livrer aux populations dans le temps d'un mandat présidentiel des réalisations qui aient la plus grande visibilité possible : d'où l'impossibilité d'un travail en profondeur, qui s'inscrirait dans la durée. De plus, le jeu des réunions internationales — au sein desquelles le ministère de la Santé publique équatorien a récemment pris la tête de commissions régionales ayant pour objectif de réduire la mortalité maternelle — le contraint à présenter un programme relativement spectaculaire : vis-à-vis des autres gouvernements tout comme à l'égard des populations, c'est donc la visibilité qui prime sur l'efficacité.

En second lieu, il existe en Équateur un excédent de personnel médical et un déséquilibre par rapport notamment aux infirmiers — quatre fois moins nombreux que les médecins —, alors que le modèle habituellement proposé pour le tiers monde est de type pyramidal, les plus qualifiés étant les plus rares : il en résulte un plan qui cherche à employer au mieux les jeunes praticiens afin d'éviter le paradoxe,

choquant pour les populations, de médecins au chômage dans un pays où la majorité des habitants ont un accès difficile aux soins.

En troisième lieu, et peut-être surtout, il y a l'image que se font les responsables sanitaires du rôle du médecin dans la prise en charge de la santé publique, et plus généralement dans la société : la description qu'en donnait en 1968 le texte du *Plan de Medicina Rural* — il y est question de « l'incontestable formation académique » et du « leadership naturel » qui doivent permettre au médecin de s'imposer dans les zones rurales (in VELASCO LABAD *et al.*, 1989) — est à cet égard révélatrice de l'idéologie qui fait du médecin la pierre angulaire de toute politique sanitaire.

Dans le domaine de la santé maternelle, c'est en continuité avec les autres programmes que les solutions proposées sont « la captation précoce des femmes enceintes » et la « réalisation de treize consultations prénatales » pour chaque grossesse (LOVATO *et al.*, 1983). Ces normes, toujours en vigueur, sont bien sûr en complet décalage avec les données statistiques qui montrent qu'en 1988, encore 22 % des citadines et 75 % des rurales — jusqu'à 99 % dans certaines zones isolées — accouchent sans la moindre assistance professionnelle, et dans la presque totalité des cas sans avoir bénéficié d'aucune consultation prénatale. Probablement peu souhaitable, la médicalisation de la grossesse apparaît ainsi comme de toute façon irréalisable.

Cependant, si la tendance à médicaliser la santé publique s'impose dans tous les plans de développement qui se succèdent, on voit aussi se mettre en place sur un mode mineur des projets plus originaux — encore que dans l'air du temps. Ainsi envisage-t-on de former des guérisseurs pour en faire des agents de santé de base, capables d'effectuer certains soins élémentaires dans les zones rurales. Pourtant là encore, bien que cette orientation témoigne d'un souci de prendre en compte les réalités sociales du pays, et en particulier de ne pas rejeter en bloc les pratiques traditionnelles, on peut voir que l'optique adoptée a plus pour objectif — avoué — de limiter les dégâts qui seraient provoqués par certains thérapeutes que de mettre en place un vrai système de soins périphérique : confusion des rôles par des responsables sanitaires, qui n'ont pas compris que la seule façon de faire aller les malades au dispensaire ou à l'hôpital est d'en améliorer la qualité de soins et d'accueil, et non de se livrer à des tentatives de séduction des guérisseurs.

En fait, des solutions plus réalistes pourraient partir des constatations faites précédemment. Dans cet esprit, la tâche la plus urgente concerne non pas les populations qu'il faudrait éduquer, mais les professionnels de santé — auxiliaires, infirmiers, médecins, décideurs —, auxquels il est indispensable de donner une formation adaptée aux problèmes qu'ils rencontrent, en insistant sur les questions

de gestion sanitaire et de relations humaines au sein des services de soins, et en valorisant la dimension sociale de leurs activités, donc moins technique et aussi moins immédiatement gratifiante que la dimension proprement médicale. Parallèlement s'impose une démedicalisation de la périphérie — où les médecins ne veulent pas aller de toute façon —, grâce à la constitution d'un réseau d'agents de santé ruraux qui ne soit pas une entreprise de récupération des guérisseurs, mais une manière de permettre aux groupes isolés d'accéder à des soins minimaux à travers des personnels spécialement préparés à cette tâche. Enfin le respect des gens — on serait tenté de dire des citoyens — passe par leur information tout autant que par leur éducation, que ce soit pour leur permettre de mieux connaître les recours possibles dans le système de soins ou pour les aider à faire respecter leurs droits d'usagers des services de santé et plus simplement d'être humains.

LES TERMES DE L'ÉCHANGE

Ce type de propositions que les sciences sociales peuvent adresser à la santé publique, pourquoi ne sont-elles pas entendues ? En fait, le chercheur — dont il faut bien reconnaître qu'il ne fait pas souvent l'effort de présenter les résultats de ses travaux aux responsables sanitaires — ne saurait trop s'étonner, lorsqu'il effectue pourtant cette démarche, de recevoir au mieux un accueil courtois, au pire une contradiction cinglante, mais dans presque tous les cas de ne pas être entendu : une analyse sociologique de l'environnement idéologique et politique de la santé publique lui en donne clairement l'explication.

On interprète en effet souvent les difficultés du dialogue entre les sciences sociales et la santé publique — on pourrait en dire autant pour la médecine ou le développement dans son ensemble — en termes de contenu : les premières ressortissent au domaine de la connaissance et sont volontiers considérées comme théoriques, la seconde appartient au monde de l'action et se réclame du pragmatisme. Cette opposition n'est pas inexacte, encore qu'elle mérite un examen plus attentif, mais elle manque le point essentiel qui est l'ancrage social des représentants de ces deux disciplines. C'est en effet celui-ci qui permet de comprendre pourquoi, dans beaucoup de cas, les responsables sanitaires ne peuvent pas entendre ce que leur disent les sociologues et les anthropologues.

Dans un pays comme l'Équateur, l'analyse sociologique du milieu de la santé publique est de ce point de vue éclairante. D'une part, le contexte idéologique dans lequel se développe la médecine ne laisse

guère la place à une valorisation de la dimension sociale de la maladie, et moins encore évidemment à une critique de l'appareil de soins. D'autre part, les nécessités politiques auxquelles sont confrontés les responsables sanitaires, obligés d'apporter au gouvernement un produit électoralement rentable, ne leur permettent pas, quelle que soit leur bonne volonté, d'intégrer une réflexion plus générale en vue d'une action à long terme.

Ce constat peut paraître démobilisateur, il ne veut pas l'être. Il s'agit au contraire d'éviter des malentendus qui stérilisent le dialogue entre les disciplines. À cet égard, il est important que les sociologues et les anthropologues, travaillant sur des thèmes de santé publique, analysent les logiques auxquelles sont soumis les médecins et les décideurs, afin de mieux préciser leur propre marge de manœuvre dans l'échange qu'ils peuvent avoir avec eux.

Une telle démarche n'implique pas de concessions de la part des chercheurs en sciences sociales qui ont, au contraire, l'obligation morale et politique de réaffirmer l'originalité et la nécessité de leur discours critique — doivent-ils ne pas être entendu. En revanche, elle n'exclut pas la possibilité qu'ils émettent des propositions positives — nous pensons qu'il s'agit même d'un devoir social, lorsqu'ils le peuvent.

La position que nous voulons défendre — et nous espérons l'avoir également illustrée dans ce texte, même si nous devons ajouter qu'au stade actuel de notre recherche, nous n'avons encore qu'une expérience modeste du dialogue avec les pouvoirs publics — est donc à la fois de fermeté et d'engagement. Fermeté, car elle réclame le droit des sciences sociales à la critique des pratiques de la santé publique. Engagement, car elle plaide pour une participation à l'élaboration des politiques sanitaires plus importante qu'il n'est habituel de le revendiquer dans les cercles scientifiques. Tels sont les termes que nous proposons pour un échange critique, mais constructif, entre les deux disciplines afin de leur permettre une liaison moins dangereuse.

REMERCIEMENTS

Ce travail bénéficie d'un contrat externe de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), et d'un financement de l'U.R. « Migrations, Travail, Mobilités sociales » du département Sud de l'Orstom. Il est mené en collaboration avec le Centro de Estudios y Asesoría en Salud de Quito et avec l'Universidad Externado de Colombia à Bogotá.

BIBLIOGRAPHIE

- BAQUERO (H.), SOSA (R.), BAQUERO (R.) et PINTO (E.), 1983. — Équateur. Programme de formation des AT : supervision, évaluation et suivi, in A. MANGAY-MAGLACAS et H. PIZURKI (éd.) *Les accoucheuses traditionnelles dans sept pays*, Genève, OMS : 9-38.
- DELAUNAY (D.), LEON (J. B.) et PORTAIS (M.), 1990. — *Transición demográfica en el Ecuador*, Quito, IPGH-Orstom-IGM : 269 p.
- FASSIN (D.), 1989. — À chacun son métier, *Bulletin de l'association française des anthropologues*, n° spécial « La recherche sous conditions », 36 : 103-110.
- HERZ (B.) et MEASHAM (A. R.), 1987. — *Programme pour la maternité sans danger*, Washington D.C., Banque mondiale, Document de travail 9F, 67 p.
- LOVATO (P.), LUNA (P.) et TORRES (W.), 1983. — *Manual de normas para la atención materno-infantil*, Quito, Ministerio de Salud Pública : 146 p.
- PINO (A.), REASCOS (N.), VILLOTA (I.), LANDAZURI (X.) et YEPEZ (R.), 1990. — *Tendencias de los servicios de salud en América Latina*, Quito, 4-6 avril, Communication au séminaire « Maternité sans risque », non paginé.
- ROYSTON (E.) et ARMSTRONG (S.), 1988. — *Preventing maternal deaths*, Genève, OMS, 233 p.
- VELASCO ABAD (M.), TORRE (P. de la) et LEON (N.), 1989. — *Políticas de salud en el Estado ecuatoriano 1887-1983*, Quito, Informe final, ronéot. : 307 p.