

Bernard Hours

## L'État de la santé

La maladie est, dans toute société, une affaire d'État non seulement lorsqu'elle est prise en charge par un système de protection sociale géré par l'État, mais aussi — et plus généralement — lorsque les différents thérapeutes investis des pouvoirs de guérir participent à l'affirmation d'une appartenance ou d'une intégration à un groupe social, villageois ou national, que la maladie vient remettre en question.

Tout thérapeute se présente donc aussi comme une figure politique, de la même façon que, dans le champ de la santé publique, l'État apparaît sous la double face d'un thérapeute réel, gestionnaire des hôpitaux, et d'un thérapeute symbolique, responsable en dernière instance de la permanence du lien social face à la mort. L'exercice de toute fonction thérapeutique est ainsi potentiellement politique par les pouvoirs qu'il manipule et les représentations qu'il véhicule.

On se propose d'éclairer ici les fonctions politico-thérapeutiques de l'État à travers l'examen de deux schèmes : l'un, celui de l'« État docteur », État apparemment réel, opérateur technico-financier dans la santé publique ; l'autre, celui de l'« État sorcier », thérapeute, où l'État apparaît comme un agent idéologique ou symbolique des pouvoirs à l'œuvre dans la société.

### L'« État docteur » : traitement colonial de la maladie et gestion nationale de la santé

Qu'il s'agisse de chefferies ou de royautes, nombreux sont les exemples ethnographiques qui manifestent la responsabilité du détenteur du pouvoir politique en cas d'épidémie grave. Mise à mort du roi lors d'une catastrophe sanitaire ou d'un cataclysme dans les royaumes africains, responsabilité moins formelle du chef chez les cueilleurs collecteurs : avec ou sans État, la santé collective est une affaire politique. E. M'Bokolo relève à ce propos : « l'histoire politique de nombreux États précoloniaux peut se lire de manière féconde à la lumière de ce nouvel éclairage, les épidémies étant

accompagnées fréquemment par la subversion provisoire ou définitive des autorités établies et l'émergence de nouveaux pouvoirs »<sup>1</sup>.

Le rapport du sanitaire et du politique permet d'envisager aujourd'hui d'autres formes d'explications que le recours un peu confus au religieux ou au sacré. L'histoire des institutions sanitaires occidentales révèle, comme le note M. Foucault, « un phénomène de convergence entre les exigences de l'*idéologie politique* et celles de la *technologie médicale* »<sup>2</sup>.

La santé publique est présentée le plus souvent comme une des fonctions techniques de l'État réel. Ainsi des crédits publics sont-ils affectés au fonctionnement des institutions hospitalières, à la mise au point de technologies médicales dans la perspective planificatrice d'optimiser les investissements consentis par la collectivité face à des « besoins sanitaires » définis à partir d'une approche épidémiologique en forme de cartographie des risques.

Cette logique d'appareils technocratiques étatiques est celle de l'État réel qui tente de s'adresser à des malades réels, atteints de maladies supposées « réelles ». Certes, comment procéder autrement, mais comment ignorer, aussi, que cette conception ne représente que la partie émergée de la santé publique ?

Dans de nombreux pays d'Afrique, l'histoire de la santé publique est coloniale<sup>3</sup>. Le contrôle social exercé par la domination coloniale s'est manifesté par une cohorte de militaires, médecins (souvent militaires) et missionnaires. Les discours humanistes et civilisateurs de ces agents de l'entreprise coloniale ne sont que l'habillage nécessaire du contrôle politique, comme en témoigne la vigueur avec laquelle il fallait parfois vacciner, convertir, avant d'envoyer la main-d'œuvre au chantier du chemin de fer en construction. La santé publique se présente alors comme l'une des expressions du pouvoir colonial<sup>4</sup>.

L'étude réalisée au Cameroun, entre 1981 et 1983, dans quatre formations sanitaires — deux formations urbaines publiques, et deux formations rurales privée et publique — permet d'aborder les représentations de l'État qui se révèlent comme centrales dans le champ de la santé publique, de même que les contradictions internes qui s'y manifestent.

Ainsi, les malades camerounais d'aujourd'hui protestent contre les discriminations sociales dont ils sont l'objet, contre le manque de médica-

1. E. M'BOKOLO, « Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique », in M. AUGÉ & C. HERZLICH, eds., *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éd. des Archives contemporaines, 1984 : 183 (« Ordres sociaux »).
2. M. FOUCAULT, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses universitaires de France, 1963 : 37 (« Histoire et psychologie de la biologie et de la médecine »).
3. E. M'BOKOLO, *op. cit.*
4. J.-P. DOZON, « Quand les Pastoriers traquaient la maladie du sommeil », *Sciences sociales et Santé*, III (3-4), 1985 : 27-56.

ments et de matériel, en se référant à un âge d'or d'abondance pharmaceutique, de bon fonctionnement des structures sanitaires : « du temps des Blancs, il y avait tout », dit-on. En contraste avec le dysfonctionnement actuel, la santé publique coloniale est remémorée comme un ordre de rêve. Dans le champ social de la santé, l'État allochtone antérieur est donc érigé par les patients en donateur d'une médecine gratuite et imaginativement égalitaire ; cette logique traduit la construction fondamentale d'une opposition — transformée en antagonisme — entre État étranger et État national dans les perceptions du traitement social actuel de la maladie.

La gestion sociale de la maladie apparaît donc comme un des espaces où se jouent les contradictions prégnantes du passage d'une société dominée à une société où s'est opéré le transfert du pouvoir à une instance nationale.

La mémoire collective a effectué une sélection positive autour de la figure réconfortante du médecin colonial distribuant une assistance sanitaire. Le « bon docteur » qui en résulte présente une hérédité blanche, même si son épiderme est noir, car la plupart des médecins sont aujourd'hui africains.

Comment peut s'expliquer cette fusion du médecin noir et du « docteur blanc » au nom de la mise en scène d'un ordre sanitaire colonial radieux ? La figure du médecin témoigne avec force de ces multiples contradictions : si la population exprime une condamnation sévère de la gestion de la santé publique, elle en extrait le personnage du médecin qui est le seul acteur innocenté parmi un ensemble d'agents de l'État accusés. Cette mise à l'écart du médecin d'une scène d'accusation fondamentale met en évidence le fait qu'à travers le médecin s'énonce une continuité imaginaire entre la société coloniale et l'État-nation : le « bon docteur » africain s'édifie dans la filiation du médecin colonial blanc dont il est le seul à se donner comme l'héritier légitime.

L'examen du procès dont la santé publique est le théâtre permet de structurer ces représentations des pouvoirs thérapeutiques détenus par les médecins.

Les formations publiques sont l'objet de virulentes critiques de la part de la population, à partir du constat du manque chronique de médicaments et du mauvais accueil réservé aux malades — dont les infirmiers seraient les seuls responsables : ils déroberaient les médicaments, seraient brutaux, lorsqu'ils ne sont pas absents de leur service. Le procès est sans commune mesure avec les insuffisances réelles de certains agents paramédicaux. On peut donc le concevoir comme une somme de représentations convergentes. Le procès fait à cette catégorie socio-professionnelle est à ce point exclusif qu'on peut s'étonner que les médecins y échappent, tout comme, à un moindre degré, l'État, pourtant formellement responsable de la gestion des services.

L'origine coloniale et occidentale des modèles sanitaires envisagés par les médecins constitue la première évidence de leur filiation. Parés du prestige des « docteurs blancs », investis des pouvoirs thérapeutiques de ces derniers, les médecins ne sont jamais remis en question lorsque ces pouvoirs se montrent inopérants : c'est l'environnement qui explique leur impuissance thérapeutique. Cet environnement, ce sont d'abord les infirmiers dont on peut penser, à écouter certains discours de malades, qu'ils sabotent le pouvoir des médecins.

Le docteur est fondamentalement à l'écart du procès au point que beaucoup de médecins se situent hors de toute référence sociale locale. Lorsqu'ils déplorent les difficiles conditions dans lesquelles ils exercent leur métier, de nombreux praticiens expriment un sentiment d'impuissance et de regret, comme si cet environnement hostile, non conforme à l'exercice d'une bonne médecine (i. e. de celle que l'on enseigne et que l'on pratique à Paris ou à Londres), était seul en cause et non la formation qu'ils ont reçue, qui se révèle parfois inadaptée. Le reste ne serait qu'un cauchemar quotidien fait de « débrouillardise ». Ainsi, les médecins nationaux s'identifient eux-mêmes à leurs pairs européens, y compris quand ils sont formés sur place.

A l'écart du trivial procès intenté aux infirmiers, il semble que ces « docteurs blancs », eux aussi, soient atteints par la nostalgie coloniale exprimée par les patients. Cet imaginaire si bien partagé s'articule sur l'acceptation *a posteriori*, puis la valorisation du pouvoir thérapeutique étranger. Si ce pouvoir est inaltérable, qui est le coupable de ses échecs répétés ?

C'est ainsi qu'à la survalorisation et à l'acceptation du pouvoir blanc s'oppose radicalement le refus du pouvoir autochtone incarné, sur la scène hospitalière, par « ces fonctionnaires voleurs qui ne font rien » : les infirmiers. Ceux du secteur privé jouissent d'une meilleure image et sont censés être efficaces : le procès est donc bien intenté aux agents de l'État. Cet État pourvoyeur de soins et de médicaments demeure blanc et colonial dans les représentations du public car il manipule des pouvoirs « blancs » et des technologies occidentales. Tout se passe comme si ces représentations des citoyens étaient restées bloquées entre le dernier jour de l'État colonial et le premier jour de l'État national.

L'aliénation et la dépendance profonde que traduisent ces conceptions de la santé publique nous plongent au cœur de l'ambivalence étatique, faite à la fois de ruptures et de continuités, où se mêlent hérité coloniale et aspirations nationales. Cet « État docteur » qui s'appuie sur une nostalgie paternaliste en est réduit parfois à tancer les infirmiers au nom du sens des responsabilités, rendant plus circulaire le procès qui leur est fait.

Qui est responsable de la pénurie, du manque de soins et de considération dont les malades sont l'objet ? Cette question hante les discours des patients, ceux des infirmiers comme ceux des ministères. L'âge d'or colo-

nial s'est ainsi transformé dans la représentation collective en une déchéance qui provoque l'indignation, puis l'invective. Il faut un coupable, mais qui ? Intervient alors l' « État sorcier ».

### L' « État sorcier » : intégration nationale et inégalités sociales

La santé publique, héritière des contradictions globales qui imprègnent le passage à la construction d'une société nationale, devient par là même un des champs où se manifestent avec violence les contradictions de l'inégalité sociale : en renversant la tutelle étrangère, ou en s'y substituant, l'État n'a pas intégré au même statut social l'ensemble de ses citoyens, et sa gestion de la maladie témoigne des hiérarchies qui se sont mises en place avec son avènement et qui vont à l'encontre des aspirations égalitaires véhiculées par les idéologies de libération nationale.

Lorsqu'ils sont trop perturbés par ces accusations et lorsqu'ils ont épuisé les échantillons médicaux disponibles, de nombreux infirmiers se rendent chez les « tradipraticiens »<sup>5</sup> qui proposent leurs services le long des rues des villes ou plus discrètement dans les villages.

L'examen des itinéraires thérapeutiques des malades montre que la fréquentation de l'hôpital ou du dispensaire ne constitue pas un choix univoque mais qu'elle s'intègre à une stratégie globale contre les atteintes de la maladie. Dans cette stratégie, les recours alternatifs ou simultanés auprès des structures de santé publique et auprès des « tradipraticiens » sont fréquents.

Au-delà du procès dont les infirmiers sont les victimes, toute la santé publique gérée par l'État est mise en cause : à la fois prétextes et détonateurs ou bouc émissaires, les personnels sont accusés de refus de soins en tant qu'agents de l'État. Les patients manifestent la plus grande frustration à l'annonce que les médicaments gratuits sont épuisés, c'est-à-dire qu'il n'y a rien à distribuer. Ils expriment une extrême violence lorsqu'ils évoquent l'accueil qui leur est réservé dans les formations publiques.

L'étude des protestations évoquées montre qu'elles s'adressent à l'État, représenté par le ministère de la Santé publique. L'opinion dominante considère que la santé publique est réservée aux pauvres, et que l'on y reçoit de mauvais soins. Pour accéder à une médecine de qualité, il faudrait fréquenter les cliniques privées, où l'« on est bien reçu » car on possède de l'argent avec lequel s'achète une reconnaissance sociale qui paraît aussi importante que les prestations médicales.

La désapprobation est particulièrement vive dans le secteur public — dont on a souligné l'origine coloniale — lorsqu'il n'y a plus de médica-

5. Selon la terminologie employée par l'OMS, désignant les thérapeutes ne pratiquant pas la médecine occidentale.

ments et qu'il faut se rendre à la pharmacie pour se procurer, à ses frais, les moyens thérapeutiques requis. Les notions d'aide, d'assistance, de soulagement sont fréquemment mentionnées pour exprimer cette attente d'une médecine gratuite et égalitaire. A la honte de devoir y recourir (parce qu'on est pauvre) s'ajoute l'infamie de ne rien recevoir, sinon une ordonnance qui vous renvoie à la pharmacie où la santé s'achète avec de l'argent. Refus d'assistance, mais surtout refus de prise en charge déclenchent les critiques des patients qui se voient ainsi rappeler leur statut social dans un lieu où aurait auparavant régné l'égalité. Au nom d'un droit humain élémentaire, on exige alors d'être l'objet d'une légitime reconnaissance.

Il apparaît ainsi que l'État doit gérer le traitement inégalitaire dont la maladie est l'objet. Lorsque les différences sociales devant la maladie sont rappelées aux patients des formations publiques, ceux-ci accusent d'abord les infirmiers, puis entament le procès de la santé publique. L'intégration sociale escomptée de la fréquentation de l'hôpital public se traduit par un échec puisque, au contraire, les inégalités sociales sont soulignées. La honte et la haine qui parcourent le procès mentionné désignent l'État, à travers les infirmiers, comme l'une des causes du mal. Simultanément, les malades attendent du même État un salut en forme d'intégration par des prestations égalitaires.

Cette ambivalence profonde à l'égard de l'État est celle même dont les thérapeutes de la sorcellerie sont l'objet. C'est pourquoi l'on peut parler d'« État sorcier ». Comme le thérapeute villageois rend vivable la communauté villageoise oppressive et inégalitaire en dénonçant les malveillants, les jaloux et autres parents et voisins qui menacent l'harmonie sociale par leurs manœuvres sorcières, l'État opérateur de la santé publique provoque l'insatisfaction, l'inquiétude, l'angoisse enfin des patients « maltraités », puis « persécutés ». Au même moment, il dispose des crédits, des matériels et des personnels susceptibles de prendre en charge le malheur de la collectivité, comme le « tradipraticien » le fait au village. Ce malheur est certes biologique mais, lorsqu'il est « mal soigné », il devient un vrai malheur social pour tous ceux qui fréquentent les formations publiques : la conception persécutive de la maladie a envahi la santé publique, rendant inopérants toute une partie des dispositifs hérités « des Blancs ».

Cette fonction de thérapeute traditionnel qui incombe à l'État, si elle n'est pas formellement reconnue au ministère de la Santé, provoque quelques conséquences institutionnelles. La « re-découverte » dont les médecines « traditionnelles » sont l'objet de la part de beaucoup d'États africains, au nom d'une « authenticité » trop tardive pour n'être pas suspecte, n'est probablement pas étrangère à ces problèmes. Dans plusieurs États, dont le Cameroun, des associations ou syndicats de « tradipraticiens » sont constitués, souvent à l'initiative du ministère de la

Santé. Cette reconnaissance plus ou moins explicite des thérapeutes de la sorcellerie n'est pas sans rapport avec notre propos. Au Cameroun, face au procès permanent et aux tensions dont la santé publique est le théâtre, l'État fait logiquement appel aux thérapeutes de la persécution.

La sorcellerie est d'abord manœuvre persécutrice suivie d'une accusation, puis d'un procès. Le nombre élevé des « tradipraticiens » urbains au Cameroun, tout comme leur grande activité dans les villages<sup>6</sup>, confirme qu'il existe une relative homogénéité de représentations entre la « brousse » et la ville. Les malades cherchent toujours dans les pouvoirs des « docteurs indigènes » les causes du mal, non identifié ou « mal traité » à l'hôpital. Ce « mal traitement » est autant une thérapeutique sans résultats que les persécutions qui seraient infligées aux malades.

Dans le champ de la santé publique, la force des représentations liées à une conception persécutrice de la maladie est peu considérée dans les structures sanitaires héritées de l'Occident colonial et idyllique issu de la mémoire collective.

La santé publique se manifeste par ailleurs comme un terrain d'élection des contradictions de l'État. Entre l'image d'un État colonial encore présent et celle d'un État national dont le pouvoir autochtone est refusé, l'« État docteur » et l'« État sorcier » se télescopent. Le premier affirme l'égalité formelle des malades devant la médecine. Le second gère l'inégalité sociale des citoyens devant la santé. Ce double visage de l'État thérapeute c'est, d'une part, la figure paternaliste et coloniale du « bon docteur blanc », rassurant avec ses technologies importées et sa conviction que la sorcellerie n'existe pas ; c'est, d'autre part, le mauvais infirmier africain, citoyen persécuteur, inquiétant, avec sa propre certitude d'être persécuté par le public.

Du gouffre qui sépare ces deux mondes de représentations contradictoires de pouvoirs conflictuels monte une interrogation insistante adressée à l'État sur les causes de la maladie : « maladie africaine » (sorcellerie), certes, mais aussi maladie sociale où les pauvres s'aperçoivent qu'ils sont exclus de la consommation médicale, comme si l'État voulait les punir d'être pauvres. C'est alors que peut naître le désir d'infirmiers de rêve, employés d'un autre État plus riche et plus généreux, qu'il ne faudrait plus haïr ou souhaiter supprimer.

On peut ainsi penser qu'une anthropologie de l'État moderne n'est pas différente, par nature, de celle de ces royaumes anciens où la mise à mort du roi rétablissait, après une épidémie, le bon ordre des choses, c'est-à-dire de la société. Pour cela, faut-il tuer la santé publique ou initier à la sorcellerie dans les facultés de médecine d'Afrique ?

ORSTOM, Paris, 1985.

6. Manifestée par l'abondance des travaux sur les représentations de la maladie.