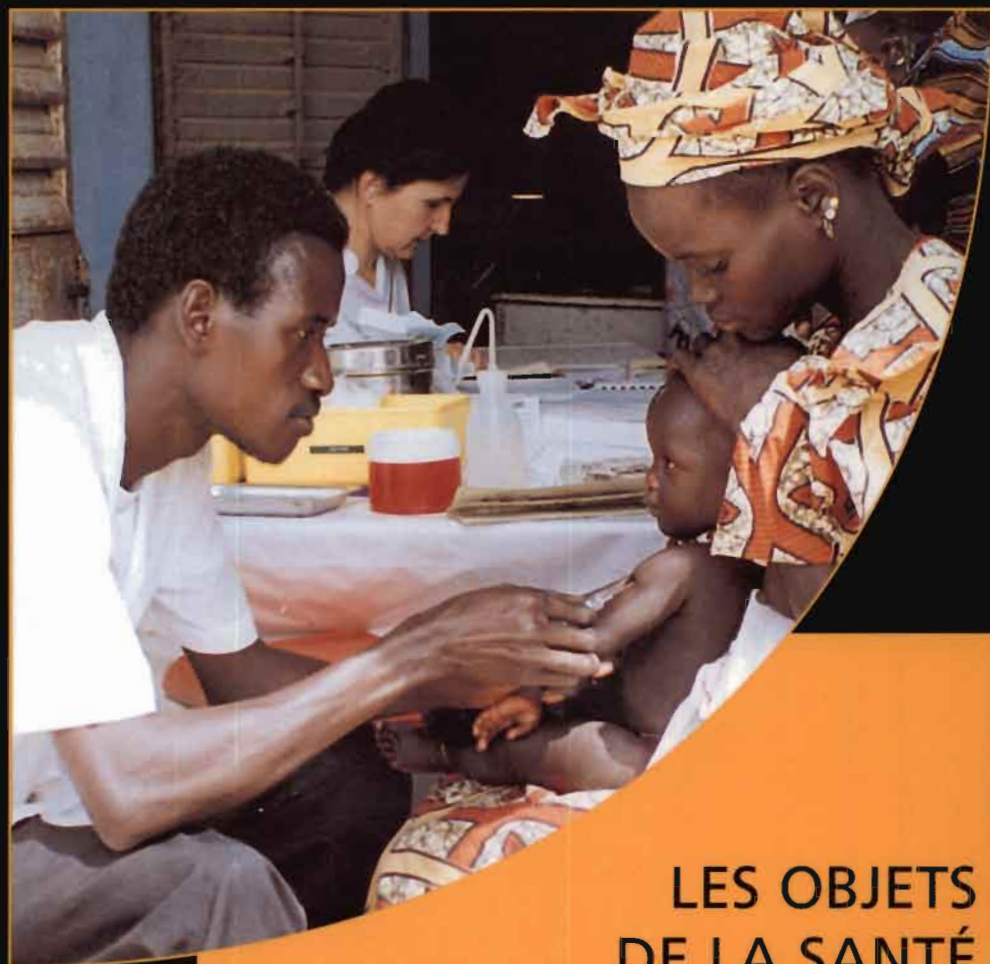


N°29 - 2004

# autrepart

Revue de sciences sociales au Sud



## LES OBJETS DE LA SANTÉ

Laurent VIDAL

IRD  
Éditions

ARMAND  
COLIN

Articles en lignes sur  
[www.editions-sedes.com](http://www.editions-sedes.com)

Directrice  
**Nathalie de Baudry d'Asson**

N° Commission paritaire  
**En cours**

ISSN  
**En cours**

Administration  
**Armand Colin**  
**21, rue du Montparnasse**  
**75006 Paris**

Rédaction  
**IRD**  
**32, rue Henri-Varagnat**  
**93143 Bondy cedex**

Maquette  
**Armand Colin**

Couverture  
**Béatrice Garnier**

Périodicité  
**revue trimestrielle**

Impression  
**Imprimerie Chirat**  
**42540 Saint-Just-la-Pendue**

Dépôt légal  
**Septembre 2004, N° 3450**

© Armand Colin/IRD

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (3, rue Hautefeuille, 75006 Paris).

*All rights reserved. No part of this publication may be translated, reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or any other means, electronic, mechanical, photocopying recording or otherwise, without prior permission of the publisher.*

**A**utrepart est une revue à comité de lecture coéditée par l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et les éditions Armand Colin. Son objectif est de promouvoir la réflexion sur la complexité et les dynamiques des sociétés du Sud, en mouvement permanent pour penser et redéfinir leur propre réalité. Ces sociétés font face à des changements économiques, sociaux, politiques, écologiques... Les phénomènes de mondialisation relativisent l'autonomie des États, les inégalités intra et internationales se creusent, des transformations majeures affectent tantôt les politiques des États, tantôt la nature même des institutions. Les réactions et les adaptations multiformes des sociétés du Sud à ces changements sont au cœur des interrogations de la revue. Le caractère transversal des sujets abordés implique en général de rassembler des textes relevant des différentes disciplines des sciences sociales.

**COMITÉ DE PARRAINAGE**

**Claude Bataillon, Jean Coussy, Alain Dubresson, Françoise Héritier, Hervé Le Bras, Elikia M'Bokolo, Laurence Tubiana**

**COMITÉ DE RÉDACTION**

**Virginie Baby-Collin** (Université Paris X Nanterre)  
**Sylvie Bredeloup** (IRD)  
**Carole Brugeilles** (Université Paris X Nanterre)  
**René Collignon** (CNRS)  
**Anne Doquet** (IRD)  
**Philippe Gervais-Lambony** (Université Paris X Nanterre)  
**Christophe Guilmoto** (IRD)  
**Jean-François Huchet** (Université Rennes 2)  
**Marie-José Jolivet** (IRD)  
**Marie Ladier-Fouladi** (CNRS)  
**Marc Le Pape** (CNRS)  
**Jean-Yves Martin** (IRD)  
**Évelyne Mesclier** (IRD)  
**Sandrine Mesplé-Somps** (IRD)  
**Carlos Quénan** (IHEAL – Université la Sorbonne)

**DIRECTEUR DE LA PUBLICATION**

**Serge Calabre**

**DIRECTRICE DE LA RÉDACTION**

**Laurence Quinty**

**SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION**

**Dominique Lopès**

**Site de l'IRD**  
[www.autrepart.ird.fr](http://www.autrepart.ird.fr)

**Indexé dans / Indexed in**

- INIST-CNRS
- INGENTA

## Sommaire

### Les objets de la santé

<b>Laurent Vidal</b> : Introduction. Réfléchir l'objet : pour une rénovation des sciences sociales de la santé .....	3
*	
<b>Mohamed Mebtoul</b> : « L'introuvable » césure public-privé en Algérie. De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins .....	13
<b>Marc-Éric Gruénais</b> : Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne .....	29
<b>Pascal Handschumacher, Jean-Pierre Hervouët</b> : Des systèmes pathogènes à la santé publique : une nouvelle dimension pour la géographie de la santé tropicale .....	47
<b>Jean-François Werner</b> : D'une image à l'autre ou pourquoi et comment étudier les usages et pratiques de l'imagerie médicale à Dakar .....	65
<b>Tidiane Ndoye et Véronique Poutrain</b> : L'évolution des savoirs et des pratiques médicales : l'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal .	81
<b>Bernard Cherubini</b> : L'apport de l'anthropologie à la mise en œuvre d'une politique de prévention : du vécu de la maladie à l'analyse du raisonnement préventif .....	99
<b>Fred Eboko</b> : De l'intime au politique : le sida en Afrique, un objet en mouvement .....	117
<b>Bernard Hours</b> : Trois objets-étapes de la globalisation de la norme de santé .....	135
<b>Notes de lecture</b>	
Marc-Éric Gruénais (éd.), <i>Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun</i> .....	145
Byron Good, <i>Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu</i> .....	147
Benjamin Rubbers, <i>Devenir médecin en République démocratique du Congo. La trajectoire socioprofessionnelle des diplômés en médecine de l'Université de Lumumbashi</i> .....	149
Sylvie Fainzang, <i>Médicaments et société : le patient, le médecin et l'ordonnance</i> .....	151
Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (dir.), <i>Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest</i> .....	152
Bernard Hours (dir.), <i>Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie</i> ..	155
Philippe Msellati, Laurent Vidal, Jean-Paul Moati (dir.), <i>L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire</i> .....	157
<b>Résumés / Abstracts</b> .....	159

## Déjà parus

- 1997 1 *Les arts de la rue dans les sociétés du Sud*, Michel Agier et Alain Ricard  
2 *Familles du Sud*, Arlette Gautier et Marc Pilon  
3 *Variations*  
4 *Empreintes du passé*, Edmond Bernus, Jean Polet, Gérard Quéchon
- 1998 5 *Communautés déracinées dans les pays du Sud*, Véronique Lassailly-Jacob  
6 *Échanges transfrontaliers et intégration régionale en Afrique subsaharienne*, Johny Egg et Javier Herrera  
7 *Variations*  
8 *Droque et reproduction sociale dans le tiers monde*, Éric Léonard
- 1999 9 *La forêt-monde en question*, François Verdeaux  
10 *Afrique : les identités contre la démocratie*, René Otaeyek  
11 *Variations*  
12 *Le sida des autres. Constructions locales et internationales de la maladie*, Claude Fay
- 2000 13 *Survivre grâce à... Réussir malgré... l'aide*, Bernard J. Lecomte, Jean-David Naudet  
14 *Logiques identitaires, logiques territoriales*, Marie-José Jolivet  
15 *Variations*  
16 *Afrique noire et Monde arabe. continuités et ruptures*, Emmanuel Grégoire, Jean Schmitz
- 2001 17 *Des écoles pour le Sud : stratégies sociales, politiques étatiques et interventions du Nord*, Marie-France Lange  
18 *Les jeunes : hantise de l'espace public dans les sociétés du Sud*, René Collignon, Mamadou Diouf  
19 *Variations*  
20 *Les fonctionnaires du Sud entre deux eaux : sacrifiés ou protégés ?*, Marc Raffinot, François Roubaud
- 2002 21 *Gérer la ville : entre global et local*, Élisabeth Dorier-Apprill, Sylvie Jaglin  
22 *Diasporas, développements et mondialisations*, Rosita Fibbi, Jean-Baptiste Meyer  
23 *Variations*  
24 *Les images de l'identité*, Denis Vidal
- 2003 25 *Dynamique résidentielles dans les villes du Sud*, Monique Bertrand  
26 *Sociétés dans la guerre*, Yves Goudineau  
27 *Variations*  
28 *L'éthique médicale dans les pays en développement*, Doris Bonnet

## ERRATUM

Dans le n° 27/2003 de la revue *Autrepart*, lire le titre de l'article de Marie-Hélène Zérah : « Dix ans de libéralisation de l'économie indienne : les effets limités sur le secteur de l'eau et de l'assainissement » au lieu de « Dix ans de libéralisation de l'économie indienne : les effets limités de la gouvernance dans le secteur de l'eau et de l'assainissement en ville ».

## Réfléchir l'objet: pour une rénovation des sciences sociales de la santé

*Laurent Vidal* \*

Au risque de tomber dans le lieu commun, il serait aisé de situer les sciences sociales de la santé à un carrefour: face à l'émergence de nouvelles pathologies (le sida) ou à la résurgence de plus anciennes (la tuberculose), face à la formulation en termes sanitaires de problèmes plus largement politiques (la maltraitance infantile, la «souffrance sociale»: Fassin, 2003), face, enfin, à l'implication croissante de disciplines jusqu'alors peu mobilisées ou rarement sollicitées pour investir l'espace de la santé (par exemple, le droit). Lieu peut-être commun mais qui prend néanmoins de la consistance lorsque ces sciences sociales affirment travailler *pour* ou *sur* le développement. L'engagement de la recherche dans des directions disciplinaires et sur des objets inédits se double alors d'une série de tensions – que l'on ne saurait affirmer propres aux recherches s'effectuant dans les pays en développement, mais que connaissent la plupart d'entre elles. La première de ces tensions, sur le terrain de la collecte des données, s'installe entre la position d'observation et de description de situations – emblématique de la posture du savant –, d'une part, et la tentation de l'intervention, pour remédier à ce qui est perçu comme inacceptable ou aisément modifiable – exemplaire de la position de l'acteur, d'autre part. Situation qui participe à un second point de tension, entre l'objectif d'application et le financement des activités de recherche: autant le premier s'avère, dans nombre de recherches en sciences sociales, et pas uniquement celles fondées sur des méthodologies «qualitatives» ou qui ne comprennent pas de médecins<sup>1</sup>, délicat à tenir, autant – sans cynisme aucun – le second demeure relativement aisé. En d'autres termes, financer une recherche dans le domaine de la santé reste une entreprise bien plus aisée qu'en

---

\* Anthropologue IRD, Unité de recherche «Socio-anthropologie de la santé», BP 1386, Dakar, Sénégal, [vidal@ird.sn](mailto:vidal@ird.sn).

1. Si le fait d'être chercheur (en sciences sociales ou médicales) *et* médecin donne une compétence technique sur les problèmes de santé décrits et analysés, cela ne représente pas une garantie de pouvoir transférer les résultats de ses travaux dans des actions de santé publique, reproductibles et pérennes: les filtres administratifs et les enjeux personnels et institutionnels des politiques de santé susceptibles de freiner ou d'encourager le transfert et l'application des recherches, m'incitent à penser que c'est moins le statut de médecin ou d'épidémiologiste qui permet de les contourner aisément – et plus largement de les «gérer» – que la nature des liens établis, par chaque chercheur, avec ces sphères de décision et ces lieux d'intervention.

appliquer les résultats, alors même que le premier pari se trouve en principe subordonné au second. Troisième lieu de tension, et progressivement de contradiction, les sciences sociales de la santé affichent de plus en plus fréquemment un attrait pour, c'est selon, l'interdisciplinarité ou la pluridisciplinarité<sup>2</sup>. Postures de recherche jugées, un peu rapidement, similaires, ce qui de fait ne prédispose guère à une réflexion approfondie aussi bien sur les apports en termes de connaissance de ce type de démarches, que sur les obstacles méthodologiques et éthiques qu'elles peuvent engendrer. La tension découle ici d'une revendication qui devient incantatoire, au lieu d'être réfléchie de façon systématique chaque fois qu'un tel projet de rencontres de disciplines émerge.

Au cœur de ces tensions travaillant les sciences sociales de la santé, il est aisé de remarquer qu'émerge la question du rapport à l'objet de recherche, de son contenu à ses retombées pratiques en passant par son traitement méthodologique. De ce constat général, il me semblerait largement insuffisant d'en déduire que les sciences sociales doivent se soucier, par exemple, de la mise en cohérence de leurs méthodes avec les objectifs d'application qu'elles s'assignent. Il serait tout autant guère satisfaisant d'en conclure à la nécessité de penser le choix de son objet de telle sorte qu'il réponde à une demande médicale, ou plus globalement « sociale ». À cet égard, même si cela peut sembler une boutade, G. Lenclud remarque avec justesse que « pas plus que les institutions ne pensent, une société ne demande » [1995, p. 57] et que, faute de l'admettre, l'écueil pour la recherche est double. Il est tout d'abord de s'engager dans un exercice de « réponse » alors même que les données sanitaires chiffrées et les termes de cette demande n'auront pas été examinés de façon contradictoire, rappelant ici à bon escient le « scepticisme mertonien » qui doit caractériser toute démarche scientifique (comment ces statistiques ont-elles été collectées et traitées ? Sur quels matériaux empiriques les constats généraux, sur tel ou tel comportement des populations en matière de prévention, se fondent-ils ?) [Merton, 1973]<sup>3</sup>. Le risque est, aussi, d'occulter les enjeux de pouvoir dans lesquels s'insèrent ceux qui formulent cette « demande », ceci au travers de la position qu'ils occupent dans le dispositif sanitaire ou scientifique : enjeux et positions hautement susceptibles à eux seuls d'impulser cette « demande ». Interroger la nature de celle-ci, ses fondements scientifiques, mais aussi ses motivations tacites et explicites, ne peut être considéré comme un exercice accessoire du métier de chercheur sous prétexte qu'il ne viserait qu'à conforter le choix de l'objet et celui du dispositif pour le traiter : je dirai qu'au contraire, cette démarche est essentielle précisément *parce qu'elle* interroge la construction de l'objet. Je veux

---

2. Je rappellerai ici la distinction opérée – parmi d'autres – entre la « pluridisciplinarité » ou « multidisciplinarité » (elle juxtapose au terme de la recherche les travaux de disciplines ayant fonctionné indépendamment), l'interdisciplinarité (elle porte sur des « objets communs », chaque discipline maîtrisant toutefois ses objectifs et méthodes) et la « transdisciplinarité » (chaque discipline transcende ses orientations conceptuelles, théoriques et méthodologiques) (Lindenbaum, 1992).

3. J'examine dans un texte récent (Vidal, 2004, à paraître) la question de la pertinence du recours à des statistiques médicales pour engager une recherche ayant par ailleurs de forts enjeux sanitaires (l'observance des traitements anti-tuberculeux).

signifier par là que les sciences sociales, en particulier si elles portent sur la santé dans les pays en développement, ne peuvent faire l'économie d'une réflexion sur la construction de l'objet si elles veulent être en mesure de porter un discours, puis des actions, sur le «développement» et l'«application». De ce point de vue, la réflexivité encouragée n'est pas un dérivatif épistémologique: au cœur de la relation établie par le chercheur avec son objet, elle est le moteur de la pratique scientifique. Je rappellerai que D. Bloor voit dans la réflexivité un des quatre principes – avec la «causalité», l'«impartialité» et la «symétrie» – permettant de construire une «théorie sociologique de la connaissance scientifique» [Bloor, 1991; Bourdieu 2001]. «Connaissance scientifique» qui comprend, dans le cas de sciences sociales travaillant dans les pays du Sud, les outils permettant de penser les applications de la recherche.

L'entreprise de réflexivité peut naturellement se mesurer au souci du chercheur à interroger ses méthodes, son travail de terrain, ses rapports aux institutions sanitaires ou de recherche. Elle s'appréhende, aussi, dans la capacité à construire un objet singulier. J'entends par là un objet certes original, unique – soit qu'il n'ait jamais été abordé, soit qu'il ne l'ait jamais été avec les outils mobilisés – mais dont les spécificités permettent de comprendre des situations générales, bien au-delà de ce qu'il affiche. Le singulier de la démarche est, ce faisant, entendu dans sa capacité à accéder au social, donc à tenir un discours sur le social<sup>4</sup>. L'idée d'une démarche innovante est par conséquent centrale dans le choix de la réflexivité. Pour autant, le simple fait de construire un objet inédit, de faire preuve d'innovation pratique ou conceptuelle, n'est pas en soi un gage de réflexivité même si cela en constitue un jalon essentiel. En effet, tout chercheur, en principe, essaye d'innover – à quelque niveau que ce soit de son travail: renouvellement des méthodes, choix de l'objet... En revanche, pour que cette innovation participe d'un projet réflexif il est nécessaire qu'elle soit accompagnée d'un propos sur l'objet. Concrètement, cela signifie que l'innovation affichée doit être corrélée avec une présentation, par exemple, des conditions dans lesquelles le choix de ce «nouvel objet» s'est effectué. Par ailleurs, l'innovation doit naturellement aussi transparaître dans les analyses produites et les pistes de réflexion ouvertes: mais ceci en des termes qui permettent d'éclairer *a posteriori* le choix de cet objet ou de cette démarche de collecte des données. En somme, l'innovation ne doit pas être sa seule finalité et doit *in fine* servir la réflexivité. Il importe aussi de repérer une autre expression de l'innovation comme caractéristique de la réflexivité dans le type de positionnement disciplinaire de la recherche, en défendant l'idée que les travaux réflexifs – tels que je les entends ici – sont ceux qui innoveront en définissant des objets aux marges d'autres disciplines. Dans l'espace de la santé, cela implique de construire des objets qui ont aussi été questionnés par des disciplines comme l'épidémiologie et la santé publique, la philosophie des sciences et la science politique. L'innovation souhaitée ici revient moins à construire des démarches interdisciplinaires

4. Je développe dans un ouvrage à paraître cette problématique, dans le cadre plus général d'une «anthropologie du singulier» (Vidal, 2004).

entendues comme des réflexions parallèles sur un même objet, qu'à travailler aux marges de ces disciplines connexes. Cela consisterait – dans des sciences de la santé idéales? – à poser les paradigmes de la santé publique aussi comme des objets anthropologiques (la notion d'indicateurs, la production de statistiques, la «formation» des soignants...), à examiner la question des représentations (de la maladie ou du traitement, qu'élaborent les patients ou les soignants) du point de vue d'un démographe, ou encore à soumettre au regard du philosophe des sciences les enjeux pratiques et moraux des essais thérapeutiques. Cela se traduirait, enfin – et nombre des articles présentés ici en témoignent – par une lecture diachronique du fonctionnement actuel de la santé (acteurs et institutions confondus). Démarche qui, sans se substituer au travail de l'historien mais en se localisant à ses marges, rappellerait que le regard sur ses propres objets de recherche passe par leur mise en perspective temporelle: si, à l'instar de J.-C. Passeron [2001], on convient que les sciences sociales sont des «sciences historiques», alors les démarches que j'encourage ici et que proposent les auteurs de ce volume, relèvent de sciences historiques de la santé.

Les textes présentés ici tentent tous, suivant des cheminements et avec des ambitions variés, d'illustrer tout ou partie de cette conception de la réflexivité, où des études sur des objets nouveaux (M. Mebtoul; M.-E. Gruénais; J.-F. Werner) côtoient des réflexions sur l'objet (B. Hours; J.-F. Werner; F. Eboko; P. Handschumacher & J.-P. Hervouët; B. Cherubini) et des approches renouvelées d'objets plus traditionnels (T. Ndoye & V. Poutrain). Avant de les présenter plus en détail, il me semble nécessaire de s'interroger sur la faible mobilisation des chercheurs en sciences sociales non anthropologues (hormis un géographe de la santé et un politologue) pour réfléchir à ce qui est – consciemment ou non et «qu'on le veuille ou non» – au centre de notre démarche: le choix d'un objet, sa nature, son degré d'innovation, le rapport à l'application et aux autres disciplines... Cela signe-t-il une difficulté particulière des sciences sociales, autres que l'anthropologie, à réfléchir à leur propre pratique et à soumettre leurs objets et méthodes à un examen réflexif? Faut-il y voir là l'idée de la vanité de ce type d'entreprise pour un certain nombre de disciplines, au regard, par exemple, d'investissements plus nobles, à visée directement applicable? Ces interrogations resteront ouvertes et, sans me hasarder à un procès d'intention, je me contenterai de rappeler que la réflexivité est la condition de l'application, non un dérivatif intellectuel d'épistémologie.

Les travaux des chercheurs de ce numéro se caractérisent tout d'abord par une large diversité de terrains. Sur le plan géographique, les études ont porté sur l'Algérie, la Réunion, le Cameroun et le Sénégal. À cette diversité s'ajoute une variété d'«entrées» au questionnement scientifique. Si des pathologies – comme le paludisme, la tuberculose, le sida et le diabète – demeurent, dans certains textes, centrales dans la définition de l'objet, elles laissent aussi la place à des approches privilégiant des lieux d'observations. La réflexion ne prend alors plus appui sur des pathologies données mais sur des structures de santé, des institutions ou, plus largement, des «populations». Au total se dessinent des équilibres



variés entre empirisme et théorisation et, enfin, des déclinaisons elles aussi multiples de l'anthropologie (ethnographique, historique, sociale, culturelle). De ce simple constat, on peut affirmer que le danger de l'enfermement disciplinaire se voit contourné par l'ouverture à des thématiques innovantes et à des connexions avec des espaces de réflexion aussi investis par d'autres disciplines (la santé publique autour de la question de la qualité des soins, l'histoire au travers des transformations de la lutte contre le paludisme).

Le propos développé par M. Mebtoul est une juste illustration de cette démarche. Il remarque tout d'abord le faible intérêt des sciences sociales, et en leur sein de l'anthropologie, pour les pratiques des professionnels de santé du secteur privé, délaissées au profit d'une analyse du fonctionnement des structures publiques de santé. Or il y a là un secteur qui représente une part importante et croissante de l'«offre de soins» dont l'occultation dans les analyses prive de la capacité à «comprendre autrement les dysfonctionnements du secteur public». Détour par le privé pour appréhender le public que M. Mebtoul nous présente aussi comme le résultat d'un cheminement personnel de la réflexion et qui obéit à l'impératif sociologique de comprendre comment s'imbriquent les deux secteurs – public et privé – au point de pouvoir parler de «partenariat» ou d'«intégration». Le caractère novateur de l'analyse se situe précisément dans le souci de «relativiser la césure secteur étatique – secteur privé» grâce à une inscription temporelle du propos qui révèle des évolutions progressives, où les images des praticiens exerçant dans un cabinet privé et de ceux évoluant dans le monde hospitalo-universitaire, se transforment de concert. M. Mebtoul constate alors que l'hôpital public demeure l'«espace de socialisation de tous les praticiens» et nous voyons émerger, à partir du questionnement initial d'un objet nouveau (la santé dans le privé), un propos novateur sur les identités professionnelles. Illustration parmi d'autres de l'émergence de nouvelles identités dans le corps des acteurs de la santé, s'impose ici la figure de l'entrepreneur en santé, de plus en plus présent en Algérie – et plus généralement en Afrique – et dont l'investissement dans ce secteur considéré comme commercial redéfinit les rôles de l'ensemble des soignants (précarité des contrats, responsabilisation de l'acte de soigner...).

Se penchant sur un aspect de cette offre de soins privée – celle tenue par le secteur confessionnel chrétien – M.-E. Gruénais s'emploie à questionner le constat, qui relève plus du sens commun que de l'analyse empiriquement fondée, d'une meilleure qualité des soins dans ces structures de santé qui trouverait son fondement dans l'adhésion à des «valeurs» religieuses. Tout d'abord, cette «qualité» opère de façon sélective dès lors, par exemple, que certains centres de santé chrétiens ne diffusent ni préservatifs ni contraceptifs. Plus fondamentalement, M.-E. Gruénais repère, dans le fonctionnement des systèmes de santé dans leur ensemble, l'empreinte du «paradigme chrétien» sanitaire qui remonte à l'entreprise coloniale, et dont il convient de se détacher pour effectuer une «évaluation laïque de la qualité des soins confessionnels». Alors il est possible d'identifier moins la permanence de valeurs religieuses partagées par les personnels

de santé, qu'un système de financement et d'organisation des structures (impulsé par les Églises chrétiennes) mais aussi de formation des soignants qui favorise la délivrance de soins de qualité, au regard de ce qu'offrent les structures non confessionnelles. Nous est ainsi présenté le processus par lequel l'offre de soins confessionnelle – valorisée et légitimée – a «très largement contribué à la structuration de l'offre de soins en Afrique». De plus, sur le plan économique, le personnel qualifié présent dans le confessionnel, pas plus que les médicaments et matériels qu'ils utilisent, ne sont à la charge de ces centres, leur donnant inévitablement la possibilité de délivrer des soins d'une qualité supérieure à ceux proposés par le public. Déplacement du registre explicatif qui contribue à l'émergence d'un objet de recherche – une anthropologie historique des systèmes de santé – que n'aurait guère permise une lecture uniquement focalisée sur les expressions religieuses des soins confessionnels.

Avec l'appui d'outils techniques de plus en plus performants – en matière d'analyse spatiale, statistique et géographique – la géographie de la santé opère un changement de regard et de perspective du même ordre que celui repéré lorsqu'il s'agit de renouveler l'approche anthropologique des soins confessionnels ou, plus généralement, privés, pour ouvrir une réflexion sur les identités des soignants ou les déterminants des pratiques de soins «de qualité». Le regard est celui qui s'est porté sur les «espaces partagés», notion forgée – nous expliquent P. Handschumacher et J.-P. Hervouët – afin de «ne plus limiter [l'analyse de] l'extension possible d'une maladie à celle de son vecteur ou hôte intermédiaire, mais à l'ensemble des espaces présentant une convergence de facteurs épidémiogènes». Les espaces à risque ainsi définis à partir d'études sur l'onchocercose, la trypanosomiase ou la bilharziose sont «partagés entre personnes saines et malades mais aussi entre hommes et vecteurs». De cette nouvelle appréhension du risque sanitaire, découle la reformulation de perspectives de recherche en géographie de la santé: si, grâce à ses outils techniques de plus en plus performants et à cette représentation en termes d'«espaces partagés», elle se dote des moyens de mieux décrire et comprendre les évolutions environnementales et humaines des espaces, elle se voit aussi contrainte d'intégrer dans son projet scientifique les dimensions sociales (comment et pourquoi les populations se déplacent d'un espace à l'autre?) et politiques de la santé (les formes et fréquences de leurs déplacements révèlent aussi la pertinence du maillage des structures de soins). La réflexion enclenchée sur un objet de recherche transformé (espaces devenus «partagés») a donc permis une ouverture de la discipline à des enjeux scientifiques aussi investis par d'autres recherches.

De la technique comme facteur ayant accompagné la modification du rapport à l'objet nous passons, dans le propos de J.-F. Werner, à la technique comme objet même de la recherche. Il conviendrait ici de parler de techniques, tant sont divers, dans le domaine de l'imagerie médicale dont il est ici question, les outils mobilisés (échographie, radiographie, scanner, IRM). J.-F. Werner, à l'instar de M. Mebtoul, part du constat du faible attrait de la recherche en sciences sociales pour les aspects les plus techniques du diagnostic et du traitement. Choix d'un

objet rarement approché qui se construit à partir de réflexions déjà menées sur le rôle des médias visuels (photographie, *telenovelas* latino-américaines) dans les constructions identitaires en Afrique de l'ouest. Émerge alors un «objet hybride à la fois visuel et médical» et qui, de ce fait, ouvre à une série d'interrogations qui situent la réflexion alternativement dans le champ de l'anthropologie de la médecine et dans celui des représentations et pratiques de l'image. Objet novateur et singulier qui, par exemple, pose le problème du «pouvoir de vérité de l'image», légitimé par l'État dans le cas de la photographie et par la science s'agissant de la radiographie, tout en renouvelant l'analyse des rôles et identités des différentes catégories de soignants par le biais de l'usage qui leur est dévolu de techniques d'imagerie (l'échographie est du ressort du médecin, mais la radiographie est de celui du technicien manipulateur). S'arrêtant plus longuement sur les représentations et pratiques de la radiographie durant la prise en charge de la tuberculose au Sénégal, J.-F. Werner conclut, alors, à une «irréductible spécificité de l'imagerie médicale» dans l'espace de réflexion constitué par l'image.

Toujours au Sénégal, et sur une maladie, le paludisme, largement étudiée par la recherche médicale, T. Ndoye et V. Poutrain se proposent de retracer l'histoire des actions menées pour la contenir – des politiques nationales aux pratiques des soignants. Ils mobilisent à cet effet une source d'information spécifique: les thèses de médecine produites au Sénégal et en France, plus particulièrement axées sur les stratégies de prévention, de diagnostic et de traitement. En matière de prévention, le fil historique permet de repérer l'enchaînement de périodes – tant au niveau international à l'OMS que localement dans le pays: de la politique d'éradication visant à interrompre définitivement la chaîne de transmission, au constat de l'impossibilité d'atteindre cet objectif, puis à l'orientation vers le «contrôle» de la maladie. Au sein même de ces actions, l'utilisation de la chloroquine à titre préventif a connu des évolutions, de sa diffusion massive jusqu'au début des années 1980 à sa délivrance, par la suite, à des groupes précis (comme les femmes enceintes et les enfants). La relative constance des méthodes de prise en charge tranche avec les évolutions de l'approche préventive du paludisme. Ce qui ne signifie pas une uniformité de pratiques diagnostiques ou thérapeutiques, en tout temps et en tout lieu: plus exactement, les soignants se sont toujours répartis entre ceux estimant que le diagnostic doit être clinique (compte tenu de l'urgence de traiter) puis éventuellement parasitologique pour confirmer le premier, et ceux qui estiment que l'examen biologique est incontournable. On voit ici se dessiner une rupture entre la logique des concepteurs de programmes (identifier le parasite pour traiter) et l'expérience des praticiens, sur le terrain, qui face à un cas grave et sur la base d'une symptomatologie donnée, décident de traiter – avant, voire même indépendamment, de tout examen biologique. Se configure là un vaste domaine de réflexion où les savoirs mobilisés dans les directives de soins ou de prévention, se trouvent confrontés à d'autres savoirs (parfois sécants, parfois parallèles aux premiers) que mettent quotidiennement en jeu les soignants dans leur pratique.

À partir d'une collaboration avec la santé publique et l'épidémiologie dans des programmes d'intervention relatifs au diabète à La Réunion, B. Chérubini s'arrête sur les mécanismes de construction du savoir relatif à la prévention et, partant, sur l'«espace social» dans lequel il s'inscrit. Réflexion sur l'objet-prévention rendue possible par une confrontation de l'anthropologie avec les «demandes» de la santé publique et de l'épidémiologie – formulées en termes d'exploration des «représentations culturelles de la maladie chronique». Les questions alors posées à l'anthropologie revenaient systématiquement à évaluer le degré de compréhension des messages par les «populations» – personnes à risque ou diabétiques hospitalisés – ... ceci dans l'occultation totale des prérequis des politiques de prévention. Or il s'avère indispensable d'en faire l'anthropologie pour déceler les ressorts des croyances qui fondent, non pas tant les attitudes des destinataires des messages, que les discours de leurs concepteurs et des institutions sanitaires: parmi d'autres enjeux, il s'agit là de se demander comment ces derniers se représentent la société réunionnaise ou encore la relation patient/soignant. En se déplaçant des «populations» vers les acteurs de la santé, le regard de l'anthropologue se renouvelle et se donne – là encore – les moyens d'embrasser la complexité de l'entreprise préventive. Réfléchir l'objet (comment définir cette «prévention» que la santé publique demande à l'anthropologie d'étudier? La santé publique n'en modèle-t-elle pas les contours au point de devoir être elle-même l'objet de l'analyse?) – nous en avons là un nouvel exemple – ne débouche pas sur un enfermement ou une limitation du propos: cela donne au contraire la possibilité de développer une analyse novatrice, ici sur les diversités des cultures médicales et professionnelles qui «s'engagent dans des démarches de prévention».

Exercice de réflexivité auquel se consacre F. Eboko en montrant, par un retour sur son cheminement intellectuel, comment peut et doit s'imposer une lecture politiste du sida en Afrique – encore largement absente de l'analyse. Lecture singulière dans la mesure où elle se situe dans l'«interstice» borné par les analyses anthropologiques et celles d'une science politique «spécialisée dans l'action publique». F. Eboko nous propose alors une réflexion soucieuse de ne pas dissocier l'explicitation de la place occupée par l'objet dans le champ scientifique et l'étude empirique de l'objet en tant que tel. Au cœur de cette démarche, est promue la figure sociologique du «Sujet», à la fois acteur et tributaire des transformations des rapports entre hommes et femmes, ou des modalités d'accès aux traitements – pour citer quelques-unes des situations développées dans le texte et emblématiques de toute réflexion sur le sida, en particulier en Afrique. Approche qui se matérialise par un travail d'enquête de type anthropologique et qui en vient à contredire idées reçues et analyses convenues sur le sida: ainsi, contrairement au discours des autorités camerounaises (dont il serait par ailleurs aisé de voir comment il relaie une vision plus large du rapport des jeunes à la maladie), les jeunes ne sont pas dans le «dénî» du sida, ils manifestent bien au contraire la «volonté d'en parler librement»; de plus, en opposition avec ce que révélerait une lecture rapide de données statistiques, les jeunes filles

ne sont pas plus précoces que par le passé et F. Eboko souligne combien l'âge au premier rapport sexuel est constant – et donc finalement «banal» – dans un contexte de crise des repères sociaux qui, lui, est loin d'être banal; enfin, chez les hommes, la recherche de relations extra-conjugales, loin de se réduire à l'expression d'un pouvoir masculin, en est plutôt le signe de la dissolution, recherchée par l'homme voulant se dégager des contraintes maritales et parentales précisément caractéristiques de ce pouvoir. Autant d'analyses qui, ajoutées aux propos sur le positionnement disciplinaire adopté, illustrent le fait que la capacité à contester les idées reçues est d'autant plus forte que l'objet lui-même est interrogé et qu'il se situe aux marges des disciplines habituellement convoquées pour l'explorer.

Constatant une imposition universelle des normes occidentales de la santé, B. Hours s'attache de son côté à démontrer que l'anthropologie se trouve alors en présence d'objets d'études dont elle doit se saisir. «Travail de et sur l'objet» qu'il engage, successivement, autour de la santé publique comme expression politique, de l'idéologie humanitaire comme «idéologie occidentale» et du concept de «santé parfaite» comme «norme globalisante». Objets de recherche construits – et non «donnés comme les objets ethnographiques» – et qui tout à la fois portent sur et se développent aux frontières d'autres champs disciplinaires (la santé publique) ou intellectuels (la morale philosophique): posture de recherche qui participe une nouvelle fois, comme je l'ai souligné précédemment, du caractère innovant de la réflexion engagée. Le premier de ces «objets-étapes», la santé publique, apparaît alors éminemment politique et non pas uniquement comme devant être l'objet d'une anthropologie politique – ce qui est naturellement nécessaire. Analyse que l'on pourrait transposer au second objet étudié – l'action humanitaire – qui, dans sa tentative de rapprocher droit à la vie et droit de l'homme a fait œuvre idéologique. Œuvre «ambiguë» qui révèle une «logique d'occultation de l'altérité»: «l'Autre humanitaire» est certes différent de l'«Autre colonial» comme victime, mais «semblable comme détenteur de droits de l'homme abstraits». Ambiguïté qui réside, fondamentalement, dans l'impossibilité pour l'action humanitaire de se détacher d'une norme occidentale de la santé «rendue intégriste à force de tendre à devenir parfaite». C'est là le troisième objet d'anthropologie de la santé qu'interroge B. Hours. Concept de «santé parfaite» dont l'une des plus remarquables expressions demeure la «sécurisation» croissante des corps: le sujet social et politique s'efface alors derrière le corps qu'il s'agit de protéger de risques multiples. On voit ici aussi poindre une forme de négation de l'altérité, jugée menaçante: à ce titre, *aussi*, une telle évolution des représentations occidentales de la santé ayant valeur de normes, ne peut laisser indifférente une science sociale du rapport à l'autre comme l'anthropologie.

Ajoutées à celles de B. Hours, les analyses présentées dans ce numéro donnent une première image de l'entreprise de rénovation des sciences sociales de la santé souhaitée et annoncée au début de cette présentation: exercice de

réflexivité qui revient notamment à questionner le paradigme de la demande «sociale», «médicale», quitte à s'en affranchir. Ceci pour affirmer que les objets de la santé que l'on étudie sont aussi et surtout le résultat d'un double travail. Il s'agit d'une part d'interpréter le réel sans se contenter de répondre à des suggestions de recherche sur telle ou telle question, suivant tel ou tel argument (médical, de santé publique...). Il n'y a là nulle prétention des sciences sociales à ignorer les enjeux liés au transfert de ses connaissances, à l'application de ses résultats: nous signifions là que tenir cet objectif ne passe pas par une mécanique de réponse à la demande que l'interdisciplinarité encourage encore fréquemment. D'autre part, et pour tenir cette perspective, il convient de défendre l'idée de la mise en œuvre d'un travail de réflexivité – sur ses collaborations avec les autres disciplines donc sur ses méthodes, mais aussi sur ses concepts – comme condition première pour renouveler ce questionnement du réel. Autant de propositions qui sont des ouvertures, non des repliements disciplinaires et théoriques: les contributions qui suivent – sur des thèmes et suivant des référents disciplinaires qui n'épuisent bien évidemment pas les apports possibles des sciences sociales – ouvrent la voie de ce projet scientifique.

### BIBLIOGRAPHIE

- BLOOR D. [1991, 1<sup>re</sup> éd. 1976], *Knowledge and Social Imagery*, Chicago, The University of Chicago Press.
- BOURDIEU P. [2001], *Science de la science et réflexivité*, Paris, Raisons d'Agir.
- FASSIN D. [2003], «Les nouvelles frontières de la santé», *Sciences humaines*, n° 141, p. 16-24.
- LENCLUD G. [1995], «Les incertitudes de la notion de science appliquée», in Jean-François Baré (éd.), *Les applications de l'anthropologie. Un essai de réflexion collective depuis la France*, Paris, Karthala, p. 49-63.
- LINDENBAUM S. [1992], «Knowledge and Action in the Shadow of AIDS», in G. Herdt et S. Lindenbaum, *The Times of AIDS. Social Analysis, Theory and Method*, New York, Sage, p. 319-333.
- MERTON T. [1973], *The sociology of science*, Chicago, Chicago University Press.
- PASSERON J.-C. [2001], «Formalisation, rationalité et histoire», in J. Grenier, C. Grignon et P.-M. Menger. (éd.), *Le modèle et le récit*, Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, p. 215-82.
- VIDAL L. [2004, à paraître], «L'instant de vérité. Glissement de l'objet à son écriture en anthropologie», *L'Homme*.
- VIDAL L. [2004, à paraître], *Une anthropologie du singulier. Études africaines*, Paris, IRD-Karthala.

## **«L'introuvable» césure public-privé en Algérie De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins**

*Mohamed Mebtoul \**

L'un des glissements importants observé au cours de la dernière décennie dans le champ de la santé en Algérie me semble lié à la montée importante du secteur privé au pluriel qui élargit sans cesse ses différentes activités de soins <sup>1</sup>. Au-delà de ses aspects quantitatifs, illustrés par une majorité de spécialistes exerçant dans les structures de soins privées (51 %) et la création depuis la décennie 1990 d'une centaine de cliniques privées et plus de deux cents en projets, le questionnement est ici focalisé sur les sens des transformations qu'il permet de mettre en exergue dans le champ de la santé. Elles semblent indiquer notamment une recomposition des rapports entre les pouvoirs publics, les médecins du secteur dit public et celui du privé. Recomposition liée à l'émergence de nouveaux investisseurs sur la scène sociosanitaire, à la mise en œuvre d'autres rapports professionnels dans l'espace de soins privés; ce qui permet aussi d'interroger les relations soignants-soignés déployées dans un tout autre cadre socioprofessionnel. Plus précisément, peut-on évoquer ou non des changements du lien social entre le personnel de santé et les malades en comparaison de ce qui a pu être observé dans les structures publiques de soins? [Mebtoul *et alii*, 1998; Jaffré, Olivier de Sardan, 2002]. Enfin, la poussée importante des rapports marchands dans le domaine des soins, enchâssés dans un mode de régulation bureaucratique difforme, opaque, fonctionnant moins au respect de la norme qu'aux relations personnelles et au clientélisme, ne renforce-t-elle pas le mouvement d'intégration et d'exclusion de la population selon ses ressources financières et relationnelles [Hours, 2003]? Il me semble que ces questionnements sont susceptibles de nous

---

\* Maître de conférence au département de sociologie, faculté des sciences sociales, Université d'Oran et directeur du laboratoire de recherche en Anthropologie de la santé. Adresse professionnelle: Université d'Oran, faculté des Sciences Sociales, BP 1524, Oran Mn'aouer, 31000, mebtoul@netcourrier.com.

1. Il faut bien-entendu souligner que le secteur privé dans le domaine des soins est représenté par des mondes sociaux très différenciés et hiérarchisés selon les générations de médecins, leurs spécialités, les moyens techniques investis, leur lieu d'implantation. On peut rapidement évoquer la métaphore de la pyramide: du médecin généraliste, récemment installé, à la recherche de quelques patients, qui est au plus bas de la hiérarchie sociale, en passant par les nombreux spécialistes, qui représentent à eux seuls des mondes très diversifiés, et enfin, au plus haut de la hiérarchie, l'émergence des cliniques privées qui s'imposent par l'investissement financier consenti, les moyens techniques déployés, et le travail de captation d'un nombre important de médecins qui exercent aussi bien à l'hôpital que dans les cabinets privés.

conduire à formuler de nouveaux objets et enjeux dans le champ de la santé; d'où le paradoxe suivant: ne sommes-nous pas restés «prisonniers» du secteur étatique et des questions de «santé publique», même en étant analysées dans leur dimension critique, occultant une autre réalité sociosanitaire (le secteur privé)? Sa compréhension n'est-elle pas judicieuse dans une perspective plus globale où la santé serait envisagée comme fait social total dans nos sociétés du Sud? Il nous a donc semblé important d'amorcer la réflexion sur le fonctionnement du secteur de privé des soins en nous limitant strictement à la société algérienne. Autrement dit, notre posture s'est essentiellement focalisée sur le sens des transformations du système de soins algérien. Les éléments présentés ici restent donc spécifiques à l'Algérie.

Peut-être est-il pertinent de rappeler les objets «traditionnels» et récurrents de l'anthropologie de la santé pour mieux préciser ceux qui ont été peu étudiés en partant des nouvelles configurations qui se dessinent dans le champ de la santé. L'analyse fine des dysfonctionnements des structures publiques de soins, les rapports soignants-soignés, les statuts des professionnels de la santé, la régulation centralisée, verticale et administrée du système de soins, menée par l'État, la gestion des maladies chroniques (cancer, sida, etc.) par les acteurs sociaux (malades, professionnels de la santé et les pouvoirs publics), restent des objets privilégiés des anthropologues de la santé. Au-delà des problématiques diversifiées, leur caractéristique commune est, me semble-t-il, d'avoir restreint leur champ d'investigation aux espaces étatiques de soins, que ce soit l'hôpital ou les structures «périphériques» dans les pays du Sud. Il faut tout de même rappeler que ces recherches anthropologiques ont contribué, après les travaux précurseurs d'Augé et d'Herzlich [1984] à dévoiler les multiples sens du mal, à insister sur la pluralité des significations attribuées à la santé, sur la complexité du travail médical dans le cas des maladies chroniques où le patient est partie prenante dans la gestion des soins [Strauss, 1992], sur les enjeux politiques du système de santé [Fassin, 1996], sur la médecine comme pratique sociale, où l'incertitude y est aussi fortement prégnante [Fox, 1988]. Ces travaux ont notamment permis de montrer la complexité et la richesse du statut du malade réduit souvent à être ce déviant, selon le vocabulaire parsonien, qui intègre en silence le monde social de la médecine, présenté comme le seul détenteur du monopole de la gestion du mal. Reconnaissons ici la dette vis-à-vis des recherches qui se sont placées d'emblée dans une position réflexive et critique, permettant d'évoquer la nécessité d'une anthropologie de la maladie et de la santé qui refuse de s'enfermer dans une seule rationalité, fut-elle sous-tendue et dominée par le savoir médical déployé de façon offensive dans le champ de la santé [Good, 1998].

Mes travaux, dois-je le souligner, portent profondément la marque des perspectives présentées ici à grand trait. Elles m'ont permis d'investir pendant plus de quinze ans les différentes structures «publiques» de santé, de décrire les interactions entre le personnel de santé et les patients, d'insister sur ce processus de déclassement et de dévalorisation des professions de santé, et notamment celles des médecins qui exercent dans un mode de régulation centralisé et bureaucra-



que du système de soins officiel. J'étais bien dans la «lignée» proposée par l'anthropologie de la santé qui s'est enrichie, en opérant de façon directe ou détournée un nombre important d'emprunts conceptuels et méthodologiques au courant interactionniste américain. L'une de ses dimensions centrales est d'insister notamment sur la prégnance de la construction des situations sociosanitaires [Freidson, 1984; Strauss, 1992]. Mes recherches ont enfin été axées sur le fonctionnement de l'espace familial dans le domaine des soins, en insistant particulièrement sur la production de santé déployée par les femmes dans la gestion et le travail domestique de santé [Cresson, 1995].

Avec le recul, je dois admettre que mon regard s'est en grande partie restreint aux espaces étatiques de soins: l'hôpital et les structures «périphériques». La construction de mes objets ne s'est pas départie d'une sorte de myopie intellectuelle, en occultant une autre réalité sociosanitaire déployée par le secteur privé. Qu'on le veuille ou non, le choix de nos objets n'est pas neutre. Mes présupposés sont donc réels dans la sélection des thèmes de recherche, ayant abouti à l'amputation de tout le pan de la réalité sanitaire privée. N'y a-t-il pas là, une forme d'«auto-censure» à mener une investigation fine au sein du secteur privé, même si les jugements et les interprétations sur son mode de fonctionnement n'ont pas manqué? Permettent-ils pour autant de situer finement son émergence sur la scène sociale, ses logiques sociales, ses multiples rapports avec les autres acteurs sociaux (patients, professionnels, pouvoirs publics)? Ce qui dévoilait peut-être deux éléments: le premier, c'est de considérer que la régulation du système de soins serait uniquement du ressort des pouvoirs publics. Ceci est pourtant loin de correspondre à la réalité sociosanitaire. Elle montre l'émergence de nouvelles figures d'acteurs comme celles des médecins-«entrepreneurs» ou des patrons privés, élargissant leur champ d'activités, en s'engageant dans la construction de cliniques privées qui prennent en charge un nombre appréciable de spécialités médicales. Il suffit d'écouter les propos du personnel de santé qui admettent que «les cliniques poussent comme des champignons» (sage-femme, clinique privée). À côté de la santé «privée» marquée par un ancrage important dans la société, accueillant les différentes catégories de patients<sup>2</sup>, même si la majorité d'entre eux font partie des couches sociales aisées, les États en Afrique ou les organismes internationaux comme l'OMS ne cessent de continuer d'évoquer inlassablement les différentes réformes à entreprendre pour tenter de donner une autre image des hôpitaux dégradés, de sacraliser sur le plan discursif les questions de prévention et de santé publique, même si, dans la réalité, de faibles moyens y sont consacrés.

Le deuxième élément important, peu étudié dans une perspective anthropologique, et pourtant pertinent pour comprendre autrement les dysfonctionnements du secteur public, a trait à son imbrication avec les structures de soins privées. L'imbrication ne signifie pas, bien-entendu, une «coopération» neutre entre les

---

2. Nos enquêtes montrent bien que des patients de conditions sociales modestes sont parfois contraints de recourir aux cliniques privées, empruntant de l'argent auprès du réseau familial ou n'hésitant pas à vendre des objets de valeur comme l'or pour faire face aux dépenses de soins.

agents exerçant dans les deux secteurs, mais elle indique ici le champ du possible offert à certains professionnels de la santé dans le but d'accroître de façon substantielle leurs revenus. Autrement dit, l'imbrication prend corps dans un processus de normalisation qui se traduit par exemple par une mobilité légale et donc encouragée par les pouvoirs publics<sup>3</sup>, du personnel de santé formé à l'hôpital, à exercer dans les secteurs publics-privés. Ce double investissement professionnel n'est plus aujourd'hui un phénomène à la marge ou exceptionnel. Il est au cœur des stratégies de reclassement d'une majorité des professionnels de la santé. On peut donc être sage-femme à l'hôpital et exercer parallèlement dans une clinique privée. On peut être responsable d'un service hospitalier de chirurgie, tout en étant plus disponible pour assurer des actes opératoires dans un espace sanitaire privé. L'imbrication évoquée ici, est donc entendue comme une production sociale permettant aux acteurs d'intégrer le secteur privé qui se nourrit et se renforce à partir des dysfonctionnements des structures publiques de santé. La captation du personnel de santé de l'hôpital par les nouveaux investisseurs du secteur privé, n'est donc pas sans liens avec la banalisation sociale qui caractérise le fonctionnement des hôpitaux. Ils se présentent comme des espaces bureaucratiques difformes et anonymes. Les relations personnelles sont privilégiées dans l'accès aux soins, refoulant la majorité des patients anonymes qui ne «connaissent pas» dans une logique de l'attente pour obtenir un rendez-vous ou être hospitalisé [Mebtoul, 2002]. Enfin, le peu de crédit accordé par une majorité de professionnels de la santé aux transformations promises par les pouvoirs publics qui s'accrochent à un mode de gestion par le haut et distant des acteurs locaux, semble aussi contribuer au renforcement du secteur privé.

La première partie doit me permettre d'indiquer les sens des transformations dans le champ de la santé. Il s'agira de mettre en exergue la nouvelle configuration qui prend socialement forme dans le champ de la santé, avec notamment la montée de la marchandisation dans le domaine des soins qui se traduit par la régression du «corporatisme d'État» [Segrestin, 1985] dans la régulation du système de soins, illustrée par la réduction draconienne des dépenses de santé<sup>4</sup>. Le discours rhétorique sur la nécessité de réformer le secteur dit public n'interdit pas à l'État de reconnaître officiellement la poussée importante de la santé privée. Après le déni du secteur privé et son étiquetage comme acteur préoccupé uniquement par «l'argent», durant les décennies 1970 et 1980, les pouvoirs publics mais aussi les professionnels de la santé du secteur dit «public» tentent aujourd'hui de composer avec lui; d'où l'évocation récurrente des termes de «partenariat» et «d'intégration» qui se substituent à ceux «d'encadrement» et de «contrôle administratif» utilisés antérieurement, au moment où le secteur étatique de santé dominait le «marché» des soins.

3. En Algérie, le décret n° 99-236 du 19 octobre 1999, autorise tout spécialiste du secteur public à exercer deux demi-journées par semaine au sein du secteur privé ou para-public. Mais il faut rapidement préciser qu'antérieurement au décret, nombre de spécialistes avaient investi activement le secteur privé sous des formes multiples (remplacement de médecins privés, réalisation d'actes opératoires dans les cliniques pour des patients consultés bien souvent à l'hôpital, etc.).

4. La dépense nationale de santé est passé de 6 % du PIB dans les années 80, à 4,6 % en 1993, et se situe aujourd'hui à 3,6 %.

Dans une deuxième partie, je m'attacherai à identifier les nouveaux objets en santé qui résultent de la poussée du secteur privé dans le champ de la santé. J'insisterai particulièrement sur le statut de la privatisation des soins dans la société algérienne, son développement et ses différentes constructions sociales qui dévoilent les multiples liens entre les pouvoirs publics, certains médecins de l'hôpital et ceux des cliniques privées. L'analyse doit pourtant être affinée de l'intérieur pour tenter de caractériser les rapports professionnels qui se mettent en place dans les cliniques privées. Il semble important de comprendre la multiplicité de logiques fortement imbriquées: le paternalisme déployé par le «patron» de la clinique se conjugue aisément avec des rapports professionnels sous-tendus par une gestion flexible du personnel qui semble contraster avec celle de l'hôpital, se traduisant par l'imposition de contrats à durée limitée, par «l'encouragement» à la polyvalence des tâches parmi les agents paramédicaux, par l'absence de déclaration des agents exerçant de façon vacataire à la sécurité sociale. Mais le déploiement de ces rapports professionnels antinomiques avec ceux de l'hôpital, ne sont rendus possibles que par le jeu social des acteurs des deux structures de soins et la constitution de réseaux professionnels qui contribuent à élargir l'assise sociale du secteur privé et fragilisent au contraire le secteur étatique de santé.

### **L'hôpital au cœur du renforcement du secteur privé**

L'attrait d'un nombre important de médecins spécialistes vers le secteur privé, ne relève pas, à l'origine, d'une option autonome et donc explicitement affirmée par ces derniers. L'expérience professionnelle acquise à l'hôpital représente un élément décisif dans leur choix de la pratique libérale. Les structures publiques de soins, productrices d'événements professionnels vécus négativement, mis fortement en valeur par les médecins [Mebtoul, 1994], ne sont pas sans liens pour comprendre le renforcement du secteur privé. Celui-ci a pourtant fonctionné pendant plus de deux décennies à la marge, presque «honteusement» dans un système de soins régulé par le haut et focalisé sur l'hôpital. «Nous avons cherché en quittant l'hôpital à réapproprier notre fonction thérapeutique phagocytée par des tâches lourdes qui n'étaient pas toujours les nôtres» (psychiatre). L'émergence de la pratique de clientèle prend donc socialement corps dans une dynamique d'ensemble qui est loin d'être autonome du fonctionnement-dysfonctionnement de la structure hospitalière. Dans les entretiens réalisés avec quelques médecins privés, au début des années 1990, la référence à l'hôpital restait essentielle. Elle indiquait la difficulté du secteur privé de construire au départ ses propres territoires. Il s'agit d'insister ici sur le processus de transformation du secteur privé peu reconnu pendant près de vingt ans par les acteurs du système de soins officiel; *a contrario* de ces dernières années, où il semble avoir un statut plus important et considérablement renforcé.

«Je vis la situation au cabinet comme une profonde astreinte et une frustration professionnellement parlant. L'activité au cabinet est totalement différente. C'est la routine, surtout pour un spécialiste. C'est l'aspect recherche et enseignement qui me manque. Mais aussi

les cas intéressants ; dès que le malade devient un cas compliqué, on sort de la routine, mais il faut l'adresser à l'hôpital. C'est ce sentiment d'isolement très profond sur le plan social et professionnel. Pour moi, le cabinet, c'est une prison. Je suis en détention. Le médecin privé universitaire doit se sentir en détention» (spécialiste en pédiatrie).

La référence constante à l'hôpital est ici essentielle pour comprendre, au départ, la difficulté des médecins spécialistes privés de rompre symboliquement avec l'emprise du système de santé officiel marqué par une logique de fonctionnarisation mais aussi d'intégration, détenant, tout au moins formellement, le monopole des soins de « haut niveau », de la recherche et de l'enseignement des sciences médicales. L'hôpital exerçait sur les médecins, dans les décennies 1970 et 80, un mouvement ambivalent d'attraction-répulsion. Tout en exerçant en pratique libérale, le spécialiste rêvait de pouvoir un jour s'insérer temporairement dans le circuit de l'hôpital qui produisait tout de même, malgré ses dysfonctionnements quotidiens, de la reconnaissance sociale par la médiation de l'enseignement et surtout la présence des « aînés », et donc de la hiérarchie médicale. En outre, le contexte sociopolitique (« gratuité » des soins, ambitieux programmes de soins de santé primaire, etc.) n'était pas à l'évidence au profit du secteur privé souvent obligé de plier l'échine pour faire admettre ses malades à l'hôpital<sup>5</sup>, de subir un étiquetage « adapté » à la période « socialisante », devenant mécaniquement le lieu de médecins « intéressés » uniquement par « l'argent » ou à « gonfler l'ordonnance » pour satisfaire les sollicitations du patient. La logique de soupçon à l'égard de la pratique libérale m'a semblé prégnante pendant les décennies 1970 et 1980 face à des structures publiques de santé encouragées et choyées par les pouvoirs publics et les organismes internationaux (OMS). Les premiers se sont appropriés des moyens financiers importants grâce à la rente pétrolière. La deuxième avait le soutien et l'aval des pays membres ayant adopté le programme des soins de santé primaire appliqués par et dans les structures publiques de santé. On observe, durant cette période, la prégnance d'une logique de captation de la santé par les pouvoirs publics qui avaient ce privilège d'imposer aisément les règles du jeu dans le champ médical, de mettre sous contrôle administratif et politique une minorité de médecins qui s'étaient « prématurément » engagés dans la pratique libérale.

Mais les hôpitaux vont de façon générale perdre leur « âme ». Les professionnels de la santé semblent « courir » en vain, selon leur expression, pour tenter d'assurer l'acte médical ou paramédical. L'argent n'est plus aussi aisément disponible en raison de la réduction de la rente pétrolière à partir de 1986. Les professeurs hospitalo-universitaires, à l'origine de la formation de nombreux médecins, prennent progressivement distance avec l'hôpital et la faculté de médecine. Ils s'orientent progressivement vers d'autres activités (recherche, conception des programmes sanitaires, intégration dans les multiples commissions

5. Ce médecin généraliste privé disait : « avec l'hôpital, ce sont des relations difficiles, très difficiles. Quand on envoie des malades à l'hôpital, ils sont mal reçus par les infirmiers. Ce sont eux ou les internes qui font le tri. Ils ne prennent pas le soin d'examiner nos malades, alors que c'est une urgence : c'est sérieux quand on envoie à l'hôpital. Mais c'est une mentalité. Ils se croient plus forts que le médecin privé. Il y a trop de bureaucratie dans un CHU. Les relations sont mauvaises ».

de réformes au sein du ministère de la santé, conseillers du ministre, lui même professeur de médecine). Les nominations par le haut et pour une durée indéterminée («à vie» diront certains) des responsables de services hospitaliers, sont loin de favoriser leur «stabilité», valorisant le statut au détriment de la professionnalité déployée dans l'espace de soins. L'étude d'un certain nombre de services hospitaliers au cours de la décennie 1990 [Mebtoul, 1994; Mebtoul *et alii*, 1998], permet d'indiquer la prégnance des formes sociales de confusion, de «flou» et d'incertitude dans la réalisation des activités de soins dans les structures hospitalières. Plus essentiellement, le champ de la santé est profondément marqué par une configuration verticale qui freine toute médiation sociale sous-tendue par des contre-pouvoirs réels – illustrée par l'absence d'acteurs sociaux ou d'associations puissantes susceptibles de faire contrepoids aux décisions prises par les pouvoirs publics – en grande partie à l'origine des effets pervers du fonctionnement des structures hospitalières. Ceci se traduit en particulier par la désaffiliation progressive d'un nombre important de spécialistes à l'égard du secteur étatique, qui vont constituer de façon majoritaire le corps social du secteur privé.

La césure secteur étatique – privé dans le champ de la santé doit donc être relativisée. Elle s'interdit de rendre compte des rapports complexes et dynamiques entre les deux mondes sociaux représentés par les médecins privés et leurs confrères de l'hôpital qui a été et reste, on l'oublie souvent, l'espace de socialisation de tous les praticiens. Ses dysfonctionnements et les logiques sociales déployées par les responsables de l'hôpital contribuent en partie aux transformations du champ de la santé, et en particulier, à la montée importante de la privatisation de la santé; d'où l'intérêt de construire de nouveaux objets de recherche en partant de la marchandisation du domaine des soins.

## Émergence de nouveaux objets en santé

### «Marchandisation» des soins

Les nouvelles configurations qui se dessinent dans le champ de la santé permettent de formuler de nouveaux questionnements, d'identifier d'autres objets peu présents dans la recherche anthropologique. Il me semble que l'axe sur lequel il est important de réfléchir et de mener des travaux d'investigation est *la montée de la marchandisation forcée* dans le domaine des soins. Elle m'apparaît de plus en plus perceptible à partir de l'accroissement des moyens techniques (scanner, IRM, etc.) appropriés de façon dominante par les professionnels du secteur privé. Cette «base» technique mais aussi sociale du secteur privé est à l'origine d'un «marché» extrêmement important. Il lui permet de capter un nombre appréciable de patients. Ils n'ont souvent pas d'autres alternatives quand les hôpitaux sont contraints aujourd'hui de s'inscrire dans un rapport de dépendance à l'égard du secteur privé. Il devient, par la force des choses, un passage obligé, même pour les patients qui ont recours aux formations sanitaires étatiques, contraints de réaliser la majorité des examens dits «complémentaires» au sein du secteur privé.

Ce «marché privé des soins» s'est constitué de façon rapide, brutale et violente durant la décennie 1990. Il continue à opérer dans un cadre socio-organisationnel marqué par le flou et l'opacité. Même si l'autorisation d'ouverture des cabinets et des cliniques privées<sup>6</sup> est légale, il n'en demeure pas moins que son fonctionnement au quotidien est peu réglementé. Autrement dit, il exerce sans normes explicites. Les pouvoirs publics ne se sont pas donnés les moyens de contrôler ses différentes activités. Les prix de ses prestations sont bien souvent fixés de façon très variable selon l'espace de soin privé, particulièrement dans les cliniques privées. Il n'est pas rare d'observer la reproduction du «monopole» marqué par un rite de passage (du public au privé) qui efface toute logique de concurrence, particulièrement quand la clinique privée est seule à détenir le «fameux» équipement technique ou à recruter un médecin porteur d'une réputation socialement reconnue. N'étant pas soumis à un contrôle rigoureux des pouvoirs publics, ce marché des soins privés «difforme» va avoir un ancrage important dans une société où «ses» agents sont confrontés au quotidien aux multiples incertitudes, aux errances thérapeutiques, à la survalorisation sociale du spécialiste<sup>7</sup>, aux logiques de l'attente pour se soigner et à la prégnance du capital relationnel dans les structures publiques de soins pour tenter «d'arracher» un service donné. Autrement dit, la marchandisation du domaine de soins se constitue sur un terrain propice et favorable qui lui permet aujourd'hui d'imposer en toute quiétude ses exigences dans le domaine des prix, de faire patienter ses «clients», d'intégrer aisément un personnel rémunéré dans une logique informelle parce qu'il n'est pas toujours déclaré aux services des impôts<sup>8</sup>.

En partant de ces premiers éléments d'observation, la réflexion sur la marchandisation dans le domaine des soins dans les pays du Sud, me semble pertinente pour au moins deux raisons essentielles. La première est d'interroger le statut de la «privatisation» des soins, et plus précisément, son mode de construction et de développement dans une économie rentière, comme c'est le cas de l'Algérie, en essayant de saisir ses liens avec le fonctionnement du secteur étatique de santé, mais aussi avec les pouvoirs publics. Il s'agit bien de l'appréhension

6. Les experts du Ministère de la Santé, de la Population et des Réformes Hospitalières, reconnaissent implicitement le développement extrêmement rapide et peu maîtrisé du secteur privé. «Après avoir été limité essentiellement aux activités de consultation, le secteur privé a connu un développement rapide dans les années 1990, à la faveur de la promulgation de la loi 88-15 du 3 mai 1988 et du décret 88-204 du 18 octobre 1988, fixant les conditions de réalisation et de mise en fonctionnement des cliniques privées. Son champ d'intervention s'est étendu ainsi aux activités d'explorations (biologiques et radiologiques) et d'hospitalisation (chirurgie et gynécologie-obstétrique notamment). Le secteur privé regroupe actuellement 51 % de l'effectif total des praticiens généralistes, 32 % de celui des généralistes et 89 % de celui des pharmaciens» (Document: «Développement du Système National de Santé, stratégie et perspectives», Ministère de la Santé, mai 2001, p. 22).

7. Il serait intéressant de réaliser un travail ethnographique en partant des plaques professionnelles situées à l'entrée des cabinets privés. Les premières observations montrent une réappropriation abusive du terme de spécialiste. Tout étant médecin généraliste, il s'octroie le titre par exemple de spécialiste des enfants, ou autre titre; ce qui indique bien qu'il n'est pas très conseillé de se présenter avec le statut de médecin généraliste. En Égypte, Chiffolleau [2002] observe un phénomène identique.

8. Le personnel de santé continue dans bon nombre de cliniques privées à être rémunéré en espèces remises dans des enveloppes.

der à partir d'une dynamique d'ensemble qui lui donne sens, tout en pointant de façon fine ses multiples imbrications, la formation des réseaux clientélistes qui se constituent entre les acteurs sociaux du secteur étatique de santé et celui du privé [Hadjadj, 1999]. La question implicite est bien-entendu de savoir si le secteur privé, avec ses ramifications au sein du secteur étatique lui permettant de mobiliser rapidement des professionnels de santé de l'hôpital, de capter aisément un nombre important de patients désemparés face à la maladie, a la possibilité de fonctionner *autrement*, tout étant inséré dans une logique bureaucratique qui marque le fonctionnement du système de santé. En Afrique de l'Ouest, Olivier de Sardan [2002, p. 114] insiste sur ce qu'il appelle le

« syphonnage » du public par le privé qui atteint des sommets, que ce soit par la « fuite » des matériels des hôpitaux vers les cliniques, avec le détournement massif de médicaments, avec l'absentéisme au travail au profit des consultations en ville ou le détournement de clientèle, etc. Certaines formes de syphonnage existent en Europe, parfois officialisées ou tolérées (les lits privés dans les hôpitaux); en Afrique, où elles n'ont guère de limites, elles rendent le secteur public encore plus vulnérable et démuné.

Mais les pouvoirs publics sont aussi impliqués dans ce jeu d'acteurs. Ils sont donc loin d'être au-dessus de la mêlée sociale. Ils ont contribué, nous l'avons noté, à légaliser l'activité complémentaire accordée depuis 1999 à tous les spécialistes du secteur étatique de la santé, dans le but d'atténuer leurs revendications salariales. Ils ont depuis trente ans continué à privilégier un mode de régulation centralisée du système de soins, à l'origine de la production des stratégies de reclassement, d'indifférence et de désaffiliation d'un nombre important de professionnels de la santé du secteur « public ». La montée importante de la marchandisation des soins, qui ne sous-entend pas ici sa prédominance dans le champ de la santé, traduit le passage d'une idéologie de la « gratuité des soins » à l'*importance de l'argent* pour tenter de se soigner. Il représente l'élément essentiel au cœur de ce double mouvement d'intégration et d'exclusion de la population. À la santé « publique » longtemps privilégiée même dans sa forme rhétorique [Fassin, 2001] par les pouvoirs publics, se substitue aujourd'hui un autre discours social centré sur la réforme hospitalière. Ce glissement des objectifs et de la démarche de l'État traduit bien, au-delà du leitmotiv sur la rationalisation des activités de soins au sein des CHU, un impératif majeur qui est celui du recouvrement des coûts par les patients, même si des nuances et une prudence « politique » semblent de mise, en ciblant uniquement les catégories aisées qui seraient concernées par ces mesures. À titre comparatif, November [2001, p. 158] observe, en Hongrie, un phénomène analogue décrit en termes d'alliance tacite entre certains agents de l'État et ceux du secteur privé :

La bureaucratie et le marché ont trouvé une complicité étonnante dans le détournement des ressources du système de santé. Par exemple, les institutions publiques de santé et les initiatives privées parviennent à vivre en symbiose, ce qui donne une curieuse alliance entre intérêts publics et privés, mais qui ne sert pas l'intérêt général.

Les pouvoirs publics sont enchâssés dans de multiples réseaux d'influence et du clientélisme. Ils contribuent donc à la construction du statut de la privatisation de la santé, en favorisant de façon pas toujours transparente les importations

d'équipements médicaux, en octroyant de façon sélective les autorisations d'ouverture de cliniques privées. Autrement dit, leur position est caractérisée par le «flou», le secret, la solidarité entre eux et l'ambivalence<sup>9</sup>. Elle interdit donc la production de normes rigoureuses et claires sur la nature des actes médicaux et les prix des prestations assurés par les nouveaux investisseurs privés dans le champ de la santé. Peu d'études ont, me semble-t-il, tenté de décrypter les multiples liens informels entre les acteurs sociaux (pouvoirs publics, agents du secteur étatique de la santé et du privé) qui tendent à renforcer le processus de marchandisation des soins.

L'anthropologie de la santé n'est pas démunie pour tenter d'investir activement le fonctionnement au quotidien des cliniques privées<sup>10</sup>. On exposera donc la deuxième raison qui peut autoriser une compréhension plus fine de la marchandisation des soins. Ici, l'investigation se situe moins au niveau du processus qui donne sens à la privatisation des soins que dans l'élucidation des rapports de travail entre les professionnels de la santé et les nouveaux «entrepreneurs» privés. Quelles formes de mobilisation du personnel vont-ils mettre en œuvre? Comment opèrent-ils pour capter les patients? Peut-on identifier ou non des changements significatifs par rapport au fonctionnement des hôpitaux?

On peut ici, tout au plus, suggérer quelques pistes de réflexion à partir des tous premiers éléments d'observation recueillis dans deux cliniques privées. On est d'abord frappé par les nouvelles figures d'acteurs qui émergent dans le champ de la santé. Les premiers investisseurs sont au départ des entrepreneurs privés détenant des petites unités de production – fromagerie, confiserie – ou ayant investi dans les activités de commercialisation des produits multiples, en créant notamment les premières grandes surfaces en Algérie. Dans cet élargissement de leurs activités aux domaines des soins, les stratégies familiales semblent prégnantes. Une division du travail s'instaure entre les différents membres de la famille impliqués dans les différentes activités.

Un des gros avantages de cette clinique, c'est que l'on n'a pas affaire directement au patron. Ils sont quatre frères. Chacun s'occupe d'un domaine. Le responsable de la clinique, c'est Mr. X. Il fait de la gestion. Il ne nous contrôle pas. Il passe par le docteur Y. C'est lui notre intermédiaire. Je trouve que c'est une bonne formule. Dans d'autres cliniques, le propriétaire est lui-même gestionnaire. C'est sa propriété. Il fait comme il veut. Ici, Mr. X

9. Hadjadj [1999, p. 132] insiste très justement sur la logique de fermeture qui semble caractériser le fonctionnement de l'administration sanitaire: «Une des particularités de l'administration de la santé publique est de fonctionner en cercle fermé. La formule "on lave le linge sale en famille" lui sied parfaitement. Dès qu'une affaire de corruption est ébruitée, tout est fait pour la traiter en interne, la "digérer" et l'étouffer rapidement. Dans le pire des cas, sans exagération, les auteurs de délits sont sanctionnés par une... mutation et à l'occasion un blâme, très rapidement effacé du dossier administratif de l'intéressé afin de ne pas gêner une promotion ultérieure».

10. J'étais confronté au scepticisme de certains collègues sociologues algériens et français qui mettaient l'accent à juste titre sur les difficultés d'investir de l'intérieur le monde social et médical des cliniques privées. Au cours d'un colloque, et à titre informel, un sociologue français me disait de façon très spontanée: «les cliniques privées, c'est une bombe atomique». Je dois avouer que mon insertion dans ces espaces n'a pas été facile; j'étais contraint d'utiliser mon capital relationnel pour y pénétrer; mais il faut avoir la patience d'attendre, de revenir sans cesse pour réaliser les entretiens. Il me semble que l'observation peut être au départ pertinente mais non suffisante pour accumuler des données essentielles sur le fonctionnement des cliniques privées.



ne vient pas s'immiscer dans notre travail. Ils respectent. Ils sont très respectueux du travail des médecins (gynécologue, clinique privée).

Pour investir la clinique et y mener l'enquête, j'ai eu recours dans un premier temps au médecin-réanimateur, Mr. Y. qui assure la fonction de directeur technique. Il se présente en effet comme le *manager* de la clinique. Il assure non seulement ses activités de médecin-réanimateur mais aussi de gestion de l'espace de soins privé (suivi des travaux de montage des nouveaux équipements techniques, coordination des tâches entre le personnel de santé, construction de réseaux avec les médecins des cabinets privés et ceux de l'hôpital, recrutement des différents agents, etc.). Dans mon journal d'enquête, j'avais noté ceci: «Ne vous inquiétez pas. On m'a parlé de vous. Vous pourrez faire votre enquête. C'est moi qui décide. La lettre d'autorisation que vous m'avez remis, c'est pour l'administration» (Docteur Y.). On voit ici émerger de nouveaux questionnements centrés sur la façon dont s'est construit le statut de «directeur technique», son mode de cooptation, ses relations avec les patrons de la clinique, etc. Ces éléments me semblent importants. Ils ont en effet un lien avec les rapports professionnels instaurés entre le personnel de santé et celui qui a pour charge de réguler toutes les activités de la clinique. Le choix d'un médecin-réanimateur, dans le poste de responsable technique et le recrutement des deux seuls médecins «permanents»<sup>11</sup> (une gynécologue et un chirurgien) est strictement lié à la hiérarchisation des activités de la clinique, centrées sur la gynécologie et la chirurgie. Il s'agit en outre d'exploiter tous les espaces d'opportunité: acquérir les équipements techniques rares dans la région d'Oran (IRM et autres équipements), et qui contraignaient la population à se déplacer à Alger ou à Constantine. L'investissement dans ce qu'il est convenu d'appeler le «plateau technique» représente bien une option stratégique dans la constitution de la clinique privée qui opère à partir des dysfonctionnements du secteur étatique de santé, caractérisé aujourd'hui par une logique de pénurie. Les responsables de la clinique n'hésitent pas à objectiver de façon offensive l'acquisition de ces moyens techniques en portant l'information dans les différents journaux. Il est en effet important d'user d'une large stratégie de communication dans le but de faire connaître les moyens techniques acquis par la clinique auprès des patients qui résident dans des régions éloignées de celle-ci.

### *Mobilisation des personnels de clinique*

À l'inverse du fonctionnement des hôpitaux, la dynamique professionnelle est déployée de façon horizontale: il s'agit d'élargir leur champ d'activités par la

---

11. Le terme de permanent doit être précisé dans la logique de fonctionnement qui est celle de la clinique privée. Même en ayant un contrat à durée indéterminée rédigé de façon d'ailleurs très floue, le médecin est payé à l'acte réalisé. Dire que le médecin est permanent sous-entend plus sa présence permanente à la clinique que la pérennisation de l'emploi. Écoutons les propos d'une gynécologue: «Moi, je suis d'astreinte en permanence, 24 heures sur 24 heures. Mais, je peux me faire aider par des copines gynécologues. C'est gérable. J'ai un contrat à durée indéterminée. Mais il y a peu de clauses. C'est plutôt un contrat moral avec le promoteur. Si je dois quitter, je dois leur donner six mois de préavis... Je suis payée à l'acte. Je suis obligée de faire des choses pour être payée».

constitution de réseaux qui permettent ainsi la flexibilité, la rapidité et l'efficacité immédiate dans les actions engagées par la clinique. Pour cela, les responsables de la clinique semblent opter pour deux formes de mobilisation du personnel de santé qu'il est intéressant de décrypter et d'analyser de façon fine parce qu'elles montrent bien la multiplicité et l'imbrication des logiques mises en œuvre par les responsables de la clinique. Le paternalisme ou la captation du personnel de santé déployée en douceur et de façon informelle, s'appuyant strictement sur des réseaux familiaux ou professionnels, côtoie aisément l'autorité disciplinaire qui ne s'accommode pas de compromis ou de négociation. Elle se traduit notamment, parmi le personnel de santé, par la peur de l'erreur et de la sanction prise dans des délais extrêmement rapides<sup>12</sup>.

La première forme de mobilisation observée est interne: le personnel de santé est, contrairement à celui de l'hôpital, réduit. Mes premières observations montrent la prégnance de rapports de travail qui contrastent avec ceux de l'hôpital. Et pourtant le personnel de santé qui exerce dans la clinique est parallèlement employé à l'hôpital. Il s'insère ici dans un contexte socioprofessionnel différent. L'expérience professionnelle acquise à l'hôpital dans des conditions de travail médiocres est pourtant réinvestie de façon intensive au sein de la clinique privée. «J'ai appris à l'hôpital. J'ai fait mes stages là-bas. Malgré les conditions difficiles, j'ai pu avoir une petite performance. Je n'oublierai pas les gardes quand j'étais à l'hôpital» (sage-femme major). L'appropriation d'une force de travail formée et expérimentée, acquise au départ gratuitement par le privé, n'est sans doute pas sans liens avec la possibilité de mise en place d'une organisation de travail désenclavée qui se construit relativement moins sur le poste de travail (particulièrement au niveau des agents paramédicaux), que sur «l'entraide entre les agents», ou pour être plus précis, sur la polyvalence des tâches qui permet ainsi de «mobiliser l'équipe de travail» dans les différents services de la clinique. Le personnel du service de gynécologie peut aussi exercer au service de chirurgie, et vice-versa; ce qui permet de faire face non seulement aux tensions et à la charge de travail qui peuvent prévaloir à un moment donné dans un service, mais aussi de limiter les recrutements d'agents. Il n'est donc pas rare d'observer la sage-femme major s'investir dans les «mauvaises tâches» [Hugues, 1996]: changements de draps, déplacement d'un malade au bloc opératoire, etc.

Bien-entendu, il est important d'approfondir l'analyse pour élucider de façon plus précise ce qui se joue dans cette forme de mobilisation interne du personnel de santé dans les cliniques privées. Les «bonnes» conditions matérielles de travail mises à leur disposition, une discipline de travail stricte, des appointments relativement meilleurs qu'à l'hôpital, un espace sanitaire qui répond à certaines attentes et normes professionnelles du personnel de santé dans le domaine de l'hygiène et de la propreté, sont certes des dimensions objectives «favorables»

12. Une sage-femme disait: «Mais l'erreur ici, ils ne pardonnent pas. C'est le privé ici. Chez l'État, ça passe. Chez le privé, tu n'as pas intérêt à faire une erreur».

au déploiement de cette forme de mobilisation. Mais il me semble qu'il y a lieu d'ouvrir d'autres pistes de réflexion sur les multiples tensions implicites qu'il importe de décrypter dans les rapports professionnels fragiles (contrats qui ne dépassent pas les trois mois pour la majorité du personnel) entre les responsables de la clinique et les différents agents. Mes premières observations montrent que l'investissement actif au travail se conjugue avec la peur de mal faire, où chacun semble surveiller l'autre dans un espace sanitaire qui impose unilatéralement ses règles. L'ordre disciplinaire est bien décrit par certains agents :

Tout le monde sait ici ce qu'il doit faire. Tout le monde est à son poste. Cela n'empêche pas qu'il y ait une contribution de toute l'équipe. C'est parce que c'est le privé qu'on n'a pas le droit à l'erreur. Cela s'est forgé. C'est mon boulot. Je le fais. Je n'attends pas à ce qu'on me fasse la remarque. Il y a une grande discipline. Cela veut dire que c'est le calme total. Il faut respecter les horaires des visites. Il faut que le café soit servi à telle heure. Il est important de respecter les horaires de repas. On impose le silence complet et la propreté est exigée à tout moment (sage-femme major).

La deuxième forme de mobilisation du personnel de santé, et particulièrement des médecins, est externe. Il s'agit de constituer un réseau composé de médecins privés et de l'hôpital qui vont assurer au sein de la clinique, et à titre temporaire, un certain nombre d'actes médicaux et chirurgicaux. La captation des «compétences» des praticiens s'opère de façon horizontale, informelle et souple. Les responsables de la clinique tentent de mettre en «symbiose» d'un côté les moyens techniques, l'espace de travail et le personnel de santé «permanent» et de l'autre, des médecins spécialistes détenteurs d'un double apport : la technicité et surtout la clientèle. Par exemple, le médecin spécialiste d'un cabinet privé a la possibilité d'opérer son malade au sein de la clinique qui lui assure tous les moyens nécessaires. Tout semble indiquer le déploiement d'une opération de «sous-traitance» constituée à partir d'une alliance tacite et intéressée entre ces deux catégories d'acteurs<sup>13</sup>. Elle a pour effet de renforcer le secteur privé. La logique de réseaux est intéressante à mettre en exergue pour comprendre le type de fonctionnement au quotidien d'une clinique privée. Mais tout en précisant qu'elle doit être comprise ici comme une modalité sociale qui permet l'instauration rapide d'un rapport marchand entre les médecins et les responsables de l'espace de soins privés. À titre comparatif, son mode de fonctionnement ne me semble pas très éloigné de celui d'une unité de production économique qui doit à tout prix rentabiliser les moyens investis. Mes premières observations confortent cette idée, tant dans les façons de mobiliser le personnel, d'assurer une activité de marketing auprès des médecins, d'accueillir les patients, où la réceptionniste ne doit surtout pas oublier de sourire, même quand elle semble fatiguée, etc. Dans mon journal d'enquête, je notai que

la salle d'attente me faisait penser aux espaces d'accueil que l'on trouve dans les hôtels luxueux, avec leurs fauteuils rembourrés, où les malades attendent patiemment leur tour

13. «Ce sont les cabinards, les gens installés qui ramènent leurs patientes. Ce sont eux qui font les opérations. Pour les informer et les faire venir, c'est le directeur technique qui va les voir pour discuter avec eux des modalités de prise en charge de leurs malades et du paiement» (sage-femme major). Le médecin privé s'approprie le tiers du prix de la prestation effectuée

de consultation. Le “moralement correct” semble de mise. Dans le petit espace réservé à la réceptionniste, situé au sein même de la salle d’attente, le téléphone ne cesse de sonner. Le directeur technique, jeune médecin en réanimation se présente comme une personne très occupée. Il est sur tous les fronts : au bloc opératoire, s’occupant du recrutement et de la discipline du personnel, contrôlant les travaux d’installation des nouveaux équipements récemment acquis, négociant avec les différents médecins, la programmation des interventions, etc.

La nécessité de décrire et d’analyser plus finement cette double forme de mobilisation du personnel de santé dans les cliniques privées, me paraît pertinente pour situer les multiples tensions et les ambivalences que dévoile le fonctionnement de cette véritable « machine à soigner ». Elle déroule au quotidien, de façon rapide et mécanique, comme nous avons pu l’observer, un ensemble d’actes médicaux et paramédicaux dans un espace sanitaire, certes plus confortable que celui de l’hôpital, mais qui n’en occulte pas moins les patients comme personnes porteuses d’expériences sociales diversifiées. Ici aussi les malades sont identifiés à leur numéro de chambre. « Allez à la chambre 5, vous pouvez le descendre au bloc opératoire ». Les tâches du personnel de santé semblent trop diversifiées et intenses, assurées dans une logique instrumentale, pour permettre de nouer un contact social plus approfondi avec les malades. L’essentiel est ailleurs : il faut capter le plus grand nombre de malades en jouant, le mot n’est pas très fort, sur la performance technique, la compétence des médecins, l’hygiène et la propreté de la formation sanitaire ; dévoilant derrière cette visibilité qu’il importe de transmettre, l’importance de l’image et du paraître, dans la construction sociale de la réputation de la clinique. Mais le cadre socio-technique suffit-il à produire une relation thérapeutique basée sur l’écoute et l’empathie qui autoriseraient la valorisation du statut des malades ? En décryptant, davantage que nous l’avons fait jusqu’à présent, les relations soignés-soignés dans les cliniques privées, le doute semble permis. Payer le prix fort pour se soigner, n’implique pas ici que la dignité des patients soit reconnue ; même si les prix exorbitants des prestations fournies par la clinique <sup>14</sup>, ne semblent pas décourager un nombre important de patients qui refusent d’être soumis à l’indifférence et aux multiples incertitudes au cœur du fonctionnement des hôpitaux. Mais ils sont parfois contraints – pas toujours innocemment ou pour des raisons strictement médicales – de recourir à la clinique privée sur les conseils « avisés » de certains médecins de l’hôpital.

Il semble de nouveau essentiel d’insister sur l’introuvable césure public-privé. Le secteur privé est loin de fonctionner en vase clos. Il s’engouffre dans les espaces d’opportunité situés cœur des logiques de fonctionnement déployées par les pouvoirs publics et le secteur étatique de santé. Les changements qu’il induit dans le champ de la santé ne peuvent être compris comme des *ruptures* par rapport au secteur dit public. Ils intègrent au contraire une dynamique sociale glo-

14. À titre d’exemple, pour un accouchement simple qui nécessite une hospitalisation de la parturiente qui ne dépasse pas 24 heures, le prix de la prestation est de 25000 DA, environ ; soit le salaire mensuel moyen d’un professeur de lycée qui a plus de quinze ans d’expérience professionnelle. Un euro équivaut au taux de change officiel à 87 DA.

bale marquée par la prégnance sociale de l'argent dans la société, l'approfondissement des inégalités sociales de santé, la rareté des espaces de médiation et de débat public, où seul le capital relationnel semble « performant » et efficace, même dans le secteur privé, pour tenter d'obtenir rapidement un service donné. Si la santé n'a pas de prix, elle a tout de même un coût social et financier non négligeable pour une population confrontée à une médecine à deux vitesses imbriquée dans un système de santé qui objective et accentue ce mouvement d'intégration et d'exclusion de la population. Les nouveaux objets en santé sont aussi à rechercher dans ces recompositions entre l'État, le secteur étatique et celui du privé. Elles obéissent de façon plus générale aux objectifs conçus de façon exogène, inégale et asymétrique, par les pays capitalistes développés, au détriment surtout, faut-il le préciser, des catégories sociales les plus défavorisées de la population des sociétés du Sud.

### BIBLIOGRAPHIE

- AUGE M., HERZLICH C. (éd.) [1984], *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Éditions des Archives contemporaines.
- CRESSON G. [1995], *Le travail domestique de santé*, Paris, l'Harmattan.
- CHIFFOLEAU S. [2002], « Les médecins égyptiens, entre déclassement et vocation », *Santé publique et Sciences Sociales*, n° 8-9, p. 171-186.
- FASSIN D. [1996], *L'espace politique de santé, essai de généalogie*, Paris, PUF.
- FASSIN D. [2001], « Au cœur de la cité salubre. La santé publique entre les mots et les choses », in J.-P. Dozon, D. Fassin (éd.), *Critique de la santé publique, une anthropologie de la santé publique*, Paris, Balland, p. 47-69.
- FOX R. [1988], *L'incertitude médicale*, Paris, l'Harmattan.
- FREIDSON E. [1984], *La profession médicale*, Paris, Payot.
- GOOD B. [1998], *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité, vécu*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- HADJADJ D. [1999], *Corruption et démocratie en Algérie*, Paris, La Dispute.
- HOURS B. [2003], « Coopérations, conflits et concurrences dans le système international de santé », in G. Cresson, M. Drulhe, F.-X. Schweyer (éd.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, ENSP, p. 21-30.
- HUGUES E.-C. [1996], *Le regard sociologique, Essais choisis*, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (éd.), [2002], « Les dysfonctionnements des systèmes de soins », rapport du volet socio-anthropologique, enquête sur l'accès aux soins dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, projet « santé urbaine », UNICEF-Coopération française.
- MEBTOUL M. [2002], « La profession médicale peut-elle se construire dans un espace social banalisé et déprécié ? », *Santé Publique et Sciences Sociales*, n° 8-9, p. 145-170.
- MEBTOUL M., COOK J., GRANGAUD J.P., TURSZA A. [1998], « Les jugements des médecins algériens sur l'activité de soins : une identité professionnelle fragile », *Sciences Sociales et Santé*, n° 2, p. 5-26.
- MEBTOUL M. [1994], *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, l'Harmattan.

- NOVEMBER A. [2001], «Entre l'État et le marché: les hésitations de la Hongrie», in J.-D. Rainhorn, M.-J. Burnier (éd.), *La santé au risque du marché, incertitudes à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Genève/Paris, Nouveaux cahiers de l'IUED/PUF, p. 151-160.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P. [2002], «Le soignant face au soigné anonyme en Afrique», *Santé Publique et Sciences Sociales*, n° 8-9, p. 91-118.
- SEGRESTIN D. [1985], *Le phénomène corporatiste*, Paris, Fayard.
- STRAUSS A. [1992], *La trame de la négociation*, sociologie qualitative et interactionnisme, (textes présentés par Baszinger I), Paris, L'Harmattan.

## Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne

*Marc-Éric Gruénais \**

Les structures de soins publiques, en Afrique subsaharienne, se caractérisent et sont caractérisées très souvent par leur mauvais fonctionnement [Jaffré et Olivier de Sardan, 2003] et le mauvais traitement des patients [Jewkes, Naeemah *et alii*, 1998], par des personnels de santé qui, confrontés à des conditions de vie difficile, sont souvent davantage préoccupés à compléter leurs revenus qu'à dispenser des soins [Ferrinho et Van Lerberghe, 2000], à tel point que l'on peut arriver à se demander pourquoi les patients se rendent encore dans des établissements de soins [Gruénais, 1996]. Face à ces constats sévères, qui attestent finalement du peu de considérations des personnels de santé à l'égard des patients dans les structures publiques, les réflexions de santé publique se multiplient sur les stratégies à adopter pour améliorer la qualité des soins [Haran, Iqbal *et alii*, 1993; Whittaker *et alii*, 1998; Kegels, 1999] et dynamiser la performance des systèmes de santé [Murray et Frenk, 2000]. Dans ce contexte, le secteur privé fait volontiers figure d'alternative: «Initially, the message from international financial institutions such as the World Bank, and bilateral donors, such as USAID, was a simple one: reduce the level of government involvement in health care and promote the private sector» [Bennett, Mc Pake *et alii*, 1997, p. 2]. Aujourd'hui, l'ensemble des agences de développement et des instances internationales (Banque mondiale, OMS, Union européenne, etc.) considèrent que toutes les structures de soins, privées comme publiques, sont constitutives à part entière des systèmes de santé nationaux. Plus que jamais, le secteur privé bénéficie d'une opinion favorable au regard de la rigueur de sa gestion, liée notamment à la nécessité de ne compter que sur ses propres forces pour assurer sa pérennité, gage de la qualité du service. Cependant les bailleurs de fonds, représentants d'États du Nord, employant nombre de fonctionnaires ou assimilés, qui œuvrent pour le développement des États du Sud en accordant une attention particulière aux plus pauvres, ont encore quelques réticences à traiter directement avec les représentants du secteur privé lucratif. En revanche, ces réticences sont levées dès qu'il s'agit du secteur privé non lucratif, prioritairement représenté par les

\* Anthropologue, IRD, Institut d'Études Africaines, Université de Provence, case 58, 3, place Victor Hugo, 13331 Marseille cedex 3, gruenais@up.univ-mrs.fr.

ONG et les institutions confessionnelles. Ainsi, dès 1993, la Banque Mondiale proposait de

subventionner les producteurs de soins de santé du secteur privé qui assurent des services cliniques de premières nécessités aux pauvres. Cela commence déjà à se faire et il faut poursuivre sur cette voie. Beaucoup de pays d'Afrique, comme le Malawi, l'Ouganda et la Zambie, subventionnent les dépenses de fonctionnement d'hôpitaux et dispensaires ruraux rattachés à des églises ainsi que la formation de leur personnel de santé» [Banque Mondiale, 1993].

Les entreprises sanitaires confessionnelles, au premier rang desquelles il convient de placer les entreprises chrétiennes<sup>1</sup>, constituent des partenaires privés d'autant plus «politiquement corrects» qu'elles se caractérisent, selon l'entendement commun, par leur désintéressement et leur engagement envers les plus démunis. Face aux dysfonctionnements des structures de santé publiques si souvent soulignés, au manque de déontologie des personnels rémunérés par l'État, les qualités reconnues à l'offre de soins confessionnelle amènent à poser la question suivante: l'adhésion à des valeurs, en l'occurrence chrétiennes, qui vont au-delà du savoir-faire technique («amour du prochain», désintéressement, attention aux plus démunis, etc.) contribue-t-elle à dispenser des soins de qualité? Cependant, en amont d'une interrogation sur les valeurs, ne convient-il pas aussi de s'interroger sur les conditions de production de soins de qualité, d'une part, et de se demander, d'autre part, si la qualité attribuée à l'offre de soins confessionnelle n'est pas parfois davantage postulée que véritablement documentée, et si, au bout du compte, cette qualité n'est pas aussi très limitée en regard de la globalité et de la continuité des soins tant valorisées par les modèles de santé publique. Je me propose ici d'aborder ces questions à partir d'observations secondaires<sup>2</sup> effectuées principalement au Cameroun, mais aussi au Burkina Faso, au Congo Brazzaville et en République Centrafricaine.

### La proximité du religieux et du médical: un label de qualité?

Religion et guérison, on le sait, ont partie liée depuis la fondation du christianisme, et ce lien «organique» se développe notamment en Afrique dans le cadre d'églises prophétiques, des mouvements de Réveil et autres renouveaux charismatiques, la maladie et sa guérison étant le plus souvent les «formes élémentaires» [Augé, 1984] de la conversion. Pour les prêtres et les pasteurs des Églises «historiques», la maladie apparaît aussi comme une expérience ontologique et religieuse fondamentale<sup>3</sup>. Et il n'est jusque dans les discours des malades que des correspondances sont identifiables. Ainsi, tous ceux qui se sont intéressés

1. Dans notre perspective de questionnement de la «qualité des soins», l'offre de soins confessionnels dont il s'agira ici est celle issue des missions catholiques et protestantes européennes, à l'exclusion notamment de «cultes de guérison» qui se situent dans les mouvances pentecôtistes et prophétiques et qui ne sauraient être pris en compte dans une réflexion sur la structuration des systèmes de santé officiels nationaux.

2. J'appelle ici «observations secondaires» des éléments recueillis à la marge de divers travaux d'enquête menés dans le cadre de projets portant pour l'essentiel sur l'organisation des systèmes de santé.

3. On pourra se reporter, par exemple, à E. de Rosny [1992], ou encore, sur les relations ambiguës entre religion et guérison à propos du sida, à mon article [Gruénais, 1999].



aux associations de personnes vivant avec le VIH/sida en Afrique savent combien est délicate et codifiée la période liminale du «témoignage» devant des membres de l'association, le témoignage venant en quelque sorte officialiser la reconnaissance par les pairs et l'entrée dans l'association. De même, dans les assemblées de la mouvance pentecôtiste, dont on connaît le succès dans les pays du Sud<sup>4</sup>, le «témoignage» (à propos d'un événement censé manifester la puissance divine) est aussi un élément central du rituel. La proximité entre l'ordre médical et l'ordre religieux est aussi professionnelle, si l'on peut dire. Que l'on songe, par exemple, à la référence à la «vocation» à l'origine du choix professionnel, religieux ou médical, aux vertus d'abnégation, de dévouement, de disponibilité pour traiter la douleur (physique ou morale) de personnes en détresse communément associées aux deux univers.

Pour certains, ce parallèle, un peu convenu, entre professions médicale et religieuse, va plus loin. Ainsi, E. Freidson [1984] faisait du médecin une figure emblématique de «l'entrepreneur de morale», s'adressant à des «profanes» (ses patients), et il comparait volontiers attitudes médicales et religieuses. M. Balint, pour sa part, identifiait la «fonction apostolique» comme une des principales caractéristiques de la pratique du médecin :

La mission ou fonction apostolique signifie d'abord que chaque médecin a une idée vague mais presque inébranlable du comportement que doit adopter un patient lorsqu'il est malade... Tout se passe comme si tout médecin possédait la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer, de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients [Balint, 1975, p. 228; souligné par l'auteur].

Le médecin, comme le religieux dit la norme, donne les «bons conseils», tente de modifier les comportements néfastes et connaît, mieux que le patient ou l'adepte lui-même, le sens à donner à leur vie.

Nous sommes certes ici dans le domaine des analogies, des métaphores, voire des jeux de mots. Cependant, dès lors que l'on s'interroge sur la qualité réelle ou supposée des soins dans les pays du Sud, on va bien au-delà de la seule rhétorique. La petite corruption, le racket, la violence, le mauvais accueil, etc., qui ponctuent assez généralement les descriptions des relations qui s'instaurent entre usagers et personnels de santé dans des structures de santé publiques en Afrique seraient absents des structures confessionnelles; le délabrement des équipements, l'absence d'hygiène, l'absentéisme de personnels soumis à une hiérarchie s'adonnant en priorité à des activités privées destinées aux plus riches ne s'observerait pas dans des centres médicaux chrétiens tout entier dominés par l'attention à l'autre et le désintéressement.

En fait les opinions favorables à l'égard des structures confessionnelles procèdent de l'intuition que les valeurs religieuses viendraient amplifier les vertus (d'empathie, de dévouement, etc.) attendues des personnels de santé. Cependant,

---

4. Pour un ouvrage récent sur la question, on pourra se reporter à Corten et Mary [2000].

les personnels de santé rencontrés dans les structures publiques, qui dispensent donc plutôt des soins de mauvaise qualité, ne cachent pas leur adhésion aux valeurs chrétiennes, surtout lorsqu'ils ont reçu une formation initiale et/ou professionnelle dans un environnement chrétien: pourquoi alors ces derniers, dès lors qu'ils travaillent dans le secteur public, traitent-ils mal leurs patients? En d'autres termes, si l'offre de soins dans les établissements chrétiens est globalement de meilleure qualité que celle des établissements publics, alors que l'on est susceptible de trouver dans ces deux types de structure le même personnel chrétien, c'est donc que la seule adhésion à des valeurs chrétiennes n'est pas explicative, et qu'il faut bien plutôt rechercher les causes de la meilleure qualité dans les organisations que sont les Églises chrétiennes et leur entreprise sanitaire. Les personnels exerçant dans les structures confessionnelles seraient en quelque sorte contraints à la mise en œuvre de bonnes pratiques cliniques par leur environnement professionnel religieux, par la «culture de service» propre aux structures confessionnelles, et non pas du fait d'une adhésion individuelle à des valeurs religieuses?

Les oppositions établies entre structures privées confessionnelles et structures publiques sont parfois pas trop tranchées; la qualité des prestations des structures confessionnelles n'est pas attestée toujours et partout, et il n'est certainement pas aisé, à l'heure actuelle, d'évaluer rigoureusement l'ampleur réelle des différences entre les deux types d'offre de soins. Certaines observations tendent à montrer que parfois structures confessionnelles et structures publiques diffèrent peu quant à la qualité du «service». À l'instar des secondes, les premières peuvent être tout aussi vétustes avec des personnels dont les comportements ne se caractérisent pas toujours par la probité, comme l'atteste la description suivante à propos d'un hôpital confessionnel urbain au Cameroun:

Quelques-uns des patients hospitalisés ne reçoivent pas régulièrement leur traitement et leur état n'est pas surveillé par le personnel paramédical; ceux qui arrivent nouvellement dans le service sont ignorés; lorsqu'une perfusion doit être enlevée, c'est le garde-malade qui est chargé de retirer lui-même l'aiguille. Des malades sont re-foulés à l'entrée de l'hôpital ou à l'accueil, pour la simple raison qu'ils n'ont pas leur carte de malade sur eux. Un commerce parallèle de médicaments... se développerait depuis longtemps au sein de l'établissement... les règles de base en matière de salubrité ne sont pas respectées... [Nkoa Steinmetz, 2000, p. 72]

Dans les structures confessionnelles, comme dans les structures publiques, des personnels de santé peuvent également faire grève, sans «service minimal», comme j'ai pu le constater au Burkina Faso. Souvent, les personnels des centres de santé confessionnels ne bénéficient guère des formations de recyclage proposés aux personnels de la fonction publique, et donc sont parfois moins informés que ceux-ci sur certaines avancées thérapeutiques. Par ailleurs, dans les différents pays où j'ai pu enquêter, des témoignages concordants font état de personnels de structures confessionnelles périphériques pour lesquels seul leur centre (surtout s'il est dirigé par un(e) expatrié(e), sœur, prêtre ou pasteur) est susceptible d'offrir les meilleurs soins; dès lors, les personnels de tels centres sont amenés à aller au-delà de leurs compétences, référant alors parfois trop tard

le/la patient(e) à une structure publique dotée de compétences supérieures. Il existe donc aussi des centres confessionnels qui délivrent des soins de mauvaise qualité à l'instar des structures publiques; et il ne suffit donc pas qu'une structure de soins appartienne au secteur confessionnel pour que les services délivrés soient *ipso facto* de bonne qualité.

Les structures confessionnelles sont soumises à des contraintes spécifiques, par exemple en ce qui concerne leurs personnels. L'employeur étant le diocèse, la congrégation islamique, ou une Église protestante, d'autres critères que professionnels ou organisationnels peuvent présider au recrutement des personnels, comme le prouve ce constat, toujours à propos d'établissements chrétiens du Cameroun: «Les critères de sélection apparaissent plus proches de la doctrine chrétienne que d'une stratégie de l'emploi en adéquation avec les contingences auxquelles l'hôpital doit faire face...», comme l'illustre le cas d'une personne dans une structure protestante, proche de la retraite, «choisie pour ses qualités humaines et son engagement dans l'Église, [et dont le rôle était] d'encadrer le personnel et d'assurer la discipline mais au-delà de cette mission très générale, elle ne [connaissait] précisément ni ses attributions, ni ses pouvoirs» [Nkoa Steinmetz, 2000, p. 54]. L'importance de l'adhésion des personnels des structures confessionnelles à des valeurs chrétiennes pour exercer dans le cadre de structures confessionnelles est confirmée dans un article qui rend hommage à l'œuvre sanitaire de l'Église évangélique du Cameroun:

L'orientation chrétienne est-elle vraiment une motivation pour le personnel médical? Pour servir comme infirmier à l'hôpital de Njissé, il fallait au préalable signer un engagement. Aux techniques médicales, il fallait joindre l'éthique chrétienne en faisant appel aux préceptes évangéliques dont le fil conducteur est l'amour du prochain [Peerenboom, 1991, p. 86].

Par ailleurs, les contraintes financières propres au secteur privé, associées au caractère non lucratif de l'activité confessionnelle, conduisent souvent les structures confessionnelles à proposer des salaires moins attractifs que le secteur public et avec des possibilités d'avancement limitées. Aussi, il n'est pas rare de rencontrer dans ces structures de jeunes médecins, qui n'ont pu être recrutés dans le secteur public mais qu'ils comptent bien cependant rejoindre le plus rapidement possible; une implication mesurée des médecins dans leur service et un «turnover» important sont parfois la conséquence de cette situation, avec des personnels paramédicaux, parfois peu qualifiés et n'ayant guère d'autre avenir que de se maintenir dans la structure qui les a recrutés, et qui peuvent disposer d'une marge de manœuvre importante pour soigner. Cette incertitude des statuts des personnels des structures confessionnelles avait déjà été soulignée par T. Berche:

Le personnel religieux est toujours le personnel responsable du dispensaire. Le personnel des dispensaires ne se limite pourtant pas à ce personnel religieux. Des personnels nationaux sont engagés "sur le tas" et formés aux tâches d'exécution. Ces personnels subalternes n'ont pas de statut officiel ni de possibilité de promotion professionnelle... [1985, p. 88].

En l'absence de statut très précis, et de formation formelle, il n'est pas toujours aisé de définir précisément les tâches et les rôles de ces personnels.

Comme les structures publiques, les structures confessionnelles sont confrontées aux usagers qui ne payent pas, et bien plus que les premières, l'absence de recettes peut compromettre leur pérennité. Les usagers soulignent plutôt la meilleure accessibilité financière des structures confessionnelles par rapport aux structures publiques<sup>5</sup>; ils avancent en général que, dans les premières on prend *a priori* en charge, même les démunis, ce qui ne serait plus jamais le cas dans les structures publiques où celui qui se présente sans argent ne recevra pas de soins. Cette opinion cependant en dit davantage sur la qualité de l'accueil que sur les tarifs pratiqués. La logique privée des structures confessionnelles les obligent néanmoins à des recettes, et elles ne peuvent évidemment accepter de ne recevoir que des «indigents», dans des contextes où nombre d'usagers ont tôt fait de se présenter comme «démunis». Dès lors, des mesures de rétorsions contre les usagers qui ne payent pas sont adoptées: confiscation des cartes d'identité et des effets personnels, coût des prestations plus élevés pour les femmes enceintes qui ne se sont pas présentées régulièrement aux consultations prénatales requises, etc.

Mais la qualité des soins s'arrête-t-elle à la qualité de l'accueil et des relations entre usagers et personnels de santé? Si l'on rapporte la qualité à la performance des structures de soins mesurée notamment en fonction de la conformité à des normes (en matière de traitement, de pratiques cliniques, etc.), existe-t-il, par exemple, des mesures objectives permettant d'avancer que les prescriptions contre le paludisme sont de meilleure qualité dans les structures confessionnelles que dans les structures publiques? Les personnels de santé dans les structures confessionnelles prennent-ils systématiquement la température, l'âge, le poids des enfants et des femmes souffrant de fièvres? Face à la chloroquinorésistance, les prescriptions de traitements anti-palustres sont-elles toujours liées à un diagnostic fondé sur un examen de laboratoire? Les structures privées, moins contraintes que les structures publiques d'adopter les directives nationales, et peut-être moins susceptibles d'être informées de la modification des protocoles et des standards du fait de personnels qui sont moins touchés que les autres par les formations organisées sous l'égide du Ministère de la santé, n'offrent-elles pas alors des alternatives qui risquent de complexifier encore un peu plus un «paysage thérapeutique» déjà fort perturbé en matière de prophylaxie et de prise en charge des accès palustres en situation de résistance?<sup>6</sup> Par cet exemple précis

5. Les informations obtenues à ce jour ne me permettent cependant pas d'affirmer que les structures confessionnelles seraient moins chères que les structures publiques. Une évaluation pour comparer les prix pratiqués par les unes et les autres serait sans doute très difficile à réaliser, même si l'on s'en tient aux tarifs officiels, tant les modes de tarification peuvent différer: ainsi, d'après mes observations très partielles, pour une même pathologie, les structures confessionnelles privilégient souvent des tarifications à l'épisode, alors que les structures publiques pratiquent plutôt des tarifications à l'acte; de plus, tout dépend de ce que l'on fait entrer dans le coût demandé à l'usager: consultation, examens de laboratoire, médicaments, etc.

6. Dans les systèmes de santé, «prescribing according to the national Essential Drugs List is not enforced. In addition the Essential Drugs List is limited to the public sector alone. The private sector therefore offers an alternative to prescribers and consumers» [Ofori-Adje et Arhinful, 1996, p. 1169].

se rapportant au traitement du paludisme, je voulais surtout souligner qu'affirmer que l'offre de soins proposée par les centres confessionnels est de meilleure qualité que l'offre proposée par les structures publiques procède souvent du seul constat intuitif, en l'absence d'accord sur le type de réalités à mettre sous le label de «qualité des soins», mais aussi en l'absence d'une évaluation comparative «basée sur l'évidence»<sup>7</sup>.

## La légitimité historique du paradigme chrétien

Si l'évidence de la qualité des soins ne permet pas de fonder les opinions globalement favorables à l'égard de l'offre de soins confessionnelles, ne faut-il pas alors aussi en rechercher les raisons dans un paradigme de référence chrétien, qui s'inscrirait en toile de fond des réflexions, positions et initiatives dans le domaine de la santé en général<sup>8</sup>. Deux types de réalités – il y en a sûrement d'autres – repérables historiquement, permettent d'illustrer l'amplification du paradigme chrétien dans les politiques de santé publique dès lors qu'elles s'adressent aux pays du Sud.

L'offre de soins confessionnelle bénéficie d'une très grande légitimité auprès des élites africaines. En Afrique subsaharienne, cadres, directeurs centraux d'administration, techniciens supérieurs, personnels de santé de tout statut, voire hommes politiques actuellement en fonction ont souvent été formés dans des établissements confessionnels, et la culture chrétienne dont ils ont été nourris contribuent à leurs bonnes dispositions à l'égard de tout ce qui vient des Églises chrétiennes. Les cadres de l'administration centrale de la santé envisagent aussi plutôt favorablement aujourd'hui toutes les activités du secteur confessionnel<sup>9</sup>: des responsables d'établissements de soins publics ne voient par exemple aucun inconvénient à la présence de personnels religieux, surtout paramédicaux, dans leurs structures, d'autant moins que ceux-ci sont bénévoles ou du moins n'émargent

---

7. Rappelons que l'OMS recommande désormais que les orientations à développer dans un secteur particulier doivent être toutes «basées sur l'évidence» (*evidence based medicine*), c'est-à-dire que l'on doit avoir la preuve que les choix qui seront faits apporteront une amélioration. Dans cette perspective, il n'y aurait donc aucune évidence pour l'instant prouvant que les structures publiques offriraient des soins de meilleure ou de moins bonne qualité que les structures confessionnelles.

8. Ce paradigme chrétien alimentant les réflexions sur la santé coexiste, bien évidemment, avec d'autres paradigmes. On peut en effet considérer que toute politique de santé se structure à partir ou autour de paradigmes spécifiques; ainsi, par exemple, du paradigme «communautaire» qui, depuis la déclaration d'Alma Ata, continue de parcourir les politiques de santé destinées aux pays du Sud, ou encore du paradigme «traditionnel» que l'on voit ressurgir régulièrement avec les tradipraticiens et les accoucheuses traditionnelles; le paradigme «chrétien» en serait un autre. On pourra retrouver des réflexions qui vont dans le même sens dans Dozon et Fassin [2001], et surtout dans les travaux de F. Ewald [1996].

9. Ceci n'a pas toujours été vrai. Par exemple, lorsque le Congo Brazzaville était une république populaire, les établissements sanitaires confessionnels avaient été nationalisés. Mais avec la crise de l'État et l'effritement du modèle socialiste, on a vu réapparaître pasteurs, prêtres et sœurs, dès la fin des années 1980, dans des établissements alors anciennement confessionnels et qui ont fini par être remis aux congrégations religieuses qui avaient créé ces dispensaires. Remarquons cependant que, tout socialiste qu'il fût, le régime congolais d'alors n'avait jamais remis en cause le «petit» et le «grand» séminaire dont nombre de dirigeants étaient issus.

pas au budget de l'État; ces personnels religieux, comme j'ai pu le constater par exemple au Cameroun, sont parfois reconnus comme chefs de service dans la structure de soins et supervisent alors l'activité des personnels de la fonction publique, avec l'assentiment des administrations centrales de la santé. La culture chrétienne des cadres des pays d'Afrique subsaharienne explique sans doute la bienveillance à l'égard de toute entreprise religieuse de santé indépendamment de toute évaluation des performances de celle-ci.

L'offre de soins confessionnelle bénéficie aussi d'une légitimité «exogène» non négligeable. En effet, les partenaires du Nord les plus influents, représentants d'agences de coopération bilatérale et multilatérale, acteurs directs (en tant qu'assistants techniques en charge d'un projet spécifique) ou indirects (agissant uniquement comme bailleurs de fonds) des projets de développement, sont en général aussi plutôt de culture chrétienne et appuient volontiers les initiatives de développement liées à une Église chrétienne en Afrique. Au Cameroun, la Coopération française examine avec bienveillance les demandes émanant d'institutions catholiques; en Centrafrique, la Coopération allemande appuyait une institution protestante dont les activités étaient essentiellement tournées vers les jeunes et en particulier les activités de prévention du sida; ou encore, dans ce même pays, c'est une église catholique japonaise qui affecte un médecin et offre tout le soutien logistique à un centre de prise en charge des personnes infectées par le VIH, installé dans un dispensaire public, et qui était érigé en modèle par les autorités nationales. Par ailleurs, il ne faut pas minimiser la puissance historique des réseaux chrétiens dans l'aide au développement. Par exemple, L.P. Aujoulat, qui participa au gouvernement de la IV<sup>e</sup> république comme Secrétaire d'État à la France d'Outre Mer, fut le fondateur de l'Association de laïcs universitaires et chrétiens et missionnaires (Adlucem) qui œuvra beaucoup pour le développement sanitaire au Cameroun. Au sein du conseil d'administration d'une fondation qui soutient une importante action sanitaire, éducative et de développement agricole au nord du Cameroun siégeaient des grands commis de l'État français, dont un ancien directeur d'une grande société nationale française qui fut également ministre de la V<sup>e</sup> République.

On le sait: l'entreprise sanitaire chrétienne dispose d'une légitimité historique ancienne. «L'œuvre de santé» émanant des Églises chrétiennes (catholiques et protestantes) est indissolublement liée à l'entreprise missionnaire sur l'ensemble du continent africain, et l'offre de soins confessionnelle a très largement contribué à la structuration de l'offre de soins en Afrique. Les administrations coloniales, en effet, concentraient plutôt leurs efforts sur les hôpitaux des grandes villes, et laissaient volontiers aux missionnaires la prise en charge de la santé des populations rurales [Van Lerberghe et De Brouwere, 2000]. Dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les Pères Blancs, la Church Missionary Society ou la Mission de Bâle ont formé des personnels africains pour œuvrer dans les dispensaires de leurs missions. Encore aujourd'hui il est fréquent de rencontrer, notamment dans les structures périphériques publiques, des personnels ayant bénéficié d'une formation auprès d'une institution confessionnelle (formation «sur le tas» dans un dispensaire

chrétien, ou formation formelle dans une école paramédicale confessionnelle). Nombre de villages encore très difficiles d'accès restent desservis principalement par des structures confessionnelles, comme dans la province de l'Extrême Nord du Cameroun; dans les villes également, les structures confessionnelles ont parfois un volume d'activités dans certains domaines qui dépasse celui des structures de référence nationales<sup>10</sup>.

L'œuvre de santé chrétienne a donc eu un rôle majeur dans la structuration de l'offre de soins en Afrique, mais aussi dans le développement des métiers de la santé. Un des facteurs fréquemment avancé pour expliquer la faible performance des systèmes de santé en Afrique est l'absence d'un corps professionnel qui se serait constitué de manière endogène, à l'instar de l'émergence de la profession médicale en Europe ou aux États-Unis. J. Illife rappelle ainsi que dans les années 1970, T. Johnson «argued that, except perhaps in colonies of white settlement, no true professions had come into being in former colonies, because the occupations concerned had not grown up and organised themselves from below, as they had in Britain and America, but had been created and controlled by colonial states and their successors» [Illife, 1998, p. 3]. Dans son ouvrage consacré à l'histoire des médecins en Afrique orientale, Illife récuse cette idée; ce qu'avance Johnson est sans doute vrai si l'on en reste au seul système public et laïc de formation, mais beaucoup moins dès que l'on envisage le système confessionnel. En effet, à considérer l'ancienneté, l'importance (en termes de volume de formation et d'offre de soins), et l'influence encore très perceptible aujourd'hui de l'entreprise sanitaire confessionnelle, en accord avec Illife, j'avancerais qu'il existe aussi en Afrique une tradition médicale relativement ancienne (depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle) qui prend ses sources dans une action missionnaire qui a contribué à forger une «profession médicale» au sens de Freidson [1984], ou du moins des métiers de santé. D'une manière générale, la bienveillance *a priori* des bailleurs de fonds, des cadres nationaux, voire des spécialistes de santé publique du Nord comme du Sud aujourd'hui à l'égard des dispositifs sanitaires chrétiens doit aussi être recherchée dans les multiples dimensions d'un paradigme chrétien qui a largement contribué à structurer les systèmes de santé et les «mentalités» des cadres du Nord et du Sud.

### **L'œuvre sanitaire chrétienne: une entreprise économique**

Il convient aussi de rechercher les raisons de la performance des établissements confessionnels dans leur organisation, dans le fonctionnement de leurs institutions de tutelle, et dans leur importance en tant qu'acteurs économiques nationaux. L'offre de santé confessionnelle dans les pays d'Afrique subsaharienne représente en effet encore une proportion non négligeable de l'offre de santé nationale. Une revue de l'offre de soins catholique pour les années 1981-1983 portant sur le Bénin, le Burundi, le Cameroun, le Rwanda, le Sénégal, le Togo et

10. C'est le cas, par exemple, à Ouagadougou où la clinique Sainte Camille, catholique, est certainement la structure de soins qui réalise le plus grand nombre d'accouchements de tout le pays.

l'ex-Zaïre estimait que 30 à 50 % des prestations fournies par des centres de santé des pays africains le sont par des structures confessionnelles [Berche, 1985, p. 86]. Le cas du Cameroun est à cet égard exemplaire : sur l'ensemble du territoire camerounais, selon les chiffres fournis par le Ministère de la santé pour l'année 1990 à propos de la carte sanitaire, les établissements confessionnels offrent 13 % de l'ensemble des lits disponibles sur le territoire national ; la présence du secteur confessionnel étant très inégalement répartie, dans certaines régions du pays il occupe une place prépondérante, avec plus de 50 % des lits. Par ailleurs, une estimation officielle portant sur la fin des années 1990 situe l'importance du financement du secteur confessionnel de la santé à près de 10 milliards de francs CFA par an, alors que la moyenne annuelle de l'ensemble de l'aide internationale dans le secteur de la santé pour la même période était de 6 milliards de francs CFA<sup>11</sup>.

Des structures périphériques telles que des hôpitaux de district ou des centres de santé de première ligne confessionnels comptent parmi leurs personnels des techniciens de haut niveau et des expatriés. Ainsi, toujours au Cameroun, alors beaucoup de centres de santé n'ont pas de médecins, des structures périphériques confessionnels équivalant à des centres de santé bénéficient des services de médecins ou de techniciens spécialisés expatriés, et reçoivent par ailleurs régulièrement la visite d'équipes de chirurgiens du Nord qui viennent opérer en continu pendant des missions d'une quinzaine de jours. Ces centres, situés au second niveau, voire au premier niveau de la pyramide sanitaire, qui voient donc œuvrer des spécialistes, en viennent rapidement à drainer une clientèle nationale voire internationale ; ainsi de ce dispensaire protestant de l'extrême nord du Cameroun, qui procédait régulièrement à des opérations ophtalmologiques et qui attirait des patients de la capitale, Yaoundé, mais aussi du Tchad et du Nigeria limitrophes. On conviendra aisément qu'il est plus facile d'offrir des soins de qualité lorsque l'on bénéficie de prestations de spécialistes hautement qualifiés, qui ne coûtent rien à la structure, et qui viennent avec matériels et médicaments qui resteront sur place. Les structures confessionnelles sont donc certes privées, mais sont aussi largement aidées par les Églises du Nord, pour l'approvisionnement en médicaments et l'équipement (qui parviennent sous forme de dons), et la rémunération des personnels notamment expatriés. Ces structures, en tant que structures privées, doivent certes veiller à leur équilibre financier en ce qui concerne leur fonctionnement courant, mais elles bénéficient la plupart du temps d'un volume important « d'extras » qui ne sauraient être pris en charge par les recettes propres de la structure.

Les services de santé confessionnels peuvent aussi devenir de fait des acteurs économiques nationaux importants. Pour rester sur l'exemple du Cameroun, le service catholique de la santé dispose de sa propre centrale d'achat, évidemment totalement autonome par rapport à la centrale d'achat nationale ; des rumeurs, mais qui malgré tout sont fort plausibles, font état de laboratoires pharmaceutiques du Nord qui proposaient des ristournes importantes, voire une exonération

11. Plan National de Développement sanitaire du Cameroun 1999-2008, Yaoundé, Ministère de la santé.



du coût du port pour les commandes de la centrale catholique, «geste commercial» finalement bien ordinaire en faveur d'un bon client solvable.

Dès lors que l'on dispose de personnels formés, régulièrement payés, bénéficiant de l'encadrement de spécialistes, dans des structures subventionnées, disposant d'équipements et de médicaments, il est alors beaucoup plus facile d'offrir des soins de qualité et d'attirer une clientèle nombreuse. La bonne qualité des soins délivrés par les établissements chrétiens, y compris les plus périphériques, s'expliquerait donc aussi très largement, autant par l'importance de l'organisation et des réseaux (internationaux) dans lesquels ils s'insèrent, que par la seule adhésion à des valeurs religieuses de ses personnels.

### Des choix et des tensions induits par la foi

Comme je le précisais ci-dessus, l'action sanitaire confessionnelle pendant la période coloniale se concentrait plutôt en dehors des grands centres urbains; conformément à l'esprit de «mission» qui anime ses acteurs, les initiatives missionnaires s'exerçaient davantage dans le cadre de dispensaires ruraux, de régions difficiles d'accès, alors que l'action sanitaire de l'administration coloniale était surtout centrée sur l'hôpital. Aux légitimités historiques, politiques et économiques, soulignées plus haut, il conviendrait également d'ajouter la légitimité de «proximité». Ce souci de l'offre de proximité, immédiatement accessible aux populations les moins bien desservies, perdure encore aujourd'hui dans nombre de projets de développement sanitaire, même si la tendance à créer des centres hospitaliers avec un plateau technique développé, y compris dans les centres urbains, s'est depuis également très largement affirmée.

Entreprendre des actions de proximité, c'est entre autres mener des actions avec et au plus près des populations en favorisant un engagement de «la communauté» pour qu'elle contribue elle-même à la prise en charge de ses problèmes de santé. À cet égard, certains hagiographes de l'œuvre missionnaire ou encore certains prêtres médecins n'hésitent pas à affirmer que l'œuvre de santé missionnaire proposait déjà en germe, dès les années 1940, des stratégies de prévention ou de soins de santé primaires dont on sait le succès ultérieur sous l'égide de l'OMS<sup>12</sup>. L'œuvre de santé chrétienne a largement contribué à former «sur le tas» des auxiliaires de santé, des «leaders de la communauté», des tradipraticiens et autres accoucheuses dites «traditionnelles», soit des acteurs non professionnels de la santé, dont l'action réelle est impossible à évaluer<sup>13</sup>, qui fort de la légitimité qui leur est ainsi conférée pourraient poser des actes au-delà de leurs compétences et donc éventuellement dangereux, et qui n'ont guère à rendre des comptes (au sens de *accountability*). Si bien qu'aujourd'hui cette stratégie d'identification et de formation de «spécialistes» de la santé non professionnels issus de la «communauté» est largement remise en question.

12. On en trouvera quelques illustrations dans Pirotte et Derroite [1991].

13. Par exemple, à propos des impossibilités à évaluer l'action positive des accoucheuses traditionnelles pour la réduction des risques obstétricaux, on pourra se reporter à Bergstrom et Goodburn [2001].

De la proximité de l'action missionnaire naît également une connaissance approfondie des populations qu'il convient de desservir, ainsi qu'une sensibilité particulière à des pratiques populaires qui peuvent parfois être jugées incompatibles avec certaines valeurs religieuses. On pense ici évidemment à des attitudes de refus de certains missionnaires ou de sœurs, aux temps héroïques de l'évangélisation, de soigner des individus qui montraient par le port d'amulettes leur attachement à des pratiques «fétichistes» [Ranger, 1981]. Cette «connaissance du milieu» des acteurs de l'œuvre de santé chrétienne peut aujourd'hui, comme j'ai pu le constater, conduire à anticiper certains comportements: éviter d'hospitaliser dans la même pièce des patients de deux groupes culturels distincts dont on sait qu'ils sont traditionnellement ennemis, ou isoler des patients qui présentent tous les symptômes évocateurs de l'infection par le VIH parce que le sida fait peur à des populations peu éduquées. Dès lors, proximité et sensibilité particulière aux pratiques populaires peuvent parfois conduire à des anticipations «culturalistes», c'est-à-dire à adapter ses décisions à ce que l'on suppose être la réaction d'une personne originaire de tel groupe ethnique, et qui peuvent influencer sur la nature des prestations offertes.

Mais la proximité recherchée et affirmée est évidemment aussi religieuse. Le lien organique, et finalement indissociable, entre le religieux et le médical finit par transparaître de toute œuvre médicale confessionnelle et pourrait constituer un terrain particulièrement favorable pour mettre en valeur les «guérisons spirituelles». Au Congo, des médecins, membres d'une influente association médicale chrétienne, déclaraient combien il était nécessaire d'associer la prière à la médecine, affirmant qu'ils n'hésitaient pas à prier avant le début des consultations, et notamment lorsqu'ils étaient confrontés à des cas difficiles, pour accroître l'efficacité des soins qu'ils pouvaient prodiguer. En Afrique centrale, les Églises «historiques» (Église catholique romaine, Église évangélique, Église presbytérienne notamment) doivent faire face aux adhésions de plus en plus prononcées de leur «clientèle» potentielle à différents mouvements charismatiques et pentecôtistes dont la fonction affichée est la guérison spirituelle<sup>14</sup>. L'action des structures de soins confessionnelles doit aussi s'organiser dans un contexte général favorable aux «guérisons spirituelles», mis en forme autant par les Églises historiques que par les «nouveaux mouvements» religieux, et on peut se demander dans quelle mesure ce contexte n'est pas particulièrement propice à répondre à certaines attentes de populations alors sans doute attirées également par la religiosité émanant des structures confessionnelles.

Comme j'ai pu l'observer dans un hôpital confessionnel au Cameroun, une séance de prière collective des personnels de santé et des patients est organisée quotidiennement au début de la journée de travail, et de la musique religieuse est

14. Certains représentants de ces Églises historiques ne sont pas toujours en reste, ainsi, Mgr Milingo, archevêque de Zambie, un des leaders africains du Renouveau charismatique, qui est entré en conflit avec le Vatican pour cause de «ministère de guérison» [Harr, 1996]. On pourra également se reporter aux écrits du père jésuite E. de Rosny [1992] qui souligne toute la compatibilité existant entre certaines pratiques de guérison qualifiées «d'africaines» et le message de la foi chrétienne.

diffusée toute la journée dans la salle d'attente. Dans un autre centre de santé confessionnel, d'obédience protestante mais non dénominationnel<sup>15</sup>, qui disposait d'un plateau technique très satisfaisant, chaque porte était ornée de versets de la Bible et du Coran. Le responsable de cette structure en 1998, un chirurgien nord-américain, affirmait avoir été guidé par l'Esprit saint pour implanter son hôpital dans une zone islamisée. D'une manière générale, un pasteur n'est jamais très loin des structures confessionnelles protestantes en milieu rural, et un prosélytisme, plus ou moins patent selon les structures, n'est jamais totalement absent de l'entreprise sanitaire confessionnelle.

La tension entre religion et médecine, dans l'œuvre médicale confessionnelle, est un débat peut-être toujours non résolu, et qui a parcouru les milieux chrétiens depuis le début de l'action missionnaire: de l'action sanitaire, menée par des confessionnels, ou de l'action religieuse, laquelle doit primer? La conscience de cette tension était déjà présente chez le fondateur de ces ordres missionnaires soignants que sont les Pères Blancs et les Sœurs Blanches; dans ses instructions aux missionnaires, datant de 1877, le Cardinal Lavigerie rappelait à «ses» missionnaires: «Gardons-nous de nous faire appeler médecins. Nous ne sommes pas des médecins, mais des hommes de prière, des serviteurs de Dieu», tout en précisant qu'il ne fallait pas «abuser de l'état dépressif des malades» et en interdisant toute prédication auprès d'eux, estimant qu'il s'agirait là «d'une faute grave qui retarderait indéfiniment et empêcherait même, peut-être à toujours, le rapprochement que nous devons désirer» avec les populations soignées par les missionnaires [Renault, 1991, p. 28-29]. À propos de l'Afrique orientale, M. Vaughan écrit: «The suspicion that medical work represented a superficial way of attracting converts remained. Medical missionaries... had continually to emphasize, in their writings and in their practice, that their medical work was subordinate to their evangelical role... and the connection between sin and disease was a central feature of medical missionary ideology. An effective cure to any medical problem could only come about through conversion» [1992, p. 273]. La primauté du religieux sur le médical, a pu ainsi amener parfois au choix de soigner plutôt certaines populations en fonction de leur adhésion aux valeurs religieuses, attitude qui a pu être critiquée par des responsables de santé publique, comme l'atteste cette déclaration récente faite par un délégué provincial de la santé devant un aréopage d'évêques:

... dans ce contexte [d'absence de véritable politique de santé nationale jusque dans les années 1995] l'Église s'est frayée une place dans le vaste champ de la santé. Les besoins étaient si importants qu'un intervenant pouvait s'implanter n'importe où sans risquer d'être de trop. Les Églises s'orientaient surtout vers des zones défavorisées, enclavées et pauvres. L'une des stratégies d'intervention des Églises, perçues comme défaillance, était le fait que l'existence d'une communauté chrétienne de sa confession passait comme critère prioritaire du choix du site. C'est ainsi que l'Église était, pendant plusieurs années, accusée de prosélytisme religieux. Cette situation a entraîné un double emploi en plusieurs endroits du pays, à savoir que dans une même localité se trouvaient, en concurrence, des formations sanitaires créées par

15. Appellation reconnue pour désigner un «mouvement» qui refuse tout lien avec une Église.

différents intervenants, pour répondre aux besoins d'une partie de la population. Pour se soigner, des malades se déplaçaient sur de longues distances à la recherche d'une formation sanitaire de leur confession religieuse. Sur le plan préventif, le personnel sélectionnait les villages pouvant bénéficier de leurs interventions, ceci en rapport avec la coloration religieuse. C'est ainsi que les équipes des dispensaires privés confessionnels traversaient plusieurs villages pourtant nécessaires, pour aller donner des soins là où le catéchiste a réussi à réunir quelques fidèles<sup>16</sup>.

### Une offre de soins de qualité mais incomplète?

Nous avons ici l'illustration de ce que T. Berche affirmait dans l'article déjà cité [1985, p. 88]: «Fréquemment, les objectifs de la présence missionnaire et les objectifs de développement de la santé ne sont pas intimement accordés»; et il poursuivait: «chaque formation sanitaire catholique est isolée (à quelques exceptions près), ne reconnaissant pas d'autorité en termes sanitaires, jalouse d'une indépendance affirmée comme vitale... Les formations sanitaires catholiques représentent un sous-système social organisé, partie du système d'Église, ayant ses propres normes de régulation» [1985, p. 97 et 99]. L'autonomie des services de santé confessionnels, leur idéologie religieuse, conduisent les établissements chrétiens à définir des priorités, à opérer des choix, qui les amènent parfois à ne pas offrir nécessairement toute l'offre de soins que l'on pourrait en attendre. Il y a, certes, les exemples un peu convenus de l'attitude de certains centres de santé confessionnels de ne pas mettre en œuvre des aspects des programmes de planning familial nationaux validés internationalement, en refusant la mise à disposition des méthodes contraceptives modernes, et en prônant les méthodes «naturelles» d'espacement des naissances dans le cadre de séances d'éducation à «la vie familiale»<sup>17</sup>, ou encore du refus de la promotion de l'utilisation du préservatif dans des contextes à forte prévalence du VIH/sida. Mais je retiendrai surtout que les choix opérés par les services de santé confessionnels se fondent aussi parfois sur une conception de l'offre de soins qui ne s'accordent pas avec les modèles actuels d'organisation des systèmes de santé.

Toujours au Cameroun j'ai pu constater que certaines structures confessionnelles de première ligne ne délivraient pas l'ensemble des activités prévues dans le «paquet minimum d'activités» tel qu'il a pu être défini par l'OMS et adopté par le Ministère de la santé. Par exemple, il est prévu que tous les centres de santé organisent des consultations prénatales et procèdent aux accouchements normaux. Tous les centres de santé confessionnels que j'ai pu visiter offraient des consultations prénatales (c'est même là souvent une des principales activités des centres de santé de première ligne), généralement faites par des auxiliaires de santé et non des infirmiers. Cependant, en raison de pénuries d'infirmiers accoucheurs dans certains centres – ce qui est le cas de la majorité des centres

16. J. Inombe, «L'Église et la politique sanitaire au Cameroun: état des lieux», Séminaire des Évêques du Cameroun, Yagoua, 5-12 janvier 1999.

17. Les services de santé confessionnels, essentiellement catholiques, refusent l'utilisation de l'expression «planning familial».

de santé publics ruraux –, certaines structures confessionnelles n'étaient pas autorisées par leur hiérarchie à procéder à des accouchements, les femmes alors reçues en consultations prénatales devant organiser elles-mêmes leur accouchement à domicile, avec éventuellement l'aide d'accoucheuses traditionnelles, formées par ces mêmes structures confessionnelles, et dont j'ai déjà précisé qu'il était impossible d'en évaluer l'apport en matière de réduction des risques obstétricaux. La critique peut très rapidement être balayée en arguant que dans les centres de santé publics, y compris ceux bénéficiant des services d'un infirmier accoucheur ou d'une sage femme, les parturientes sont mal ou pas reçues, et qu'elles accoucheront de toute manière à domicile; dès lors, autant organiser les accouchements à domicile<sup>18</sup>. Reste à savoir si, dans le cadre d'une politique de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, un raisonnement fondé sur des choix opérés ici parce que «ce n'est pas mieux ailleurs» est toujours recevable. On peut également se demander si effectuer une bonne surveillance prénatale mais laisser les femmes accoucher à domicile correspond à ce qu'il est convenu d'appeler une offre de soins de qualité.

Ne délivrer qu'une partie des prestations que l'on pourrait attendre d'un centre de santé, étant donné la qualité de ses personnels et de son plateau technique, ne semble pas exceptionnel dans les centres de santé confessionnels. Ainsi, dans une capitale d'Afrique de l'ouest, un centre de santé confessionnel, qui bénéficie du service de plusieurs personnels expatriés, qui comptabilise le plus grand nombre d'accouchements de la ville, ne dispose pas de bloc opératoire; dès lors, en cas de complications obstétricales, ce centre réfère les femmes au centre hospitalier universitaire, qui offre des services de très mauvaise qualité, avec une banque de sang déficiente, ce qui, chacun le sait, ouvre de grandes incertitudes quant aux chances de survie de l'enfant et de la femme dès lors que cette dernière entre en urgence dans cet hôpital.

Un contexte moins dramatique, mais qui ressortit au même type d'interrogation, est celui de la délivrance d'activités curatives et préventives. Comme le soulignait T. Berche, les centres confessionnels mettent l'accent sur le curatif et la distribution des médicaments [Berche, 1985, p. 91-92]. Les activités préventives, «en stratégie avancée», pour employer les termes consacrés, c'est-à-dire à mener en dehors de l'enceinte de la structure de soins, entrent aussi dans le «paquet minimum d'activités» évoqué plus haut. Or certains centres confessionnels de première ligne refusent d'organiser des «sorties» pour des activités de prévention considérant que ces actions sont du seul ressort de l'autorité publique. Sans compter, comme il m'a été dit, que les centres confessionnels étaient des centres privés, qu'ils devaient veiller eux-mêmes à leur viabilité financière, or les activités de prévention coûtent cher et ne génèrent pas de revenus contrairement aux activités curatives. Là aussi, parfois, face à la critique, il est parfois rappelé que les centres publics, censés mener ces activités préventives, ne les

---

18. Pour une description des conditions d'accouchement dans les centres de santé publics, on pourra se reporter à J.-P. Olivier de Sardan, A. Moumouni, *et alii* [2000].

organisent pas faute de moyens, et que ce n'est donc pas aux centres confessionnels privés à se substituer aux obligations de l'État.

Dans un contexte de délitement du service public en Afrique, on comprend que les structures confessionnelles puissent arguer du fait «qu'elles ne peuvent pas tout faire», qu'elles ne sauraient se substituer aux obligations de service public de l'État, qu'elles sont privées et autonomes, et que de toute manière «ici, c'est mieux qu'ailleurs», pour définir et limiter leurs interventions en position de force eu égard aux puissantes organisations (les Églises de tutelle) dont elles dépendent. Nous touchons là aux difficiles questions de l'organisation des systèmes de santé et de l'intégration de toutes les structures de santé, publiques, privées, confessionnelles dans une même démarche (nationale) de santé publique, alors même que les différentes institutions de tutelles ne partagent pas les mêmes paradigmes de référence.

## Conclusion

Je précisais, au début de cet article, que l'opinion favorable à l'égard des structures de soins confessionnelles était souvent plus intuitive que réellement fondée sur l'évidence. Tout aussi intuitivement, en Afrique subsaharienne, quiconque est entré dans un centre de santé confessionnel et un centre public est souvent saisi par la différence: propreté, importance et qualité de l'équipement, présence des personnels caractérisent le premier et font souvent largement défaut dans le second. Dès lors, toujours intuitivement, j'affirmerais volontiers que l'offre de service dans les structures confessionnelles est de meilleure qualité que dans les structures publiques. Il n'est cependant pas dans mes compétences, ni d'ailleurs dans mes intentions, d'évaluer rigoureusement la qualité comparée de telle ou telle prestation.

Mon intention ici était tout d'abord de tenter de démontrer que la bonne opinion partagée, au Nord comme au Sud, à propos des centres de santé confessionnels était largement informée par un paradigme chrétien qui s'oppose de la pratique médicale, de l'organisation des systèmes de santé et des modèles de santé publique observables en Afrique. Ce paradigme chrétien diffus viendrait parfois tout autant structurer l'opinion sur la bonne qualité des soins confessionnels qu'une évaluation qui, en la circonstance, n'est pas toujours «objective». Plus simplement, il peut aussi exister des prestations de mauvaises qualités dans des centres confessionnels.

Par ailleurs, si empathie et compassion sont des vertus cardinales d'attitudes chrétiennes, elles pèsent sans doute très peu dans l'explication de la qualité des soins confessionnels en regard de la légitimité historique, et de la puissance politique et économique des réseaux chrétiens en Afrique depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et qui contribuent très largement à faire de la structure confessionnelle la plus reculée un centre de santé offrant des prestations de très grande qualité. La question de savoir si les valeurs que l'on souhaiterait voir informer les pratiques des personnels de santé en général (des secteurs publics et privés), et qui semblent si souvent

absentes de l'offre publique, sont affirmées grâce à l'adhésion à certaines valeurs religieuses n'est pas résolue. Pas davantage que la question des raisons de l'attirance particulière des populations pour l'offre de soins confessionnelle: est-ce toujours parce que la qualité technique des prestations est meilleure ou parfois, à qualité égale avec une offre publique, la religiosité de l'offre confessionnelle constitue-t-elle un atout important pour les usagers des structures de soins, et éventuellement aussi pour l'évaluation positive implicite qu'en font les bailleurs de fonds et les autorités nationales? Cependant, il ne faut pas exagérer l'importance des valeurs religieuses, ni minimiser celle de l'entreprise religieuse chrétienne en tant qu'organisation pour l'évaluation de la qualité des soins confessionnels.

Au-delà de ce plaidoyer pour une évaluation «laïque» de la qualité des soins confessionnels, c'est évidemment la notion même de «qualité des soins» que cette réflexion sur l'offre de soins confessionnelle vient interroger. Offrir une prestation de qualité, mais limitée, voire très limitée, en se souciant peu (parfois par force) de ce que fera le/la patient(e) lorsque son cas dépassera les compétences (pour des raisons de qualification des personnels et/ou de plateau technique) de la structure confessionnelle où il/elle a été reçu(e) est-il une marque de qualité des soins? Fonder sa pratique de soins sur l'expérience acquise de la «proximité» en ajustant son attitude et son choix sur les caractéristiques attribuées à telle population ou à tel type de malade, contribue-t-il à des soins de qualité? Le pragmatisme, l'urgence des situations, l'affirmation selon laquelle «de toute façon ici, c'est mieux qu'ailleurs» (sous entendu, «que dans les structures publiques») sont-ils suffisants pour justifier les choix limités qui sont faits? Ces questions prennent d'autant plus de pertinence aujourd'hui que les modèles de santé publique actuellement en vigueur prônent, comme gage de qualité, la continuité et la globalité des soins dans des systèmes où tous les dispensateurs de soins officiels situés aux mêmes niveaux de la pyramide sanitaire sont censés avoir les mêmes droits et les mêmes devoirs. Sans pouvoir évidemment répondre à de telles interrogations, il est évident que les mêmes questions se posent pour les structures publiques et confessionnelles, et que si différences de qualité il y a entre les deux types de structure, elles sont sans doute beaucoup plus de degré que de nature.

### BIBLIOGRAPHIE

- AUGÉ M. [1984], «Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement», in M. Augé et C. Herzlich (éd.), *Le sens du mal*, Paris, Éditions des archives contemporaines, p. 35-81.
- BALINT M. [1975], *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot (1<sup>re</sup> éd. anglaise 1957).
- BANQUE MONDIALE [1993], *Investir dans la santé. Rapport sur le développement dans le monde 1993*, Washington, Banque Mondiale.
- BENNETT S., MC PAKE B., MILLS A. [1997], «The Public/Private Mix Debate in Health Care», in S. Bennett, B. Mc Pake, A. Mills (éd.), *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest?*, London & New Jersey, Zed Books, p. 1-18.
- BERCHE T. [1985], «À propos d'une ONG de développement sanitaire: l'Église catholique en Afrique et les soins de santé primaires», *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 3-4, p. 85-103.

- BERGSTROM S., GOODBURN E. [2001], «Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle», in V. De Brouwere et W. Van Lerberghe (éd.), *Réduire les risques de la maternité: stratégies et évidence scientifique*, Anvers, ITG Press, p. 83-103.
- CORTEN A., MARY A. (éd.) [2000], *Imaginaires politiques et pentecôtismes*, Paris, Karthala.
- DOZON J.-P., FASSIN D. (éd.) [2001], *Critique de la santé publique*, Paris, Balland.
- EWALD F. [1996], «Philosophie de la précaution», *L'Année sociologique*, vol. 46, n° 2, p. 383-412.
- FERRINHO P., VAN LERBERGHE W. (éd.) [2000], *Providing Health Care under Adverse Conditions. Health Personnel Performance and Individual Coping Strategies*, Anvers, ITG Press.
- FREIDSON E. [1984], *La profession médicale*, Paris, Payot.
- GRUÉNAIS M.-E. [1996], «À quoi sert l'hôpital africain?», *Les Annales de la Recherche Urbaine*, n° 73, p. 119-128
- GRUÉNAIS M.-E. [1999], «La religion préserve-t-elle du sida?», *Cahiers d'Études Africaines*, vol. 154, n°XXXIX (2), p. 253-270.
- HARAN D., IQBAL M., DOVIO D. [1993], «Patients Perceptions of the Quality of Care in Hospital Out-Patient Departments: a Quality Assurance Project in Eastern Region, Ghana», in J.F.L. Chan (éd.), *Quality and its Applications*, Newcastle, Newcastle University Press.
- ILLIFE J. [1998], *East African Doctors*, Cambridge, Cambridge University Press.
- JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (éd.) [2003], *Une médecine inhospitalière*, Paris, Karthala.
- JEWKES R., NAEEMAH A., MVO Z. [1998], «Why do Nurses Abuse Patients? Reflections from South African Obstetric Services», *Social Sciences and Medicine*, vol. 47, n° 11, p. 1781-1795.
- KEGELS G. [1999], «Qualité, excellence et reconnaissance: une exploration», *RIAC-INFI Newsletter*, ITG Press Anvers.
- MURRAY C.J.L., FRENK J. [2000], «A Framework for Assessing the Performance of Health Systems», *Bulletin of the WHO*, vol. 78, n° 6, p. 717-731.
- NKOA STEINMETZ M. [2000], *Aspects organisationnels des hôpitaux et éléments de gestion des ressources humaines. Étude comparée du secteur public et du secteur privé confessionnel au Cameroun*, Yaoundé, Université catholique d'Afrique centrale.
- OFORI-ADJE D., ARHINFUL D.K. [1996], «Effect of Training on the Clinical Management of Malaria by Medical Assistants in Ghana», *Social Science and Medicine*, vol. 42, n° 8, p. 1169-1176.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., MOUMOUNI A., SOULEY A. [2000], «"L'accouchement, c'est la guerre!" Accoucher en milieu rural nigérien», *Afrique contemporaine*, n° 196, p. 136-154.
- PEERENBOOM P.B.G. [1991], «L'œuvre médicale de l'Église évangélique du Cameroun dans le Département du Noun», in J. Pirotte, H. Derroitte (éd.), *Churches and Health Care in the Third World. Past and Present*, Leiden, E.J. Brill, p. 77-87.
- RANGER T.O. [1981], «Godly Medicine: the Ambiguities of Medical Mission in South East Tanzania», *Social Science and Medicine*, vol. 15 B, p. 261-277.
- RENAULT F. [1991], «Principes missionnaires et action sanitaire des Pères Blancs et Sœurs», in J. Pirotte, H. Derroitte (éd.), *Churches and Health Care in the Third World. Past and Present*, Leiden, E.J. Brill, p. 27-48.
- ROSNY E. de [1992], *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala.
- VAN LERBERGHE W., DE BROUWERE V. [2000], «État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne», *Afrique contemporaine*, n° 195, p. 175-190.
- VAUGHAN M. [1992], «Syphilis in Colonial East and Central Africa: the Social Construction of an Epidemic», in T.O. Ranger et P. Slack (éd.), *Epidemics and Ideas*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 269-302.
- WHITTAKER S. et alii [1998], «Introducing Quality Assurance to Health Service Delivery: some Approaches from South Africa, Ghana and Kenya», *International Journal of Duality Health Care*, vol. 10, n° 3, p. 263-67.



# **Des systèmes pathogènes à la santé publique: une nouvelle dimension pour la géographie de la santé tropicale**

*Pascal Handschumacher \*, Jean-Pierre Hervouët \*\**

## **Introduction**

S'interroger sur sa discipline en ce qu'elle a de novateur, qu'il s'agisse de ses objets de recherche, de ses méthodes ou de ses outils est toujours une entreprise hautement périlleuse. En effet, il s'agit *a posteriori* d'identifier des segments spécifiques d'une démarche globale qui, la plupart du temps, s'est faite selon un continuum. Faire cet arrêt sur image, prendre le temps du coup d'œil en arrière, oblige nécessairement à un choix de points que l'on juge prioritaires à un moment donné. En cela, il s'agit d'un regard arbitraire. Ce regard, nous le situons ici délibérément sous l'objectif des géographes ruralistes s'interrogeant sur le rôle joué par la pratique, la gestion et la transformation d'espaces par les sociétés sur la dynamique des maladies transmissibles et en retour sur le rôle de celles-ci dans l'occupation et la gestion d'un espace. L'objectif utilisé s'est modifié au fil du temps. Après les photos aériennes classiques sur pellicules argentiques, les capteurs des satellites ont ouvert l'ère de l'image numérique tandis que l'analyse des données était modifiée par les progrès effectués dans le domaine des statistiques spatiales notamment grâce à la micro-informatique. Mais avant toute chose, ce regard s'est porté vers de nouveaux enjeux où l'espace anthropisé lui apparaît sous un angle plus politique et social que bio-géographique. S'agit-il là d'une évolution naturelle d'une branche d'une discipline poursuivant son propre chemin ou la réalité des phénomènes observés qui s'est modifiée? À travers des exemples issus de recherches dans les espaces tropicaux, cette analyse tente d'identifier un certain nombre de points, étapes ou concepts, méthodes ou résultats, qui ont constitué des points d'inflexion de la démarche disciplinaire.

---

\* Géographe de la santé, IRD, UR 024, Institut de Géographie, 3, rue de l'Argonne, 67083 Strasbourg Cedex, handschumacher@equinoxe.u-strasbg.fr.

\*\* Géographe de la santé, IRD, UR 02, IRSAM, UPPA, Av. du Doyen Poplawski, 64000 Pau, jean-pierre.hervouet@univ-pau.fr.

## Une géographie au service de la santé ou la maladie pour faire de la géographie?

### *L'onchocercose pour faire une géographie du peuplement?*

Lorsqu'à la fin des années 1960 les promoteurs du programme de lutte contre l'onchocercose firent appel aux géographes c'était «pour répondre aux trois questions suivantes: quand, comment, pourquoi les vallées des Volta ont-elles été abandonnées» [Rémy, 1968]. Cette préoccupation initiale concernant l'occupation des vallées des Volta, estimées fertiles<sup>1</sup>, devait faciliter leur (re)conquête agricole après la réussite du contrôle de cette maladie invalidante qu'est l'onchocercose par les entomologistes spécialistes de la question. D'abord travail cartographique des lieux habités et compréhension de leurs dynamiques historiques, cette entreprise a bien vite dépassé le cadre descriptif attendu. On considérait alors que l'onchocercose, maladie qui entraîne la cécité des personnes fortement contaminées, était responsable de la désertion des vallées infestées. L'hypothèse suivante, jamais validée, était admise: la maladie conduit les populations riveraines des cours d'eau qui hébergent les vecteurs à se retirer sur les interfluves éloignés des gîtes, protecteurs mais aux piètres qualités agronomiques<sup>2</sup>. Avec la disparition progressive de la maladie, le souvenir du risque lié à la proximité du cours d'eau s'estompe et le poids des contraintes du milieu sur la production agricole, et en parallèle l'attraction des vallées fertiles, grandit<sup>3</sup>. Ainsi existaient des cycles d'occupation/abandon des vallées fertiles au gré de l'apparition et de la disparition de la maladie au sein des communautés villageoises [Hunter, 1968]. C'est dans ce cadre que de nouveaux géographes intervinrent alors. Rapidement, face à une demande croissante des «aménageurs», de simple acteur de dynamiques spatiales, l'onchocercose devint un indicateur central des relations hommes/milieu. Partant du constat que l'onchocercose est une pathologie cumulative, J.-P. Hervouët [1979; 1990] et F. Paris [1992] firent de la contamination des sociétés, par le parasite, un indicateur de l'adéquation des pratiques environnementales aux potentialités épidémiques du milieu dans lequel l'homme, en tant qu'être social, est à la fois acteur et victime. Par ses degrés de contamination, chaque communauté villageoise reflète les rapports que ses pratiques génèrent entre elle et le parasite via son vecteur; les différents degrés d'infestation sont donc indicateurs de l'hétérogénéité des contacts hommes/vecteurs. Par l'étude de l'«aménagement du territoire» dans le cadre d'une crise sanitaire, le géographe prend ainsi place comme contributeur majeur à l'explication des phénomènes épidémiologiques en resituant l'homme dans un nœud de relations complexes au sein d'un «système pathogène» [Picheral, 1983] refondant les travaux de M. Sorre [1933].

1. Le terme de vallée, dans ce contexte, ne possède aucune connotation géomorphologique: les lits majeurs des rivières sont en général étroits et l'on entend par vallées les terres libres de toute implantation humaine, bordant les talwegs, sur parfois plusieurs dizaines de kilomètres.

2. En fait les qualités agronomiques de ces terres ne sont pas fondamentalement différentes de celles des «vallées», elles sont simplement amoindries par une exploitation prolongée.

3. Sous-entendant que la mémoire collective des risques (dont sanitaires) disparaîtrait en trois ou quatre générations.

Il importe de rappeler ici le schéma épidémiologique sur lequel s'est basé l'ensemble du raisonnement géographique. L'onchocercose est une filariose due au développement, chez l'homme, d'un parasite, *Onchocerca volvulus*, nématode vivipare dont la femelle émet au cours de sa vie active – dix à quinze ans – des millions d'embryons qui provoquent prurits et lésions cutanées. Ces microfilaries peuvent aussi envahir la chambre intérieure de l'œil causant des troubles oculaires graves et irréversibles dont le stade ultime est la cécité.

L'agent vecteur de cette parasitose est un petit moucheron hématophage de la famille des *simuliidae*. Lors d'un repas sanguin pris sur un onchocercarien, la femelle ingère des microfilaries dont certaines, après migration et mutations, gagneront les pièces buccales. Lors d'un repas sanguin ultérieur, ces microfilaries, devenues infectantes, seront inoculées à un homme. Elles se transformeront alors en filaires capables de produire les microfilaries, stade pathogène du parasite. Le passage par le vecteur est indispensable à la transformation de la microfilaire en filaire adulte sexuée, donc à la transmission de l'onchocercose.

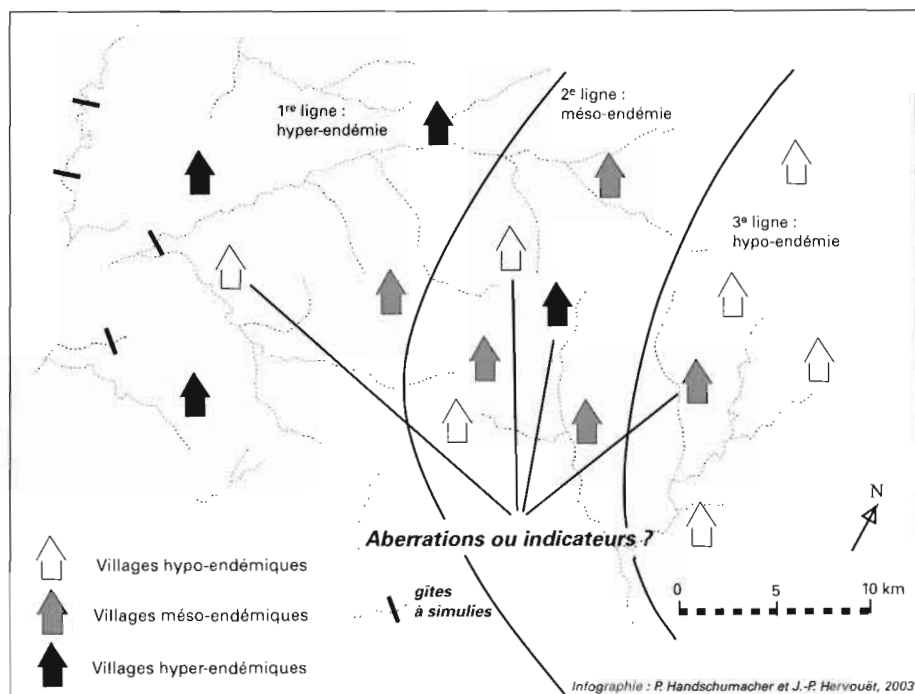
La distribution de cette affection cumulative est donc dépendante de celle des insectes vecteurs. Or la simule a des larves aquatiques qui ne se développent que dans les cours d'eau où une accélération du courant produit l'oxygénation de l'eau indispensable au développement des larves. Ces lieux de reproduction peuvent donc être facilement localisés, ce qui facilite la lutte contre le stade préimaginal du vecteur. Ces simules ne se déplaçant que de quelques kilomètres pour prendre leurs repas sanguins, seuls «les villages échelonnés sur une bande de quelques kilomètres de largeur, le long des cours d'eau» [Masseguin, 1954] sont atteints par la maladie. Elle y est d'autant plus grave que les simules sont plus abondantes, entraînant un cumul des infections se traduisant par la multiplication des parasites et surtout des microfilaries et, corrélativement, des affections oculaires irréversibles.

À partir de ces caractéristiques, il était tentant d'établir un canevas selon lequel la proximité aux gîtes détermine la contamination conduisant à la succession de lignes de risques décroissants en fonction de leur éloignement aux thalwegs. 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes deviennent ainsi synonymes d'hyper, méso et hypo-endémicité (carte 1). Mais que faire alors de ces villages qui pour les uns supportent de faibles charges parasitaires en situation de première ligne tandis que d'autres, bien éloignés des gîtes, sont confrontés à une infestation massive et, partant, connaissent un taux élevé d'aveugles ?

### *De la ligne aux points*

Si la règle qui prévaut est bien le schéma initial en lignes de risques décroissants, la présence de ces exceptions prend une importance majeure dans la mise en évidence des déterminants du risque sanitaire. Il ne s'agit plus de raisonner ici en termes statistiques classiques où le plus grand nombre de personnes touchées par la maladie conditionne la réponse qui est apportée au problème, mais en terme de sens épidémiologique profond porté par les exceptions.

Carte 1 – Onchocercose : la valeur de l'exception



Ici l'exception prend autant d'importance que la règle, y compris en matière d'impact opérationnel pour la lutte contre la maladie.

Par ailleurs, l'onchocercose est d'une certaine manière une « maladie neuve ». Non pas une maladie émergente au sens de ce début de XXI<sup>e</sup> siècle où des pathologies inconnues apparaissent, qu'elles touchent pour la première fois les communautés humaines ou que l'évolution des moyens techniques nous donne la possibilité de les diagnostiquer [Epstein, 1995]. L'onchocercose est une maladie perçue comme « neuve » à partir de la fin des années trente car, si son existence était déjà connue, elle n'était pas encore une « maladie sociale » (Puyuelo, 1950), au sens où le nombre de personnes touchées par des atteintes oculaires graves ne mettaient pas en péril la survie de communautés entières. Tous les documents historiques et épidémiologiques concordent, après P. Richet [1937], pour donner, alors, une importance grandissante à la maladie. Quels sont les changements qui ont pu générer l'aggravation de cette pathologie ? Cette interrogation historique s'est conjuguée à celle géographique concernant les mutations épidémiogènes des environnements de la bande soudanienne ouest africaine et le rôle majeur des facteurs environnementaux dans l'expression et la dynamique de cette grande endémie tropicale.

Sans reprendre l'ensemble des analyses qui ont été largement publiées depuis, il est cependant possible de dire que l'analyse spatiale des pathologies

devenait affaire de spécialistes. La ligne (souvent arbitrairement localisée) délimitant des espaces homogènes montrait alors ses limites. L'analyse des phénomènes pathologiques à leurs réelles échelles de fonctionnement s'imposait alors en privilégiant les espaces de contamination. Entendons-nous bien, il ne s'agit pas ici de faire l'apologie d'une géographie à l'échelle 1, tellement réaliste et «grandeur nature» qu'elle empêcherait de tirer des règles générales de fonctionnement des espaces (pathogènes ou non) mais d'une géographie où la ligne, c'est-à-dire la limite, n'est déterminée que par la localisation (le point) et la distribution du phénomène étudié. Ainsi, se calquant sur la réalité de l'expression spatiale de la maladie et sur les processus étudiés, cette approche donne aux prétendues aberrations leur réelle valeur. C'est en montrant la discordance entre les exceptions des villages en opposition épidémiologique avec leur situation, que les auteurs de ces travaux ont montré le poids des déterminants environnementaux dans le fonctionnement de la maladie. C'est en analysant l'évolution historique et démographique de ces espaces des vallées soudaniennes qu'ils ont mis en évidence les facteurs sociaux responsables de la dynamique de cette endémie.

Ces études géo-oncho-graphiques, pour reprendre l'expression de F. Paris, novatrices d'une géographie redonnant leurs significations sociales et spatiales aux informations biologiques et médicales disponibles, ont permis d'éclairer le fonctionnement des espaces et des lieux par les faits sanitaires qui s'y déroulent.

L'apport géographique, qui s'est sensiblement éloigné de la lettre de mission initiale et a pour partie contribué à la réussite collective dans la lutte contre l'onchocercose, fut d'abord la fondation d'une recherche appliquée au domaine de la santé qui se perpétue depuis sur des modèles divers. Il a mis en relief une grande synergie dans les déterminants, conduisant à la conception de nouveaux modèles théoriques.

À ces travaux sur l'onchocercose ont succédé un grand nombre de recherches spécifiques sur les maladies à transmission vectorielle: trypanosomiase humaine africaine, bilharzioses humaines, peste, depuis les espaces sahéliens aménagés du Nord Sénégal jusqu'aux Hautes Terres de Madagascar en passant par les forêts ombrophiles de Côte d'Ivoire et les contacts forêts/savanes du Cameroun ou du Congo. Pour chacune des pathologies abordées, des problèmes méthodologiques identiques se sont posés, des déterminants communs ont été identifiés, des questions théoriques similaires ont émergé.

## **D'une réalité épidémiologique aux modèles théoriques**

*Aires potentielles ou vulnérables, aires d'expression de la maladie: du risque sanitaire à sa concrétisation*

Onchocercose, trypanosomiase, bilharzioses, peste ont en commun de posséder un vecteur ou un hôte intermédiaire dont la présence, nécessaire dans le cycle, conditionne le fonctionnement du «complexe pathogène» [Sorre, 1933 ; 1943] de ces endémies. La présence du vecteur en un endroit donné permet à

une maladie de s'y installer pour peu que l'agent pathogène y soit introduit. Ces espaces, portant en eux les conditions biologiques théoriques requises pour l'éclosion de la maladie, en représentent les aires potentielles. Dans ces espaces, il n'y a risque (de transmission) que si l'agent pathogène y est introduit, par diffusion ou par propagation<sup>4</sup>.

Cette propagation du parasite peut aussi se produire en direction d'espaces d'où vecteurs et hôtes intermédiaires sont absents. En l'absence d'aléas<sup>5</sup> remplaçant ces espaces à l'intérieur des aires potentielles de la maladie, les risques sanitaires sont nuls, l'agent pathogène étant voué à la disparition, au plus tard lors du décès de son hôte, faute de transmission. Certains de ces espaces, en raison de déséquilibres profonds entre les sociétés et le milieu qu'elles génèrent, peuvent être qualifiés de «vulnérables» car portant en eux une grande part des potentialités de survenue de la maladie.

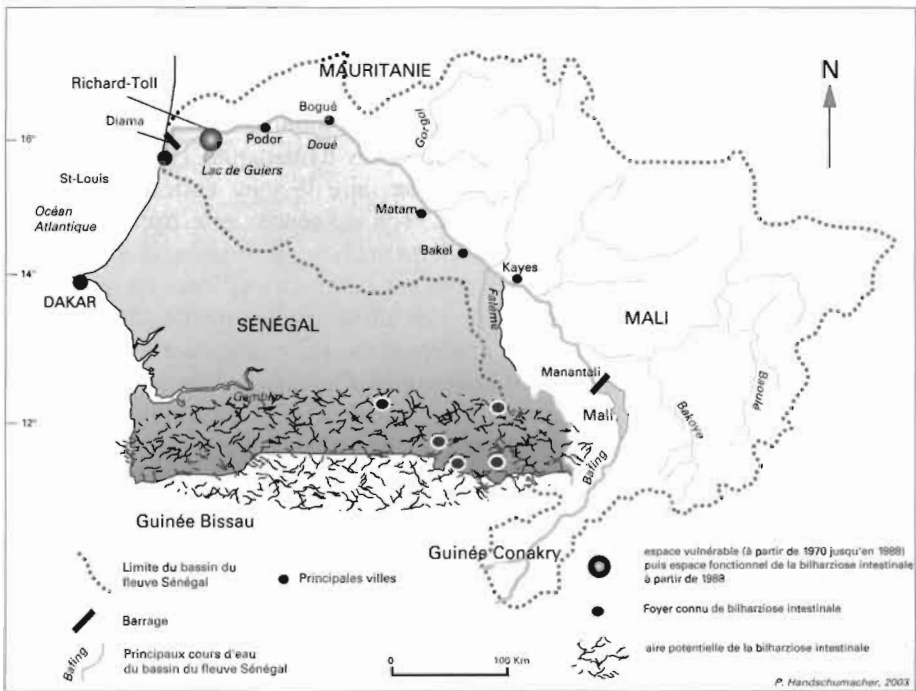
Les extensions des aires potentielles d'une maladie, en général sous l'action anthropique, sont cependant moins rares qu'il ne le semble. Ainsi, les forêts «vierges», des tropiques humides, n'hébergent pas, au niveau du sol, celui des activités humaines, de vecteurs du paludisme ou de la trypanosomiase humaine. Qu'interviennent des défrichements et *Glossina palpalis*, vecteur de la maladie du sommeil supplante *Glossina fusca*, zoophile, tandis que les anophèles descendent des cimes ensoleillées de la canopée. Plus loin, en zone de savane, le tracé d'un cours d'eau est rectifié, des canaux et des déversoirs sont implantés pour l'irrigation et de nouveaux gîtes à simules sont créés et pérennisés. Ces actions «d'aménagement du territoire», d'ampleur et d'échelles très différentes, génèrent en fait de nouvelles aires de transmission potentielle et de nouvelles évolutions épidémiologiques peuvent apparaître.

Un exemple très spectaculaire de ces situations nouvelles a été observé à partir de 1988 à Richard-Toll, au sahel sénégalais, et s'est soldé par une importante épidémie de bilharziose intestinale [Talla, 1990]. Pourtant le mollusque *Biomphalaria pfefferi*, hôte intermédiaire de *Schistosoma mansoni*, l'agent pathogène responsable de cette maladie, était inconnu dans la région avant cette date et restait cantonné dans les zones sud-soudaniennes et guinéennes [Diaw, 1990]. L'apport d'œufs du mollusque en zone sahélienne par des oiseaux d'eau migrateurs est certainement un phénomène ancien, mais tant que le milieu ne subit pas de lourdes transformations, le planorbe ne pût jamais survivre après éclosion. Tout changea après la modification des conditions hydrologiques consécutive à la mise en eau des grands barrages de Manantali et de Diama, sur le fleuve Sénégal. Là, en bordure du fleuve Sénégal, la Compagnie Sucrière Sénégalaise (CSS) avait généré un environnement «vulnérable» à la maladie en raison des exigences écologiques de la canne à sucre qui ont nécessité la mise en

4. La propagation est un phénomène circonstanciel, essentiellement lié à des mouvements linéaires, joignant des espaces disjoints, elle s'oppose à la diffusion qui est structurelle et conjoncturelle, même si elle demeure un phénomène stochastique, liée à la pratique des territoires par les populations ; elle sous-entend une certaine continuité spatiale.

5. Terme renvoyant aux concepts développés par les études concernant les risques dits naturels.

Carte 2 – Aires potentielles et vulnérables de la bilharziose au Sénégal



place d'un système hydraulique particulier et notamment des canaux d'irrigation enchâssés dans la ville de Richard-Toll. La croissance démographique de cette petite bourgade de 3000 habitants en 1960, a été favorisée par l'implantation au début des années soixante-dix de cette agro-industrie gourmande en main-d'œuvre, en raison de l'afflux de populations en provenance de tout le pays et notamment de l'aire d'expression de *Schistosoma mansoni* [Handschemacher, 1992]. L'augmentation de la population (45000 habitants en 1988) ne fut pas accompagnée par la mise en place d'infrastructures d'assainissement appropriées. Tant que les caractéristiques physico-chimiques de ces eaux d'irrigation ne furent pas modifiées, et que l'hôte intermédiaire de cette maladie en resta absent, cette ville est demeurée indemne de la maladie bien que certains habitants soient porteurs du parasite. La mise en eau des grands barrages a tout changé [Handschemacher, 1998a] (carte 2)!

Face à de telles situations, la lecture des faits géographiques peut-elle permettre de définir la réalité des espaces vulnérables et, si oui, quelle en est la grille d'interprétation? Cette tâche, qui peut sembler facile *a posteriori*, est importante si l'on veut éviter de renouveler les erreurs qui ont conduit à la plus grosse épidémie de bilharziose intestinale au Sud du Sahara. L'enjeu est d'autant plus important qu'il est identique pour de nombreuses maladies à transmission vectorielle.

Offrir une grille de lecture des espaces à risque associant espaces potentiels et espaces vulnérables, permet en termes prédictifs de ne plus limiter l'extension possible d'une maladie à celle de son vecteur ou hôte intermédiaire mais à l'ensemble des espaces présentant une convergence de facteurs épidémiogènes. En s'appuyant sur la réalité des déterminants de situations où la pathologie s'exprime, il est possible d'évaluer le rôle des combinaisons de ces multiples facteurs dans la concrétisation de la maladie, ses dynamiques et son extension sur une aire donnée. Il est ainsi possible de faire le joint entre la possibilité d'implantation de la maladie et la réalité de son existence, les espaces potentiels et vulnérables et les aires d'expression. Cette analyse, qui permet d'identifier et d'estimer le poids réel des différents facteurs, ne peut être efficace qu'aux échelles premières des faits de transmission et de diffusion, les mailles élémentaires de fonctionnement des phénomènes épidémiques. En s'articulant entre-elles et en se hiérarchisant, elles définissent les espaces d'expression de la maladie, les «foyers» de la littérature épidémiologique et médicale. Ces aires d'expression sont des espaces caractérisés par des combinaisons particulières de facteurs conduisant à l'existence d'une maladie selon une spécificité propre. Définir ces spécificités dans une optique comparative des lieux revient ainsi à proposer pour la maladie étudiée une grille de lecture des environnements permettant d'anticiper en élaborant des stratégies de prévention ou de lutte. Or à partir de l'étude des différents «modèles» cités plus haut, un certain nombre de facteurs ou de thèmes récurrents se font jour.

### *Réalité et indicateurs, la difficile mise en concordance*

Dans l'évaluation géographique des relations entre l'environnement et la santé, l'interrogation initiale, non spécifique de la géographie, concerne l'identification du fait sanitaire que l'on cherche à évaluer. En effet, même si l'on sait que contamination n'est pas synonyme de maladie, cette question est rarement explicitée. Lorsqu'on cherche à analyser les dimensions spatiales d'une pathologie, cherche-t-on à évaluer l'extension, la dynamique et les processus de l'infestation, de la contamination, de la morbidité, ou de la mortalité? Autant de termes n'ayant pas les mêmes significations épidémiologiques selon les systèmes pathogènes considérés. Cette question est primordiale pour les maladies cumulatives pour lesquelles la gravité du mal est en relation avec l'importance de l'infestation<sup>6</sup> mais elle n'est pas anodine non plus pour des pathologies pour lesquelles il est habituellement considéré que contamination est égale à maladie. Ainsi en est-il de la maladie du sommeil<sup>7</sup> mais aussi du paludisme en zone d'instabilité ou encore de la peste sur les marges occidentales des Hautes Terres de Madagascar. Pour ce dernier cas, un travail de recherche mené de 1995 à 1999 a montré une séroprévalence de 7,8 % sur un échantillon de 3500 personnes.

6. Ce qui a conduit Prost et al. [1979] à reconstruire des indicateurs des niveaux d'endémicité pour l'onchocercose.

7. À *T. b. gambiense* où l'homme peut demeurer «porteur sain» – mais en même temps réservoir du parasite, – durant des années.



Cependant, seulement 200 cas avérés avaient été consignés en 40 ans pour une population qui en 1990 s'élevait à 234000 individus [Handschumacher, 2000]. Même en tenant compte d'une sous-estimation importante des cas identifiés, ce chiffre reste particulièrement bas eu égard à celui de la séroprévalence et du fort taux de létalité propre à cette maladie. Au delà des questions biomédicales spécifiques concernant cette très forte discordance, se pose celle du choix de l'indicateur «santé» destiné à analyser les dimensions spatiales et temporelles de la peste et des échelles pertinentes. La prise en compte de la répartition des niveaux de séroprévalence à l'échelle des hameaux et la relocalisation des cas à la même échelle a permis de raisonner, à la fois, sur les composantes écologique et sociale de la maladie. La distribution des séroprévalences a ainsi permis d'identifier les modalités de circulation du bacille alors que le dépistage des cas indiquait la prise en charge de la maladie par les structures de soins.

Deux grands ensembles de déterminants décisifs ont été identifiés par les études géographiques: les densités de population humaines (qu'elles soient réelles ou apparentes pour les vecteurs) et les mobilités humaines à de multiples échelles spatiales ou temporelles.

En raison de son caractère cumulatif, l'onchocercose se module à l'échelle d'une communauté humaine en fonction de la dilution de piqûres de simulies dans la population. Les densités de population humaines jouent ainsi un rôle en terme absolu, plus la densité est forte, moins le risque est élevé, et en terme relatif puisqu'il faut en permanence confronter l'importance de la population humaine à celle des populations de vecteurs, mais aussi la part de la population qui s'expose réellement aux vecteurs en fonction de la gestion des espaces. Ces différentiels peuvent en outre évoluer au fil des saisons et des modifications des milieux.

Cette question des densités de populations est récurrente et se manifeste sous l'expression de «pression humaine» aux points d'eau ou aux infrastructures d'assainissement dans le cas des bilharzioses, ou de concentration d'habitat pour la peste. Mais elle a gagné en complexité avec le modèle de la trypanosomiase dont l'expression est modulée par les densités humaines apparentes pour le vecteur, fonction, non plus seulement de l'importance et de la localisation statique de la population humaine, mais de ses pratiques spatiales, de ses mobilités variables selon les saisons, les sexes, les âges et surtout les pratiques sociales. En d'autres termes plus les parcours de l'espace vécu par la population sont fréquents et réguliers, plus les densités humaines apparentes seront élevées pour les glossines résidentes. Les possibilités de contact Homme/Vecteur en seront multipliées et surtout diversifiées. Or contrairement à l'onchocercose, il ne s'agit pas d'une maladie cumulative mais d'une pathologie pour laquelle une seule piqûre infectante peut conduire à la mort. Dans le cas de ce «modèle», les densités de population élevées (en deçà d'un certain seuil remettant en cause la longévité du vecteur) ne protègent donc plus, mais augmentent le risque de contamination.

Qu'il s'agisse de pratiques de l'espace à l'échelle des terroirs, de mobilités inter-villageoises ou de grands déplacements transfrontaliers, les mobilités

humaines, associées à la localisation d'une population et à son importance numérique, jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement des endémies.

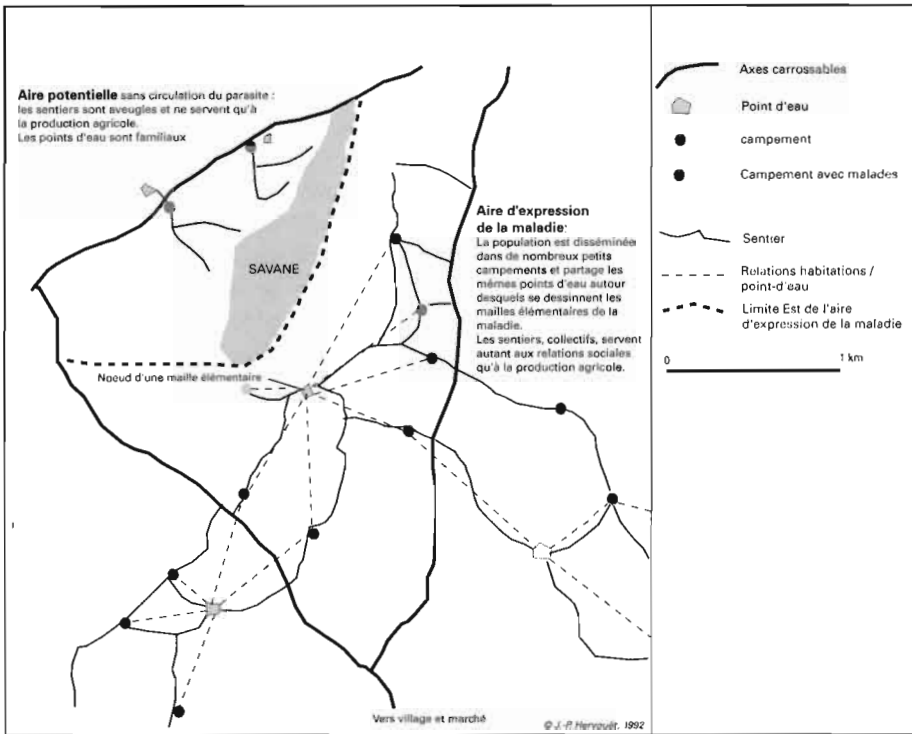
Ces différents points focaux d'analyse peuvent alors servir à identifier les maillons faibles de la transmission et à y focaliser les actions de contrôle de la maladie. La mise en évidence de l'importance des densités humaines apparentes dans la circulation de la trypanosomiase, combinée à l'efficacité remarquable des pièges à glossines, permet d'élaborer des plans de distributions spatiales de pièges articulées sur les mailles élémentaires et les nœuds de communication où les fréquentations et les passages sont les plus importants. Ceci permet alors de maximiser l'impact des mesures de lutte contre cette maladie mortelle. À l'inverse, les travaux géographiques menés sur la bilharziose intestinale montrent la limite d'une stratégie de lutte basée sur le seul développement technique (augmentation de la disponibilité de l'eau potable, des latrines) sans tenir compte des espaces pratiqués par les habitants de la ville, de leurs comportements et de leurs contraintes économiques.

#### *Les espaces partagés au delà des paysages épidémiologiques.*

Localiser les différents termes de la maladie, identifier les dynamiques spatiales qui les affectent, permet d'individualiser des espaces sécants où ils sont réunis en entraînant l'émergence, le développement, voire la pérennisation de la maladie. Diffusion et propagation sont largement tributaires des déplacements de l'agent pathogène vers d'autres lieux, d'autres espaces, que ce soit en raison du déplacement du vecteur ou induit par les mobilités du réservoir et du malade. Ces espaces à risque sont tous, toutes pathologies confondues, des espaces partagés entre personnes saines et malades mais aussi entre hommes et vecteurs, autorisant contagion et contamination. Ils représentent les aires fonctionnelles (ou d'expression) de la maladie, comprises comme des espaces favorables, en même temps, à tous les termes de la chaîne épidémiologique.

Les modalités de partage à risque des espaces sont spécifiques à chaque pathologie et directement dépendantes des exigences écologiques des vecteurs. Ces conditions sont conservées, générées ou entretenues par les pratiques spatiales et les modalités de gestion des espaces mises en place par les sociétés humaines. Si la survie et la reproduction des vecteurs n'est possible que dans certains «paysages», il n'en reste pas moins que la notion de «paysages épidémiologiques» développée par G. Rémy [1984], reprenant des travaux de l'école soviétique [Voronov, 1965], ne rend guère compte que des espaces potentiels. Elle reste très statique et permet peu d'intégrer les pratiques spatiales des sociétés, éminemment mouvantes, éléments essentiels des processus d'épidémisation s'articulant à l'intérieur d'espaces socialement ouverts [Hervouët, 1987]. Si ce dernier représente toujours le meilleur indicateur synthétique du risque en THA, il est inopérant en termes de lutte et de contrôle de la maladie car s'appuyant essentiellement sur des déplacements des populations induits par de multiples activités. Le même constat a pu être fait sur la peste à Madagascar où diffusion ou focalisation de la maladie expriment et révèlent les structurations physiques et

Carte 3 – Les espaces de la THA dans un foyer Ivoirien



surtout sociales de l'espace [Handschumacher, 1998b]. En renvoyant ces mobilités aux espaces partagés où elles s'exercent, la géographie s'est dotée d'un nouvel outil opérationnel apte à générer des cartes à partir des localisations de lieux et d'espaces s'articulant et se hiérarchisant en réseaux (carte 3).

Ainsi en décomposant la démarche initiale de définition d'espaces socialement ouverts, basée sur une approche pragmatique, en espaces partagés basés sur des localisations et des délimitations précises et dans la confrontation des espaces occupés par chacun des termes du système pathogène, l'approche en géographie de la santé gagne en rigueur théorique et méthodologique. Applicable à l'ensemble des « modèles » cités en exemple, cette théorie des espaces partagés, exprimée conceptuellement que très récemment [Hervouët, 2003], apporte une « valeur ajoutée » importante intégrant la complexité de la gestion sociale de l'environnement dans la connaissance de l'anthropo-écologie de la maladie.

Ajoutés aux progrès considérables obtenus grâce à l'utilisation de techniques de plus en plus fines en biologie moléculaire ou dans le domaine de la prise en charge médicale des populations (vaccinologie, nouvelles thérapies,...), ces progrès dans la connaissance éco-épidémiologique des maladies transmissibles auraient dû permettre de favoriser le contrôle de celles-ci par les services de

santé publique. Or ce contrat est loin d'être rempli et les chiffres ne laissent pas d'alarmer quant à la pérennisation ou à l'extension de la trypanosomiase, de la peste, des bilharzioses, de la fièvre jaune, etc.

Se serait-on trompé de combat en approfondissant ces approches anthropo-éco-épidémiologiques? Sans doute pas, mais la faible emprise des structures de soins sur les populations qu'elles sont censées desservir dénote la faiblesse des moyens et de l'action sanitaire à tous les niveaux de la pyramide des soins de santé publique. Les innovations conceptuelles en ont été stérilisées mais pourraient retrouver la place qui leur revient en s'appuyant sur une demande sociale grandissante et sur de nouveaux outils comme l'imagerie satellitale et les Systèmes d'Information Géographique [Baudouhat, 1998]. Dans ce nouveau contexte, en utilisant de nouvelles méthodes d'analyse statistique, la géographie s'inscrit dans une démarche intégratrice pour la compréhension de systèmes complexes dont la maladie est à la fois indicateur et résultante.

## Géographie et santé publique

### *Le rôle de la demande sociale*

Dans les pays en voie de développement comme dans les pays du Nord, la diminution drastique des crédits alloués à la santé a obligé les acteurs des politiques de soins à mieux cibler les actions de lutte et de prévention. En parallèle, la demande d'une prise en charge équitable de l'ensemble de la population est relayée de plus en plus activement. Cette double demande sociale autour de la santé, souvent contradictoire entre impératifs économiques et impératifs humains, donne une légitimité renforcée à toute approche susceptible d'optimiser l'allocation des ressources aux besoins. Le temps est loin où le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie réduisait puis contrôlait la THA, grâce à ses équipes de prospection. Pourtant, la reviviscence de maladies transmissibles, autrefois sous le contrôle de la médecine préventive, est une réalité incontournable, accentuée dans les situations de mauvais contrôle du territoire. Dans des contextes de mutations profondes des environnements africains, il faut répondre à deux impératifs. D'une part cibler les besoins prioritaires en déterminant et en hiérarchisant non seulement les populations mais aussi les espaces à risque, définissant ainsi les cadres et les modalités d'intervention, et d'autre part identifier les impacts des changements<sup>8</sup> sur l'évolution des endémies majeures, dans une optique prédictive. Ce dernier point pourrait profiter de ce que les aménagements financés sur fonds publics et internationaux s'accompagnent, enfin, de mesures destinées à préserver la santé des bénéficiaires. Mais ces mesures d'accompagnement se développent dans des cadres institutionnels nouveaux, les Districts Sanitaires et Sociaux qui regroupent l'ensemble des activités médicales et paramédicales, médecine curative et médecine préventive. Ils pren-

8. Croissance urbaine, hydro-aménagements, place croissante des productions vivrières périurbaines, développement des réseaux de communication, destabilisation politique, etc.

nent en charge un espace déterminé par l'importance de la population résidante et les distances la séparant du Centre de Santé: c'est l'aire d'attraction théorique du Centre de Santé qui ne tient pas nécessairement compte des réalités et des spécificités locales; la notion d'accessibilité repose plus sur la distance au poste le plus proche que sur les réalités de l'espace desservi. Ainsi au Congo [Paka, 1998] le Centre Sanitaire de Kimongo, province du Kouilou, couvre, «théoriquement», des populations résidant à moins de 10 kilomètres de la ville, mais sans piste directe praticable la plus grande partie de l'année. Des travaux similaires effectués dans la vallée du fleuve Sénégal [Niang, 1998] mettent en évidence l'extrême variabilité et surtout la faiblesse du recours aux soins de la population, posant clairement le problème de la «rencontre» d'une carte sanitaire centrée sur le district et de la spatialisation des risques sanitaires réels.

Pourtant, ce niveau du district, administré par un médecin ayant sous ses ordres des infirmiers responsables exerçant dans des dispensaires périphériques, constitue une structure pouvant être extrêmement réactive.

Cette modification de la donne en matière de santé publique place la géographie dans une situation prometteuse. Il ne s'agit pas ici de tourner la page de l'apport à la connaissance de la transmission. Au contraire, l'argument relatif aux modifications de l'environnement selon une ampleur croissante, montre que cette tâche est probablement sans fin. Par ailleurs une meilleure connaissance de la modulation de la transmission par l'homme en tant qu'être social, aménageant, gérant et pratiquant un environnement donné, a permis de développer une conception et une approche théorique du risque dont les résultats sont indispensables à une bonne élaboration de stratégies de santé publique. La mise à disposition d'outils très performants, notamment les bases de données relationnelles, spatialisées et associées à des cartes, bases des Systèmes d'Information Géographiques, facilitent la mise en perspective des multiples facteurs qui interagissent et conditionnent l'existence et la dynamique de systèmes pathogènes. En s'appuyant sur la réalité de terrain et sur une bonne perception des limites des données utilisées, l'articulation entre une géographie de la santé dominée par sa composante écologique et une géographie de la santé orientée vers un aménagement du territoire, pour des bénéfices en santé publique, se fait naturellement.

### *L'apport des nouveaux outils*

Face à la faiblesse des moyens alloués à la santé et à la mauvaise couverture sanitaire rencontrée dans de nombreux pays africains, les facteurs de risque mis en évidence par les enquêtes médicales et biologiques et les indicateurs «géographiques» peuvent être des guides privilégiés des politiques de santé. Les nouvelles méthodes d'analyse spatiale tant statistiques que cartographiques permettent désormais, lorsque des données spatialisables existent, d'identifier plus facilement des espaces à risque et de se placer aux échelles d'application pertinentes dans le cadre de programmes de prévention et de lutte.

Les SIG sont ainsi devenus des éléments majeurs de la «boîte à outils» utilisée dans le domaine de l'épidémiologie spatiale, très largement au delà du domaine de la géographie [Manguin, 1999]. La facilité de manipulation de nombreux logiciels existants, leur capacité à «tourner» sur n'importe quel micro-ordinateur récent, et le fort impact visuel des productions cartographiques a décidé une part importante de la communauté scientifique à franchir le cap de l'utilisation de ces outils. En parallèle, l'utilisation de l'imagerie satellitale est aussi devenue largement le fait de non spécialistes.

Les années 1990 ont ainsi vu paraître une profusion d'articles concernant des recherches utilisant télédétection et SIG. Simple effet de mode ou réels progrès dans l'appréciation des espaces à risque, la réponse à cette question impose d'évaluer les limites auxquelles se heurtent ces outils performants.

Ces approches sont basées sur un postulat initial: les «paysages épidémiologiques» portent une grande part de leur pouvoir prédictif du risque dans leur morphologie et leur dynamique visible. On se heurte donc à l'extrême difficulté d'évaluer, au delà du «visible», la réalité des partages des espaces par les différents termes du système pathogène permettant transmission, circulation et diffusion du parasite. Ce n'est donc pas un hasard si la plupart des études performantes ont été réalisées dans le domaine des enzooties et en zone soudanienne. Ainsi les travaux menés sur la trypanosomiase animale, en resituant le parcours des troupeaux dans l'espace et en combinant ces tracés aux cartes, identifiant les écosystèmes favorables au vecteur, ont permis d'identifier les tronçons de la mobilité animale durant lesquels les troupeaux se contaminent [de la Roque, 2001; Hendricks, 2001].

Dans le domaine de la maladie humaine et en zone forestière, ce type d'approche se heurte à deux problèmes de très inégale valeur. En premier lieu, très peu d'espaces sont totalement vierges de glossines dont la densité n'est pas un facteur de risque: la télédétection ne peut donc y hiérarchiser les risques entomologiques. En second lieu, les déplacements de la population, à l'inverse de ceux des troupeaux, sont socialement fractionnés: les membres d'une même famille, même s'ils se rendent au même endroit, partent à des heures différentes et peuvent utiliser des sentiers variés en fonction de leur statut social et de leurs obligations. Ils n'encourent donc pas les mêmes risques. Les analyses en sont complexifiées et les espaces partagés doivent être étudiés en fonction des variations saisonnières, journalières et même horaires de leurs fréquentations.

La résolution (la taille du pixel) est souvent une autre difficulté à surmonter dans l'utilisation de l'imagerie satellitale. Ainsi dans des études menées en Côte d'Ivoire sur la trypanosomiase humaine, l'identification des petits campements situés au sein des plantations et au cœur du partage des espaces, a nécessité le couplage de données panchromatiques (10 mètres de résolution) aux informations multispectrales plus riches, mais moins précises (20 mètres). Pouvoir détecter les espaces à risque sans coûteuses prospections médicales sur le terrain, en dehors des actions de validation des zones identifiées par l'approche

éco-géographique, est une réelle ambition mais elle ne saurait s'affranchir totalement des données de terrain classiques.

Ces changements d'échelles, pratique centrale de toute approche géographique sont aussi, aujourd'hui, facilités par les progrès des méthodes statistiques spatiales qui contribuent grandement à la prise en compte de ces niveaux hiérarchisés complexes et imbriqués qui ne peuvent être analysés par les modèles statistiques classiques que sont les régressions linéaires, logistiques, etc. L'ensemble de ces méthodes d'analyse spatiale, qu'elles soient statistiques ou cartographiques, couplé à la collecte d'informations précises de terrain aux échelles de fonctionnement des phénomènes de transmission et de diffusion, permet d'envisager une meilleure analyse multi-échelles du risque. Cet enjeu est essentiel à la fois pour appliquer les résultats d'études approfondies sur des sites réduits aux espaces qu'ils illustrent et pour identifier l'évolution du risque permettant une meilleure prévention.

### **Conclusion: un nouveau regard pour de nouveaux enjeux**

La géographie de la santé ne peut plus faire l'impasse d'un positionnement clair dans le champ de la santé publique aux côtés des autres sciences de la santé. Le développement des maladies transmissibles, alors même que l'arsenal thérapeutique et préventif n'a jamais été théoriquement aussi performant, oblige l'ensemble des partenaires scientifiques et des acteurs de terrain à modifier objets de recherches et points de vue. De la compréhension de l'écologie de la transmission, la priorité passe désormais à la compréhension des politiques de santé et leur application sur le terrain. Par sa capacité à développer des méthodes propres permettant de mettre en relation espaces et temps, pôles et réseaux, milieux et sociétés, l'approche géographique a pris ce virage thématique et pratique. C'est par ses acquis, issus notamment de l'école de géographie régionale ainsi que des études de terroirs initiées par l'ORSTOM, et par l'utilisation des nouveaux outils disponibles, qu'elle s'est donné les moyens de répondre à ces nouveaux enjeux. Ces approches ne sauraient cependant revendiquer des résultats scientifiques de manière égoïste. S'inscrivant dans une démarche commune pour la résolution de questions scientifiques articulées autour de systèmes complexes, la géographie de la santé se révèle complémentaire des travaux conduits par les épidémiologistes et les biologistes mais également par les anthropologues et les économistes de la santé. La difficulté du dialogue interdisciplinaire (les possibilités d'incompréhension sont nombreuses mais très différentes selon les interlocuteurs) ne doit cependant pas primer sur l'enjeu d'une participation positive à l'amélioration de la santé dans pays en voie de développement.

Les nouveaux enjeux de la géographie de la santé doivent ainsi renforcer sa capacité à jouer les passeurs de frontière sans perdre son âme en tant que discipline.

## BIBLIOGRAPHIE

- BAUDOCHAT M.J., DIOMANDE Y., HUSSARD A., KONAN K. N'GUESSAN-BLE S., HERVOUËT J.-P., VEISSIER M., [1998], «Système d'information géographique pour la lutte contre la maladie du sommeil en Côte d'Ivoire», in F. Blomac (éd.), *ESRI 98: diffusion, expériences, données, cartographie et méthodologie*, Paris, Hermès, p. 53-54.
- DE LA ROCQUE S., MICHEL J.-F., CUISANCE D., DE WISPELAERE G., SOLANO P., AUGUSSEAU X., ARNAUD M., GUILLOBEZ S. [2001], «Le risque trypanosomien: une approche globale pour une décision locale», *CIRAD*, Montpellier, 151 p.
- DIAW O.T., VASSILIADES G., SEYE M., SARR Y. [1990], «Prolifération de mollusques et incidence sur les trématodoses dans la région du Delta et du Lac de Guiers après la construction du barrage de Diama sur le fleuve Sénégal», *Revue elev. vét. pays trop.*, vol. 43, n° 4, p. 499-502.
- EPSTEIN P. [1995], «Emerging Diseases and Ecosystem Instability: New Threats to Public Health», *American Journal of Public health*, vol. 85, n° 2, p. 168-172.
- HANDSCHUMACHER P., HERVE J.-P., HÉBRARD G. [1992], «Des aménagements hydro-agricoles dans la vallée du fleuve Sénégal ou le risque des maladies hydriques en milieu sahélien», *Sciences et changements planétaires/Sécheresse*, vol. 3, n° 4, p. 219-226.
- HANDSCHUMACHER P., TALLA I., HÉBRARD G., HERVÉ J.-P. [1998a], «D'une urgence en santé publique à une géographie de la santé à Richard-Toll», in J.-P. Hervé et J. Brengues (éd.), *Aménagements hydro-agricoles et santé [Vallée du fleuve Sénégal]*, Paris, ORSTOM, p. 151-168.
- HANDSCHUMACHER P., BRUTUS L., RAVELOARINKAJA D., ANDRIANTSEHENO H., SELLIN B. [1998b], «Des îles dans la Grande Île: isolement et risque sanitaire dans le moyen ouest malgache», in G. Mainet (éd.), *Actes des VII<sup>e</sup> Journées de géographie tropicale*, Brest, 11- 13 septembre, Ouest éditions, Presses académiques, p. 533-546.
- HANDSCHUMACHER P., DUPLANTIER J.-M., CHANTEAU S. [2000], «La résurgence de la peste à Madagascar: une maladie centenaire à l'épreuve de l'histoire et de l'écologie», in A. Vaguet (éd.), numéro thématique «Maladies émergentes et reviviscentes», *Espaces, Populations, Sociétés*, n° 2, p. 195-208.
- HENDRICKS G., DE LA ROCQUE S., REID R., WINT W., [2001], «Spatial Trypanosomiasis management: from Data-Layers to Decision Making», *TRENDS in Parasitology*, vol. 17, n° 1, p. 35-41.
- HERVOUËT J.-P., PROST A. [1979], «Organisation de l'espace et épidémiologie de l'onchocercose», in J.-Y. Marchal (éd.), *Maîtrise de l'espace agraire et développement en Afrique tropicale*, Mémoire, ORSTOM, n° 89, p. 179-189.
- HERVOUËT J.-P., LAVEISSIÈRE C. [1987], «Facteurs humains de la maladie du sommeil», *La medicina Tropicale nella Cooperazione allo sviluppo*, vol. 3, n° 2, p. 72-78.
- HERVOUËT J.-P. [1990], «Le mythe des vallées dépeuplées par l'onchocercose», *Géos*, n° 18, 35 p.
- HERVOUËT J.-P. [2004], «Espaces partagés, dispensaires désertés: les grandes endémies tropicales orphelines!», in *Hommage à Henri Picheral*, sous presse.
- HUNTER J.M. [1968], «River Blindness in Nangodi, Northern Ghana. A Hypothesis of Cyclical Advance and Retreat», *Geographical Review*, vol. 56, n° 3, p. 398-416.
- MANGUIN S., BOUSSINESQ M. [1999], «Apport de la télédétection en santé publique: l'exemple du paludisme et autres perspectives», *Méd. Mal. Infect.*, n° 29, p. 318-324.
- MASSEGUIN A. *et alii*, [1954], «Étude générale de l'onchocercose. Travail des médecins du SGHMP», *Bull. Méd. de l'AOF*, n° spécial, janvier, p. 141-170.
- NIANG A., HANDSCHUMACHER P. [1998], «La desserte médicale et le recours aux soins de santé primaire. Évolution spatiale et temporelle», in H. Brengues (éd.), *Aménagements hydro-agricoles et santé (Vallée du fleuve Sénégal)*, Paris, ORSTOM, coll. Colloques et Séminaires, p. 237-262.



- PAKA E., HERVOUËT J.-P. [1998], «Contributions aux études sur le système de soins modernes en République du Congo: approche géographique», *Cahiers Santé*, vol. 8, n° 6, p. 454-460.
- PARIS F. [1992], «De l'onchocercose à la "Géo-oncho-graphie"», in *La santé en société: Regards et remèdes*, Paris, ORSTOM, coll. Colloques et séminaires, p. 59-85.
- PICHERAL H. [1983], «Complexes et systèmes pathogènes: approche géographique», *De l'épidémiologie à la géographie humaine. Travaux et documents de géographie tropicale*, n° 48, p. 5-22.
- PROST A., HERVOUËT J.-P., THYLEFORS B. [1979], «Les niveaux d'endémicité dans l'onchocercose», *Bull. Org. Mond. Santé*, vol. 57, n° 4, p. 655-662.
- PUYUELO R. et HOLSTEIN M. [1950], «*L'onchocercose humaine en Afrique Noire Française, maladie sociale*», Marseille, Leconte, 116 p.
- RÉMY G. [1968], «Les mouvements de population sur la rive gauche de la Volta Rouge», *Cahiers ORSTOM, série Sciences humaines*, vol. 5, n° 2, p. 45-66.
- RÉMY G. [1984], «Un concept intégrateur: l'espace épidémiologique», *Géos*, n° 1, p. 508-518.
- ROLLAND A. [1975], «*Relations entre Onchocercose et habitat, résultat de l'étude médicale d'un terroir de la Volta rouge. (Donsin, Nobéré, Haute Volta)*», Oncho/WP/75.21, 14 p.
- RICHEP P. [1937], *L'onchocercose africaine ou volvulose. Travail réalisé dans le cercle de Tenkodogo, Haute Volta, entre 1936 et 1938*, Doc. multigraphié, 57 p.
- SORRE M. [1933], «Complexes pathogènes et géographie médicale», *Annales de géographie*, vol. 42, n° 235, p. 1-18.
- SORRE M. [1943], *Les fondements biologiques de la géographie humaine, essai d'une écologie de l'homme*, Paris, Armand Colin.
- TALLA I. et alii [1990], «Outbreak of intestinal Schistosomiasis in the Senegal River basin», *Ann. Soc. Belge Méd. Trop.*, n° 70, p. 173-180.
- VORONOV A.G. [1965], «The Role of Landscape Particularities for the Natural Foci of Diseases», in Risicky & Heyberger (éd.), *Theoretical Questions on Natural Foci of Diseases*, p. 55-62.



## **D'une image à l'autre ou pourquoi et comment étudier les usages et pratiques de l'imagerie médicale à Dakar**

*Jean-François Werner \**

Rédigé alors que l'enquête de terrain battait son plein, le présent texte vise à présenter et discuter les grandes orientations méthodologiques et conceptuelles d'une recherche sur l'imagerie médicale, en dépit du fait que j'ai été amené pour ma démonstration à rendre compte de résultats forcément incomplets et provisoires. De même, si le style est plutôt raide par endroits et si la réflexion manque parfois de souffle, c'est que la difficulté inhérente à tout travail d'écriture a été accentuée dans ce cas précis par l'effort intense exigé pour essayer de tirer au clair les tenants et aboutissants d'un objet anthropologique relativement neuf, dans la construction duquel le hasard et la nécessité, l'ordre de la raison scientifique et le désordre du monde, ont joué un rôle déterminant.

En effet, alors que les médecins ont recours de plus en plus fréquemment à l'imagerie médicale<sup>1</sup> pour des indications de plus en plus variées et nombreuses, au point que ces images apparaissent comme des médiations incontournables dans le processus d'élaboration du savoir médical<sup>2</sup>, paradoxalement les chercheurs en sciences sociales se sont jusqu'à présent peu intéressés à ce phénomène, tant dans les sociétés industrialisées [Boullier, 1995; Taylor, 1995], qu'en Afrique où les travaux sur la question sont très rares [Tautz, Jahn et Molokomme, 2000].

Ce désintérêt pour l'imagerie médicale est d'autant plus étonnant que les innovations technologiques se sont succédé rapidement dans ce domaine depuis une vingtaine d'années, avec l'apparition au côté de l'ancêtre radiographique de

---

\* Anthropologue, IRD, UR «socioanthropologie de la santé», jean-francois.werner@ird.fr.

1. Par imagerie médicale, il faut entendre (1) l'ensemble des dispositifs techniques et scientifiques permettant de fabriquer des images du corps humain, (2) les images produites par ces dispositifs ainsi que (3) les savoirs et les acteurs mobilisés par leur interprétation. A priori, les techniques d'investigation endoscopiques n'en font pas partie, à moins qu'elles ne débouchent sur la réalisation d'images fixes ou animées. Sont donc concernées les technologies suivantes: photographie médicale, radiographie, échographie, tomodensitométrie et IRM.

2. Le recours de plus en plus fréquent aux images dans la construction du savoir biomédical n'est qu'un cas particulier d'un phénomène qui concerne nombre de disciplines scientifiques comme en témoigne, par exemple, la place centrale prise par l'image satellitaire dans la construction et la diffusion du savoir géographique.

techniques d'investigation visuelle comme l'échographie, le scanner et plus récemment l'IRM dont la multiplication pèse d'un poids non négligeable sur les budgets de la santé et oblige les pouvoirs publics à des négociations serrées avec les professionnels concernés comme on l'a vu, par exemple récemment en France, à l'occasion de la mise en place du dépistage systématique du cancer du sein par la mammographie.

En ce qui concerne l'Afrique, ce désintérêt pour l'imagerie médicale n'est qu'un cas particulier d'une cécité intellectuelle plus large qui a conduit les ethnologues à ignorer, jusqu'à une date récente, les techniques visuelles issues de la modernité occidentale (photographie, télévision, vidéo, cinéma) qui font l'objet d'un usage massif dans les sociétés africaines contemporaines. Et, si dans le champ de la santé, après s'être pendant longtemps focalisés sur les représentations et pratiques populaires relatives à la maladie et au malheur, les chercheurs en sont venus à s'intéresser aux pratiques médicales proprement dites, c'est au détriment de leurs aspects les plus techniques (imagerie médicale mais aussi techniques de laboratoire), une situation à mettre en rapport avec le fait qu'il n'existe pas de questionnement du côté des médecins par rapport à ces techniques d'imagerie qui sont considérées comme des avancées en termes diagnostiques et thérapeutiques et, par voie de conséquence, ne font pas l'objet d'une demande adressée aux chercheurs en sciences sociales.

Or, et c'est le premier point sur lequel je voudrais insister, cette recherche sur les usages et pratiques de l'imagerie médicale au Sénégal n'a pas été initiée à la demande des professionnels de la santé de ce pays, mais s'inscrit dans le prolongement d'un itinéraire individuel de recherche qui, depuis 1991, m'a conduit à étudier successivement les usages sociaux de différents médias visuels en Afrique de l'Ouest, notamment la photographie [Werner, 2000a] et la télévision [Werner, 2004].

Ainsi, et c'est le deuxième point sur lequel je voudrais insister, ce n'est pas dans une perspective «santé» que j'ai abordé cette construction de l'imagerie médicale en objet d'étude mais davantage en tant que chercheur spécialisé dans l'étude des médias visuels. Dans cette optique, l'imagerie médicale ne représentait, au départ, qu'un aspect particulier d'une problématique plus vaste centrée sur le rôle qu'ont pu jouer les médias visuels dans le changement social et les constructions identitaires dans les sociétés ouest africaines. Conçue de cette manière, l'imagerie médicale apparaît d'emblée comme un objet transversal dont la construction passe par la mobilisation de savoirs extérieurs au champ de la santé proprement dit.

Ce qui m'amène, et c'est le troisième et dernier point de ce préambule, à souligner tout ce qu'une telle démarche doit à son enracinement dans une discipline, l'anthropologie, qui occupe une place à part dans les sciences sociales du fait de sa capacité authentiquement poétique à décloisonner les savoirs et à mettre en relation des domaines de l'activité humaine habituellement séparés les uns des autres en raison d'une spécialisation de plus en plus poussée de l'activité scientifique. En

effet, quelle autre discipline aurait permis au médecin anthropologue que je suis, de quitter le champ de la santé qui était mon domaine d'activité originel pour étudier pendant une dizaine d'années les médias visuels et y revenir ensuite pour y construire un objet hybride à la fois visuel et médical? Et quelle autre discipline est mieux placée que l'anthropologie pour s'opposer à l'irrésistible satellisation des sciences sociales autour du paradigme biomédical et mettre en question une relation trop souvent à sens unique entre des professionnels de la santé en position de demandeurs et des sciences sociales en position de prestataires de services?

On l'aura compris, loin de cet exotisme des représentations et pratiques indigènes dans lequel les médecins entendent trop souvent cantonner l'anthropologie dite médicale ou de la santé, cette recherche vise à aborder la pratique médicale dans ce qu'elle a de plus technique, de plus «dur», ce qui implique pour l'anthropologue, du point de vue méthodologique, de pouvoir se déplacer librement entre l'ici et maintenant d'un point de vue local, spécialisé, et une vision panoramique, de type holiste, qui ne s'embarrasse pas des frontières érigées dans le champ de la connaissance par les différents spécialistes du savoir.

### **Du rôle du hasard dans la matérialisation de l'objet**

Si l'existence d'un objet imagerie médicale était contenue en germe, comme on le verra plus loin, dans une approche visant à multiplier les portes d'entrée dans le champ des médias visuels modernes, sa construction effective doit beaucoup au hasard qui sait parfois si bien faire les choses. En l'occurrence, la possibilité qui m'a été offerte de réaliser une étude portant sur un problème concret, le rôle de la radiographie dans la prise en charge de la tuberculose au Sénégal, a été un facteur déterminant dans ce passage à l'acte scientifique<sup>3</sup>.

Le projet de recherche tel qu'il a été rédigé au départ – à partir d'une revue succincte de la littérature existant sur ce thème – envisageait de se pencher sur une technique particulière d'imagerie médicale, la radiographie et d'étudier sa mise en œuvre dans diverses structures de soins sénégalaises en faisant l'hypothèse que cette technique jouait un rôle central dans le processus de diagnostic et de suivi de la tuberculose. En effet, même si les autres méthodes de diagnostic et de suivi (clinique et bactériologique) sont incontournables, les images radiographiques constituent classiquement un élément important du processus de mise en évidence de la tuberculose par leur capacité à fournir des précisions sur la localisation et l'étendue des lésions [Pasveer, 1995].

Si cette focalisation sur le couple radiographie-tuberculose est à mettre sur le compte des contingences propres à la pratique concrète de la recherche, par contre, dès le départ, j'ai privilégié un point de vue que je qualifierais de relativiste sur l'usage d'une technique d'imagerie capable de produire des images qui seraient dotées – autant par les soignants que par les soignés – d'un «pouvoir de vérité»

---

3. Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un projet collectif sur «L'expérience des professions médicales face au paludisme et à la tuberculose en Côte d'Ivoire et au Sénégal» [Vidal, 2001].

qui occulterait complètement le fait qu'elles sont des représentations, c'est-à-dire le produit d'une série d'actions effectuées par différents acteurs au moyen de dispositifs techniques et institutionnels variés [Boullier, 1995]. Autrement dit, à travers l'étude de cette technique visuelle particulière, c'était bien la « fabrique du regard médical » [Sicard, 1998] qui était questionnée dans ses aspects à la fois cognitifs et pratiques, dans un contexte où différentes perceptions de l'image radiographique s'affrontent : pour le profane celle de la preuve et du tout lisible, pour le spécialiste celle de la trace et des incertitudes liées à son déchiffrement.

Dans une perspective appliquée, l'objectif principal du projet était de favoriser un meilleur usage de cette technique d'imagerie par des soignants confrontés à une pathologie tuberculeuse encore très présente au Sénégal (le risque annuel d'infection est de 2 pour mille), un taux de dépistage peu élevé (65 % pour l'ensemble du Sénégal) et une proportion non négligeable d'abandons en cours de traitement (18 % en 2002).

### **Du rôle de la nécessité dans la conception de l'objet**

Certes, le hasard a joué un rôle décisif dans la construction effective d'un objet imagerie médicale, mais seulement dans la mesure où la volonté d'étudier ce phénomène existait déjà en tant que composante d'une stratégie de recherche visant de façon délibérée à multiplier les portes d'entrée dans le monde de l'imagerie matérielle moderne, que ce soit en fonction des différentes techniques utilisées (photographie, cinéma, télévision, vidéo, radiographie) ou des usages sociaux variés que l'on peut en faire (la publicité, la photo de famille, la photographie d'identité, la construction du savoir médical, etc.).

À ce stade, il est nécessaire de préciser que l'imagerie médicale a en commun avec les autres médias visuels dont il vient d'être fait mention, d'appartenir à une catégorie de signes qu'à la suite de Peirce, j'appellerais « indice » par opposition à « symbole » et « icône ». Pour mémoire, dans le cadre de cette typologie, un indice (ou une image indicielle) est défini comme un signe qui entretient ou a entretenu, à un moment donné, une relation de contiguïté physique (de l'ordre d'une empreinte) avec la réalité physique du référent (au moins pendant la fraction de seconde où la surface sensible est exposée aux rayons lumineux) alors qu'une icône (par exemple, une sculpture ou un masque) se définit par une simple relation de ressemblance et qu'un symbole (par exemple, un signe linguistique), entretient avec son référent une relation arbitraire. Cette propriété indicielle, si bien résumée dans la formule lapidaire du « ça-a-été » barthésien (Barthes, 1980), confère à ce type d'images une efficacité mimétique exceptionnelle d'où elles tirent leur capacité à s'imposer comme une attestation de l'existence du référent dans un espace-temps donné.

Une autre caractéristique commune à toutes ces technologies visuelles est qu'elles produisent des images que l'on peut qualifier d'autochtones ou émiques, dans la mesure où, malgré l'existence de contraintes techniques universelles (en termes d'outils, de savoirs et de modalités opératoires) et de codes esthétiques

incontournables (issues d'une histoire de la représentation et du regard propre à l'Occident), les facteurs d'ordre culturel et social influent de façon déterminante sur les pratiques et les significations attribuées à ces images dans les sociétés africaines contemporaines. Car le principe de la «genèse automatique» qui fonde le statut de la photographie ou de la radiographie comme empreinte, doit être compris comme un simple moment dans l'ensemble du procès technique: en amont et en aval de ce moment décisif, il y a des gestes, des codes et des processus qui inscrivent l'image dans une forme culturellement et socialement déterminée.

Pour revenir à notre sujet, la première mention de l'imagerie médicale comme objet d'étude potentiel a été faite dans le cadre d'un projet collectif intitulé «Innovations technologiques et changement social en Afrique: le cas des médias visuels à Korhogo». Élaboré entre 1998 et 2000, il n'a finalement pu voir le jour en raison de l'instabilité socio-politique en Côte d'Ivoire depuis le coup d'État de décembre 1999 et la rébellion d'une partie des forces armées en septembre 2002 qui a eu pour effet de couper ce pays en deux de façon durable.

Dans ce projet qui réunissait des chercheurs africains, européens et nord-américains, on se proposait d'étudier, dans une perspective ethno-historique, les transformations sociales et culturelles d'une société urbaine ouest africaine, en l'occurrence la ville de Korhogo, à travers l'étude des images de type indiciel qu'elle produisait et consommait. Nos objectifs principaux étant d'une part de faire avancer les connaissances concernant les modalités d'appropriation de ces technologies visuelles, leurs usages sociaux et leurs rôles dans le procès de modernisation et, d'autre part, de former des jeunes chercheurs africains et européens à travailler sur et par les images dans ce qui devait être un laboratoire d'expérimentation méthodologique à ciel ouvert.

Le choix de Korhogo avait été motivé par le fait que nous disposions d'un matériel d'étude exceptionnel sous la forme d'un fonds photographique concernant la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle [Werner, 2000b], et aussi que les différents médias visuels que nous nous proposons d'étudier y avaient été introduits depuis relativement peu de temps: la photographie dans les années cinquante, le cinéma dans les années soixante-dix, la télévision dans les années quatre-vingt, la vidéo dans la décennie suivante et les techniques d'imagerie médicale en même temps que la construction d'un hôpital dans les années quatre-vingt. C'est dans ce cadre de ce projet que j'avais envisagé de mon côté d'étudier l'impact des techniques visuelles médicales en usage à Korhogo (radiographie, échographie) sur les représentations de la personne, sur les conceptions du corps, de la santé et de la maladie tant au niveau des usagers que des praticiens.

Avant d'en finir avec la très succincte présentation de ce projet, et parce que cela a un rapport direct avec mon propos, je voudrais souligner que ces recherches avaient en commun d'appréhender ces diverses techniques visuelles comme des objets d'étude à part entière et non pas seulement des supports de signes, en fonction d'une démarche qui constituait une rupture par rapport au paradigme

structuraliste ou, à tout le moins, une relativisation de l'approche sémiologique. En témoignait l'intérêt manifesté par les chercheurs de l'équipe pour la dimension technique des différents processus opératoires mis en œuvre et à leurs évolutions respectives, dans la mesure où nous pensions qu'ils conditionnaient non seulement les usages qui pouvaient être faits de ces images mais aussi les modalités de leur réception<sup>4</sup>.

Cette orientation méthodologique est restée un axe structurant de la recherche sur l'imagerie médicale au Sénégal en association avec une hypothèse de travail directement issue des études que j'ai menées en Côte d'Ivoire sur les usages sociaux du portrait photographique et dont les principaux résultats ont été synthétisés dans un texte paru dans le numéro 24 de cette même revue [Werner, 2002]. Dans l'étude en question, je discutais, entre autres choses, de l'usage public du portrait photographique (photo d'identité) en montrant comment cette instrumentation de la technique photographique par l'appareil d'État ivoirien avait pesé de manière déterminante sur l'acquisition par les populations d'une perception collective de l'image photographique comme d'une image dotée d'un pouvoir de vérité. En rabattant ainsi la photographie sur sa logique indicielle au détriment de sa dimension de représentation, l'État avait imposé de façon autoritaire un régime de vérité photographique qui a perduré jusqu'à nos jours et qui a influencé de manière déterminante la réception des médias visuels introduits par la suite (cinéma, télévision, vidéo et aussi imagerie médicale) qui sont crédités d'un fort pouvoir de vérité par les gens qui les consomment. Mais, envisager la réception de ces images par les populations africaines uniquement sous l'angle de la *mimésis* serait faire injure à des acteurs sociaux qui, dans l'intimité des studios photographiques, ont appris à jouer avec une grande habileté de la duplicité de ces images – elles sont à la fois des représentations et des empreintes du réel – pour déplacer de manière subtile et ironique les limites entre fiction et réalité [Werner, 2002, p. 40].

L'existence de ce statut ambivalent attribué aux images issues des technologies modernes a été confirmée par la suite à l'occasion d'une étude menée par mes soins au Sénégal, sur la réception des *telenovelas*<sup>5</sup> par les femmes. Celle-ci a mis en évidence, entre autres résultats, qu'une majorité de spectateurs considère ces séries télévisées comme des fictions à caractère documentaire, c'est-à-dire des histoires vraies tournées par des acteurs [Werner, 2004]. Dans cette optique, le pouvoir de vérité attribué à ce type particulier de produit télévisuel apparaît jouer un rôle déterminant dans l'impact qu'il peut avoir sur l'évolution des comportements sociaux, y compris dans le domaine de la santé, comme en témoignent ces demandes pour des échographies obstétricales formulées par des femmes ayant observé l'usage de cette technique par des personnages de *telenovelas*.

4. C'est l'option méthodologique privilégiée à l'heure actuelle par les anthropologues spécialistes des médias visuels. Voir par exemple l'introduction à l'ouvrage collectif *Media Worlds* [Ginsburg *et alii*, 2002].

5. Les *telenovelas* sont des séries télévisées d'origine latino-américaine (Brésil, Mexique), proches du modèle du soap-opera nord-américain. Elles sont diffusées dans un grand nombre de pays à travers le monde et notamment en Afrique de l'Ouest francophone.



## Le comment de la recherche sur l'imagerie médicale

À partir des différentes recherches menées depuis une dizaine d'années sur les médias visuels ouest africains<sup>6</sup> par une poignée de chercheurs, il a été possible de dégager les grands axes d'une stratégie de recherche dont l'objectif a été de prendre en compte les trois dimensions fondamentales de cet objet imagerie médicale: diachronique, systémique et globale (ou holiste).

La dimension diachronique est au premier plan, dans la mesure où la place de plus en plus importante occupée par l'imagerie dans la pratique médicale au Sénégal est une conséquence directe des innovations techniques qui y ont été introduites successivement au cours des cinquante dernières années. Elles ont fourni aux praticiens des moyens d'investigations plus performants du point de vue diagnostique et moins nocifs en termes d'impact sur la santé des patients, mais dont l'accessibilité financière est variable selon qu'il s'agit, par exemple, d'un examen radiographique ou par scanner ou encore d'une échographie obstétricale, avec pour conséquence une aggravation des inégalités d'accès aux soins et l'apparition d'une médecine «à plusieurs vitesses». Au-delà des aspects touchant à l'usage médical de ces techniques, il apparaît important de prendre en considération leurs modalités d'appropriation par le corps médical, dans la mesure où chaque innovation technique est mise en œuvre par des acteurs situés à des niveaux de plus en plus élevés de l'appareil de soins, avec une appropriation des techniques les plus récentes par les médecins spécialistes (ou «imageurs») au détriment des techniciens médicaux. Ainsi, par exemple, si la réalisation d'images radiologiques dite conventionnelles (c'est-à-dire en dehors des examens nécessitant l'injection de produits opaques) est entre les mains de manipulateurs, la réalisation des images échographiques et *a fortiori* leur interprétation est exclusivement entre les mains des médecins, du moins en Afrique de l'Ouest<sup>7</sup>.

Par dimension systémique, je fais référence, d'une part, au fait que toutes les techniques d'imagerie médicale sont mises en œuvre par un même corps de spécialistes (les imageurs) qui ont notamment pour fonction d'en rationaliser l'utilisation en les rendant complémentaires les unes des autres et, d'autre part, à l'hypothèse selon laquelle tous les médias visuels modernes entretiendraient des relations les uns avec les autres dans le cadre d'un imaginaire collectif fortement marqué par l'avènement de la photographie. Ainsi, par exemple, l'image radiographique est souvent comparée par les informateurs à une photographie, ce qui implique, d'une part, que sa réalisation ne présente pas de danger particulier pour le patient (ignorance du risque encouru par l'exposition aux radiations ionisantes) et, d'autre part, qu'elle est capable de révéler, de façon irrécusable, «ce qui est caché à l'intérieur du corps».

Enfin, par dimension globale ou holiste, je fais référence à une approche classique en anthropologie en fonction de laquelle un phénomène donné est mis

6. Pour une bibliographie succincte des travaux dans le domaine, voir Werner, 2000a.

7. Dans certains pays asiatiques, l'échographie a pu être mise en œuvre par des techniciens à l'occasion de campagnes massives de dépistage.

en rapport avec des phénomènes appartenant à d'autres domaines de la vie sociale. Par exemple, dans le cadre de la recherche en question, il pourrait être pertinent de mettre en rapport l'usage qui est fait de l'imagerie médicale au Sénégal avec les croyances populaires relatives au pouvoir maléfique de l'œil dans cette société (le «bèt» en wolof) et les procédures de contrôle du regard qui en découlent. De même, dans une perspective élargie, les usages et pratiques de l'imagerie médicale peuvent être considérés comme un cas particulier de cette modification du rapport entre logos et imagerie matérielle en faveur de cette dernière, dont le *primum movens* a été l'invention de la photographie au XIX<sup>e</sup> siècle<sup>8</sup>.

En ce qui concerne la médecine, l'équilibre qui s'était mis en place à cette même période entre examen clinique et raisonnement intellectuel (tant au niveau diagnostique que thérapeutique) semble actuellement remis en question du fait de la primauté accordée au sens de la vision au point que la question de l'impact de ces technologies visuelles sur la pratique clinique est de plus en plus fréquemment posée. Il s'agit d'une question sensible sur laquelle les spécialistes en imagerie médicale répugnent à se prononcer ouvertement même si, dans le vif de leurs pratiques, ils émettent des jugements et des réflexions très critiques envers ces cliniciens qui prescrivent des examens d'imagerie sans être aller au bout de la démarche clinique. Comme me l'a confié un informateur à propos de l'usage excessif de l'échographie en obstétrique ou en gynécologie: «L'échographie, ça rend paresseux!».

Du point de vue méthodologique, des techniques d'enquête ethnographiques classiques (observation, entretiens semi-dirigés, récits de vie) ont été mises en œuvre à différents niveaux de l'appareil de santé avec une focalisation sur les structures de soins publiques, depuis le centre du système de santé (services hospitaliers) jusqu'à sa périphérie (les centres de santé). Après avoir dans un premier temps observé l'organisation et le fonctionnement (équipement technique, interactions entre soignants, interactions entre soignants et soignés) de certaines de ces structures, il a été réalisé, dans un deuxième temps, des entretiens avec des soignants sélectionnés en fonction de leur rôle dans la chaîne opératoire: médecins spécialistes en imagerie médicale, médecins prescripteurs d'images radiographiques, techniciens en imagerie médicale. Enfin, des entretiens avec des patients se sont attachés à préciser leurs itinéraires thérapeutiques, l'accessibilité à l'imagerie médicale (en termes financiers et culturels), la perception qu'ils ont des images médicales et l'impact de ces dernières sur les représentations qu'ils se font de leur maladie, de leur corps et de son fonctionnement.

Étant donné le peu de temps dont je disposais pour mener cette enquête, je me suis limité à la région de Dakar en laissant de côté les villes secondaires de l'intérieur du pays et les zones rurales, où l'accès aux techniques d'imagerie médicale est beaucoup plus difficile en raison du sous-équipement des structures

8. Parmi les orientations de lecture sur ce sujet vaste et complexe, deux références: Debray, 1992 et Cray, 1992.

de soins locales, de l'éloignement de la capitale où sont concentrées les techniques les plus sophistiquées (par exemple, les scanners) et de la pauvreté d'une grande partie de la population rurale. Il s'agit là sans aucun doute d'un biais méthodologique dont il faudra tenir compte lorsque sera venue l'heure d'interpréter les données recueillies.

Autre limite de cette étude, le fait qu'il n'a pas été possible, faute de temps, de réaliser ne serait-ce qu'un complément d'enquête dans le secteur privé où opèrent de nombreux spécialistes offrant toute la gamme des techniques d'investigation visuelle: imagerie médicale (radiologie, échographie et scanner) et examens endoscopiques. Mais ces professionnels du secteur privé ne jouent qu'un rôle marginal dans le dépistage et la prise en charge de la tuberculose qui est une affection touchant principalement les gens appartenant aux couches sociales les plus pauvres de la population qui ont rarement les moyens de consulter dans le privé.

En pratique, l'enquête de terrain a débuté par un séjour de deux semaines dans le service d'imagerie médicale d'un grand hôpital dakarais (une structure publique) qui constituait un lieu d'observation privilégié, d'une part parce qu'il offrait la gamme complète des techniques d'imagerie médicale actuellement disponibles au Sénégal (radiologie dite conventionnelle, radiologie spéciale, échographie et le seul scanner en activité dans le secteur public au moment de l'enquête) et, d'autre part, du fait de son intense activité en faveur d'une clientèle issue en grande partie de la fonction publique. Cette enquête a fait fonction également de stage de formation en me donnant l'occasion de rafraîchir et approfondir mes connaissances dans ce domaine et d'acquérir les bases du vocabulaire technique utilisé par les soignants et les techniciens, dont la maîtrise constitue une condition nécessaire à l'établissement d'une communication viable avec ces derniers. Cette prise en compte méthodologique de la dimension technique de l'imagerie médicale s'inscrit dans le fil d'une ethnographie des médias qui met l'accent autant sur la matérialité de l'image que sur son contenu (le message), dans le cadre de ce que les auteurs anglophones appellent *the social life of technology* [Ginsburg *et alii*, 2002, p. 19-21].

Ce premier terrain a été complété par une enquête brève mais intense effectuée dans le centre hospitalier d'une ville-satellite de Dakar qui disposait d'un plateau technique associant un appareil de radiologie conventionnelle servi par un manipulateur peu qualifié et un échographe utilisé par un médecin spécialisé en imagerie médicale. À cette occasion, à la suite d'entretiens réalisés avec des patients, s'est posée la question du recueil de documents radiographiques originaux en tant que matériel d'étude.

En effet, au-delà de l'analyse extemporanée de clichés radiographiques ou d'images échographiques réalisée au cours d'entretiens ponctuels avec des soignants ou des patients, il est rapidement apparu nécessaire de disposer d'une trace visuelle permanente des images réalisées afin de pouvoir, par exemple, soumettre un même cliché à une interprétation comparative par différents soi-

gnants ou encore de disposer de matériel iconographique à des fins de publication ou d'enseignement. Étant donné l'impossibilité dans laquelle j'étais de copier ces clichés radiographiques sur place ou d'en faire l'acquisition auprès des patients, j'ai dû me résoudre, dans un petit nombre de cas considérés comme particulièrement évocateurs du point de vue médical et iconographique, à faire réaliser, avec l'autorisation des patients et à mes frais cela va sans dire, des duplicatas de certaines images. Un procédé qui n'est pas sans poser des problèmes éthiques dans le cas de la radiographie étant donné la nocivité bien connue des radiations ionisantes, même si, d'après les spécialistes, la dose reçue à l'occasion d'une radiographie pulmonaire (soit un *milli sievert*) peut être considérée comme négligeable compte tenu notamment du fait qu'il s'agit de patients rarement ou même exceptionnellement exposés à ce risque pendant leur durée de vie. En fait, je devais découvrir après coup que la copie des clichés radiographiques est chose facile à condition de disposer d'un appareil photo numérique et d'un négatoscope. Ceci dit, il est important de pouvoir disposer quand même de clichés radiographiques originaux ne serait-ce que parce qu'il existe une *physis* de l'image radiographique, en termes de format, de consistance, de grain, d'inscriptions manuscrites à même le cliché qui jouent un rôle certain dans sa réception par les patients.

En fin de compte, je suis rentré dans le vif de mon sujet avec une enquête approfondie réalisée dans un centre de santé dakarois qui présentait la particularité d'être très actif sur le plan du dépistage de la tuberculose (de 400 à 500 nouveaux malades tuberculeux par an) et de disposer par ailleurs d'un appareil de radiologie conventionnelle mis en œuvre par un technicien qualifié. En l'occurrence, il s'agissait d'un représentant de cette vieille garde de manipulateurs radio, formée sur le tas dans les années soixante-dix par des médecins hospitaliers français et qui sont capables non seulement de réaliser des clichés techniquement corrects mais surtout de les interpréter, ce que ne savent plus faire les techniciens formés à l'heure actuelle au Sénégal.

Après avoir étudié rapidement le fonctionnement de cette structure, j'ai choisi comme poste d'observation privilégié la consultation générale, familièrement dénommée « tri » par le personnel, afin de recueillir, en quelque sorte à la source, des informations concernant la prise en charge des patients venus consulter pour une symptomatologie pulmonaire tout en m'efforçant d'identifier les facteurs qui entraient en ligne de compte pour la prescription ou non d'examen radiologiques. En pratique, cette méthode d'enquête s'est révélée plus difficile que prévu à mettre en œuvre lorsque, par exemple, trois infirmières interrogeaient simultanément des patients en passant sans arrêt du wolof au français et vice-versa et que des visiteurs médicaux et/ou des parents des soignants s'immisçaient dans la consultation.

Pour les patients auxquels était prescrit un examen radiologique qui mettait en évidence des images interprétées comme tuberculeuses par le technicien en question, je recueillais, dans un deuxième temps, des informations concernant

les mesures prises par les infirmières en termes d'examens complémentaires (analyses de crachats) et de traitement, avant de procéder à des entretiens avec les patients eux-mêmes, au cours desquels je cherchais à préciser leurs itinéraires thérapeutiques et leurs rapports aux images médicales.

### **Les premiers résultats: un système d'imagerie médicale en pleine évolution**

L'enquête de terrain étant toujours en cours, je me contenterai de dégager les lignes de force qui structurent le développement de l'imagerie médicale au Sénégal.

Ce dernier est sous-tendu par l'introduction dans le pays de nouvelles techniques d'investigation visuelle qui ont complété un appareillage limité jusqu'au début des années quatre-vingt à la radiographie. Celle-ci a été introduite au Sénégal à la fin des années cinquante soit près de soixante ans après son invention par Roentgen et une trentaine d'années après sa diffusion dans les sociétés industrialisées du Nord. Si la radiographie est encore la technique reine pour tout ce qui concerne l'appareil pulmonaire et le squelette, elle a vu son champ d'application se rétrécir dans d'autres domaines de la pathologie: ainsi, par exemple, pour toutes les affections de l'appareil digestif, elle a été supplantée par l'échographie (introduite au Sénégal au début des années quatre-vingt) et surtout par les techniques endoscopiques qui ont connu une diffusion rapide depuis une dizaine d'années. Par ailleurs, la technologie tomодensitométrique (scanner) a été introduite au Sénégal au milieu des années quatre-vingt-dix et il y avait, en 2003, huit scanners installés à Dakar dont trois dans le public.

À l'heure actuelle, la tendance dans le domaine de la radiologie est à la diffusion de petits équipements dans les centres de santé qui en étaient jusqu'ici dépourvus (il y en aurait une quinzaine en activité à l'échelle du Sénégal et une dizaine en cours d'installation dans le cadre d'un projet de la Banque Mondiale) alors même que les jeunes techniciens en radiologie qui sortent de l'ENDSS de Dakar (École Nationale de Développement Sanitaire et Social) n'ont pas été formés, à la différence de leurs aînés, pour interpréter les clichés. Cette contradiction entre une diffusion élargie de la technique radiologique et une qualification professionnelle réduite des techniciens nouvellement formés – dont la plupart seront affectés dans les régions et travailleront dans un relatif isolement professionnel – risque à terme de créer des problèmes au niveau de l'utilisation de ces images, puisque les seules personnes à même de les interpréter seront des médecins dont la formation dans ce domaine laisse à désirer, à leurs dires.

### **La place controversée de la radiographie dans la prise en charge de la tuberculose**

Les directives officielles du Programme National de lutte contre la Tuberculose au Sénégal (PNT) ne font pas mention de l'usage de la radiographie dans le diagnostic de la tuberculose, la priorité étant donnée à la clinique (recueil des

signes par l'interrogatoire) et aux examens de laboratoire (analyse de crachats). En fait, l'usage de la radiographie en première intention est non seulement considéré comme inutile par les responsables du Programme qui considèrent qu'il n'existe pas de preuve visuelle de l'existence de la maladie mais encore néfaste dans la mesure où cela rend plus coûteuse la démarche diagnostique et pourrait empêcher certains patients d'accéder au traitement (qui est gratuit, soulignons-le).

Selon eux, le diagnostic et le suivi de l'évolution de la maladie sous traitement devraient reposer uniquement sur la clinique et l'examen des crachats avec la mise en évidence ou non de bacilles tuberculeux. Dans cette optique, l'usage de la radiographie pulmonaire est indiqué seulement dans les cas de tuberculose dite à microscopie négative (c'est-à-dire avec des examens de crachats négatifs) lorsque, après la mise en route d'un traitement présomptif au vu des seuls signes cliniques, on ne constate pas une amélioration de l'état de santé du patient<sup>9</sup> et aussi chez les patients tuberculeux VIH+ en raison du fait que 50 % d'entre eux présentent des localisations extra pulmonaires.

Or les observations effectuées sur le terrain montrent qu'en pratique, les soignants appelés en prendre en charge les patients tuberculeux (ce sont le plus souvent des infirmiers et infirmières qui assurent les consultations de tri dans les Centres de santé) prescrivent fréquemment une radio pulmonaire en première intention devant une symptomatologie associant toux, fièvre et altération de l'état général. Le plus souvent, l'analyse des crachats est demandée seulement après que le patient est revenu du service de radio avec une image évoquant une atteinte tuberculeuse pulmonaire. Il faut dire que, dans le cas étudié, l'existence d'un service de radiologie performant situé à proximité immédiate et qui permet d'obtenir des clichés dans l'heure qui suit la consultation facilite grandement le recours à la radiologie.

Mais il existe d'autres raisons à cela. En effet, ces infirmières ont l'habitude de recourir à la radio plutôt qu'à la clinique pour faire le partage entre pathologie tuberculeuse (dite spécifique) et tout ce qui relève de la pathologie broncho-pulmonaire (dite non spécifique). Ce comportement s'explique par le fait que ces soignant(e)s qui, de toute façon, ont peu de temps pour ausculter les patients dans le cours de consultations chargées, ne maîtrisent que de façon imparfaite la technique d'auscultation pulmonaire même s'ils la mettent en œuvre de temps en temps (en cas d'une symptomatologie évoquant une pathologie asthmatique, par exemple). Enfin, une image radiographique permet de fournir un élément de comparaison avec les résultats de l'analyse des crachats qui peuvent se révéler, à leurs dires, négatifs alors même que l'existence d'une tuberculose est cliniquement et visuellement avérée. Plus largement, il s'agit pour elles de se prémunir contre une défaillance toujours possible, en fonction de leur expérience, de l'une ou l'autre de ces deux techniques en les utilisant simultanément ou successivement.

9. La tuberculose à microscopie négative n'est pas considérée comme un problème de santé publique, dans la mesure où les patients ne sont pas contagieux et où ils sont peu nombreux: sur une période de dix ans (1991-2000) le taux maximum a été de 18,6 % et pour 2001 de 13,7 % (communication orale M. Ndir, responsable du PNT sénégalais).

Enfin, en ce qui concerne le problème que pourrait poser le coût d'une radiographie pulmonaire (dans les structures publiques, il varie entre 3000 et 5000 francs CFA, soit environ 4,5 et 8,5 euros) les observations montrent, en tenant compte des limites d'une enquête effectuée en milieu urbain, que la plupart des patients n'éprouvent pas de difficultés particulières pour mobiliser les ressources financières nécessaires à la réalisation d'un examen qui, à leurs yeux, va apporter une certitude diagnostique. Car, le recours fréquent à la radiographie par les soignants est déterminé également par l'existence d'une demande forte de la part de patients qui ont en commun avec les soignants une même croyance dans le pouvoir d'élucidation de l'image radiographique. Du côté des patients, l'image radiographique, qui est souvent comparée à «une photographie de l'intérieur du corps humain», constitue une preuve indubitable de l'existence ou de l'inexistence d'une pathologie. C'est la raison pour laquelle ils disent qu'elle les «rassure» davantage que les explications orales que peuvent donner les soignants à partir du seul examen clinique. Cette perception de l'image comme étant plus fiable que la clinique se retrouve également dans l'usage qui est fait de l'échographie pour la surveillance de la grossesse: de façon générale, les patientes accordent plus de crédit à l'image qu'aux dires des sages-femmes et des médecins quand ils sont fondés uniquement sur des constatations cliniques.

### En guise de conclusion

Avant même que cette enquête exploratoire soit terminée, elle a permis de mettre en évidence un problème grave posé par l'usage des appareils de radio que ce soit dans les structures périphériques comme dans les centres hospitaliers. Il s'agit de la méconnaissance du danger que présente l'exposition aux radiations ionisantes par les techniciens qui ne respectent pas, ou pas suffisamment, les consignes de sécurité aussi bien vis-à-vis d'eux-mêmes (port d'un tablier de plomb, port de dosimètres, se mettre à l'abri derrière des cloisons de protection pendant la prise de vue) et *a fortiori* vis-à-vis des patient(e)s et surtout de leurs accompagnants qui s'avèrent être souvent des femmes en âge de procréer, à l'instar de ces trois femmes, restées dans la salle pendant l'examen radiographique d'une parente âgée, et auxquelles le technicien a simplement conseillé de se tourner face contre le mur.

En ce qui concerne l'usage hétérodoxe, par rapport aux directives du PNT, de la radiographie dans le dépistage de la tuberculose par des soignants situés à la base du système de santé, le problème est complexe au sens où il semble difficile de modifier des pratiques qui sont profondément ancrées dans un imaginaire collectif au sein duquel les images radiographiques sont dotées d'un fort pouvoir de vérité. Éventuellement, on pourrait recommander aux responsables du PNT de «tailler selon le fil du bois» plutôt que de nager à contre-courant puisque, de toute façon, la diffusion d'équipements radiologiques dans les régions va accentuer le recours à la technique radiologique. Peut-être même faudrait-il se poser la question des aspects éventuellement positifs de l'usage de la

radiographie dans la mesure où il faciliterait la prescription de l'analyse de crachats et favoriserait la discussion quand il y a discordance entre les résultats de l'examen radiologique et ceux de l'examen bactériologique. À ce propos, il faut signaler la tendance manifeste de la part des manipulateurs radio à surinterpréter les clichés en faveur de la tuberculose de telle sorte qu'il y aurait en définitive davantage de faux positifs que de faux négatifs. Par ailleurs, on peut se demander si l'usage de la radiographie n'a pas un impact positif sur l'observance du traitement anti-tuberculeux dans le sens où l'existence d'une image qui apporte au patient la preuve visuelle de sa maladie au moment du dépistage puis, dans un deuxième temps, celle de la persistance des lésions malgré la disparition des signes cliniques sous traitement, ne pourrait pas inciter le patient à poursuivre un traitement long et astreignant. C'est une hypothèse qui va être testée dans le cadre d'une enquête épidémiologique actuellement en cours au Sénégal sur les modalités de prise en charge des patients tuberculeux dans un certain nombre de structures de santé<sup>10</sup>.

Quant aux choix théoriques et méthodologiques qui ont sous-tendu la construction de l'objet imagerie médicale et notamment la conception holiste selon laquelle imagerie médicale et médias visuels de masse appartiendraient à un tronc commun en ce qui concerne la façon dont ils sont perçus et utilisés par les Africains, ils méritent d'être revus et corrigés au vu des premiers résultats de cette enquête. Car, s'il est possible, comme je l'ai montré, de mettre en évidence un certain nombre de convergences et de correspondances entre les différents médias visuels en usage dans les sociétés africaines contemporaines, il existe aussi des divergences manifestes qui s'enracinent dans une irréductible spécificité de l'imagerie médicale.

Ainsi, par exemple, si le «pouvoir de vérité» des images radiographiques apparaît comme quelque chose de profondément ancré dans l'imaginaire des patients comme dans celui d'une majorité de soignants, il n'a pas été conforté et légitimé par l'État, à l'instar de ce qui s'est passé avec la photographie d'identité, mais davantage par des dispositifs scientifiques et institutionnels (l'hôpital) qui ont ancré fermement ces images du côté de la *mimesis*, en les assujettissant aux savoirs médicaux relatifs à l'anatomie et à la physiologie. Malgré tout, il n'est pas certain que les images médicales échappent complètement à cette ambiguïté consubstantielle à l'image indicielle (Où finit le réel? Où commence la fiction?) sur laquelle un média visuel de masse comme la télévision a fondé son pouvoir de séduction. Car comment expliquer, par exemple, qu'il y ait de «belles images» médicales, sinon par le fait qu'elles partagent avec la photographie de reportage ou le cinéma documentaire, cette faculté d'esthétiser le réel qui s'enracine dans la capacité des médias visuels à modifier la perception du regardant, invité «à entretenir avec le monde une relation de collectionneur qui

10. Enquête dirigée par les Dr. Thiam et Lienhardt, dans le cadre d'une collaboration entre l'IRD et le Programme National de lutte contre la Tuberculose du Sénégal.



nourrit la conscience esthétique et encourage le détachement émotionnel» [Sontag, 1983, p. 137]?

Cette évolution de l'imagerie médicale vers une perception de plus en plus détachée et esthétisante du corps humain est encore plus évidente dans le contexte de la révolution numérique qui est en train de bouleverser le rapport qui existait autrefois entre le référent et son empreinte. Aujourd'hui, grâce à l'informatique qui joue un rôle central dans la construction des images médicales (notamment scanner et IRM), il est possible d'obtenir des images en trois dimensions, dites «reconstruites», qui sont des images inventées.

Une autre différence majeure entre médias visuels de masse et imagerie médicale réside dans le fait que l'usage de cette dernière est étroitement contrôlé par des spécialistes qui sont les seuls capables de décoder et interpréter les images qu'ils construisent, alors que les premiers (photographie, télévision, cinéma, vidéo) font à présent sens pour l'immense majorité des êtres humains, du fait que les compétences nécessaires à leur perception et à leur interprétation font désormais partie intégrante d'une culture visuelle répandue à l'échelle planétaire.

En bref, il ressort de ces premières observations que l'imagerie médicale possède une spécificité bien marquée par rapport aux autres médias visuels, qui s'enracine également dans la relation très étroite qui unit industriels, ingénieurs et médecins dans la fabrication et la construction de ces objets hybrides, dans lesquels sont indissociablement liés techniques visuelles et savoirs médicaux. Dans cette perspective, la stratégie de recherche initiale mérite d'être modifiée et infléchie dans un sens plus étroit afin de prendre en considération l'existence de ce que j'appellerai une culture visuelle spécifique à la profession médicale.

## BIBLIOGRAPHIE

- BARTHES R. [1980], *La chambre claire*, Paris, Gallimard.
- BOULLIER D. [1995], Du patient à l'image radiologique: une sociologie des transformations, *Techniques et culture*, n° 25-26, p. 19-34.
- CRARY J. [1992], *Techniques of the Observer: On Vision and Modernity in the 19th Century*, Harvard, MIT Press.
- DEBRAY R. [1992], *Vie et mort de l'image. Une histoire du regard en Occident*, Paris, Gallimard.
- GINSBURG F.D., ABU-LUGHOD L., LARKIN B. (éd.) [2002], *Media Worlds. Anthropology on New Terrain*, Berkeley/Los Angeles, University of California Press.
- N'DHATZ M., DOMONA K., COULIBALY G. *et alii* [1994], «Aspects of Thoracic Radiography of Patients with Tuberculosis and HIV Infection in Ivory Coast», *Rev. Pneumol. Clin.*, vol. 6, n° 50, p. 317-322.
- PASVEER B. [1995], «Images et objets: la tuberculose et les rayons X», *Techniques et culture*, n° 25-26, p. 1-18.
- SICARD M. [1998], *La fabrique du regard*, Paris, Odile Jacob.
- SONTAG S. [1983], *Sur la photographie*, Paris, UGE, coll. 10/18 (Première publication en anglais en 1977, Farrar Straus et Giroux).

- TAUTZ S., JAHN A., MOLOKOMME I., GORGEN R. [2000], «Between Fear and Relief: how Rural Pregnant Women Experience Foetal Ultrasound in a Botswana District Hospital», *Social Science & Medicine*, vol. 50, n° 5, p. 689-701.
- TAYLOR J. [1995], «L'échographie obstétricale aux États-Unis: des images contradictoires?», *Techniques et culture*, n° 25-26, p. 35-54.
- VIDAL L. [2001], *L'expérience des professions médicales face au paludisme, à la tuberculose et à la prévention en milieu urbain. Une étude comparative Côte d'Ivoire/ Sénégal*, Montpellier, IRD, 26 p., non publié.
- WERNER J.-F. [2000a], «Au royaume des aveugles, les borgnes sont rois... ou Comment faire de la photographie africaine en objet d'étude», *Journal des anthropologues*, n° 80-81, p. 193-216.
- WERNER J.-F. [2000b], «Problèmes posés par la sauvegarde du patrimoine photographique africain. Le cas des archives de Cornélius Augustt», *Études photographiques*, n° 8, p. 139-145.
- WERNER J.-F. [2002], «Photographie et constructions identitaires dans les sociétés africaines contemporaines», *Autrepart*, n° 24, p. 21-43.
- WERNER J.-F. [2004], «When Modernity is Consumed as a Commodity. A Case-Study about the Reception of Telenovelas in Dakar (Senegal)», in P. Probst (éd.), *Visual Publics* (sous presse).

## **L'évolution des savoirs et des pratiques médicales: l'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal**

*Tidiane Ndoye \* et Véronique Poutrain \*\**

### **Introduction**

Charles Becker remarquait, en 1993, la faiblesse de la connaissance historique française sur les questions de la santé au Sénégal et ceci malgré des sources bibliographiques abondantes (rapports et travaux publiés durant la période coloniale, existence de nombreuses thèses de médecine depuis la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, etc.). D'après lui, cette absence d'études historiques françaises s'explique en grande partie par «l'idéologie de la justification de la colonisation par l'œuvre médicale» [Becker, 1995, p. 60]. Les travaux anglophones, pourtant, ont révélé qu'un regard porté sur les problèmes du passé et les crises anciennes pouvaient éclairer la situation sanitaire actuelle caractérisée par la flambée du sida, les progrès de la bilharziose, la résurgence de problèmes plus anciens (tuberculose, choléra), la constance de la malnutrition, des maladies diarrhéiques et des maladies sexuelles [Arnold, 1988; Dawson, 1987; Feiermann et Janzen, 1992; Patterson, 1979 et 1981]. C'est ce que nous aimerions montrer ici en nous intéressant au cas du paludisme au Sénégal<sup>1</sup>.

Pour traiter cette question, nous avons choisi de privilégier un matériau de recherche spécifique: les thèses de médecine<sup>2</sup>. Par définition, celles-ci sont le fait de futurs praticiens et constituent le lieu cardinal pour comprendre comment s'élaborent – à une période précise – et évoluent les savoirs de la médecine. Elles comportent l'avantage de refléter le niveau d'intérêt du monde académique pour certaines questions de santé à travers les thèmes qui attirent le plus, à un

---

\* Doctorant EHESS, BP 1386, Dakar, tndoye@hotmail.com.

\*\* Université de Strasbourg et Laboratoire d'Anthropologie Sociale, veroniquepoutrain@yahoo.fr.

1. Notre propos s'inscrit dans le cadre plus large d'un projet intitulé «L'expérience des professions médicales face au paludisme, à la tuberculose et à la prévention en milieu urbain. Une étude comparative Côte d'Ivoire / Sénégal», coordonné par Laurent Vidal (Institut de recherche pour le développement, Dakar), Abdou Salam FALL (Institut fondamental d'Afrique Noire, Dakar) et Dakouri Gadou (Institut d'Ethnosociologie, Abidjan) et financé par le programme PAL+ du Ministère français de la recherche. Nous remercions ici L. Vidal pour la lecture critique de cet article.

2. Cette étude repose sur l'analyse d'une série de thèses soutenues pour l'essentiel à Bordeaux, Dakar et Marseille et s'étalant sur une période allant de 1954 à nos jours.

moment donné, le corps enseignant et les étudiants. Ainsi, par exemple, si les thèses de médecine envisagent volontiers une approche historique des politiques de prévention à propos du paludisme, la prise en charge de cette maladie semble être « intemporelle » ou ne semble pas être posée comme un problème de fond nécessitant de reconsidérer la pratique même de la médecine occidentale. Ces productions offrent cependant un éclairage diachronique sur les consensus, les revirements, les évolutions en rappelant les politiques (de l'OMS et du Sénégal) en vigueur à différentes périodes. Elles permettent, par ailleurs, de mettre en parallèle des politiques globales (nationales au niveau du pays ou internationales au niveau de l'OMS) avec des options plus locales (à l'échelle d'une structure de santé ou d'une région, qui représentent l'échelle d'observation de ces thèses) illustrant ou contredisant, en l'occurrence, les choix de politiques de santé du Sénégal en rapport avec les orientations et recommandations de l'OMS.

Notre approche vise donc à mettre à contribution différentes perspectives<sup>3</sup> de manière à montrer comment évoluent les savoirs et les pratiques médicaux, mais aussi comment une lutte aussi complexe que celle engagée contre le paludisme puise aux sources des expériences accumulées des pratiques médicales. L'histoire de ce combat est marquée par des avancées et des reculs, des succès et des échecs. La lecture des thèses de médecine autorise la reconstitution d'une histoire de la lutte contre le paludisme au Sénégal et permet de soulever des incohérences dans le discours médical. Deux grandes questions seront donc traitées ici : la première a trait aux politiques de prévention et la seconde aux méthodes de prise en charge.

## Les politiques de prévention

### *Avatars de la politique d'éradication*

Le Sénégal a été très tôt retenu par l'OMS comme zone de test de la politique d'éradication parallèlement à la Côte d'Ivoire et à la Haute Volta. Des premières expériences réalisées sur un terrain restreint à Thiès (région située à quelques kilomètres de Dakar) en 1952 à nos jours, cette lutte semble loin de connaître son épilogue. Trois grandes périodes peuvent ainsi être distinguées : une première (jusqu'en 1969) durant laquelle une politique d'éradication est envisagée, une seconde (de 1969 à 1979) où les objectifs, face à l'échec de l'éradication, sont moins ambitieux, et enfin une troisième (depuis 1979) où les formes de lutte se combinent de manière plus affirmée.

Déjà, durant la colonisation, diverses initiatives furent mises en œuvre pour tenter de venir à bout de ce fléau bien qu'en 1952 encore, il n'existait, au Sénégal (comme dans le reste de l'Afrique Occidentale Française, AOF), aucun service

3. L'importance des matériaux disponibles nous a d'ailleurs poussé à opérer des sélections sans doute arbitraires mais nécessaires dans le cadre d'un article. C'est ainsi que des données intéressantes peuvent être retrouvées à l'Institut Pasteur de Dakar et dans des thèses de la faculté de sciences de l'université de Dakar. Ces dernières, à l'instar de celle de C. Sokhna [2000], apportent des renseignements pertinents sur le paludisme. La bibliographie annotée de R. Collignon et C. Becker en donne une illustration [1989].

spécialisé dans la lutte antipaludique. Seuls les services d'hygiène s'occupaient partiellement de la lutte anti-larvaire. L'accent était surtout mis sur la prévention. Pourtant, M.D. Seck remarque déjà, dans une étude réalisée à Pikine (banlieue de Dakar), que le paludisme constituait un problème de santé publique. Les personnels de santé prenaient en charge quotidiennement un nombre important de consultations et de soins [Seck, 1968]. Jean Vinet, 15 ans plus tôt, faisait déjà le même constat lors d'un stage interné dans les services de Clinique Médicale de l'École Préparatoire de Médecine à l'Hôpital Africain de Dakar: «Dans l'agglomération africaine de cette ville, le paludisme paraît sévir avec une particulière fréquence pendant l'hivernage (de juillet à octobre) ou dans les mois qui lui font suite» [Vinet, 1954, p. 7].

Les archives sur la situation médicale des territoires français d'Outre Mer (archives de Marseille, Pharo, réf. 83.3) précisaient, en 1956, que si 56 % des cas de paludisme étaient enregistrés en AOF (alors que 12 % des examens y étaient pratiqués), seulement 8 % de la population était soumise à une chimio-prophylaxie antipalustre. Par ailleurs, les rapports annuels de l'Hôpital Principal de Dakar (archives de Marseille, Pharo, réf. 33.6) fournissent des informations contradictoires: on apprend ainsi qu'en 1953 le paludisme joue un rôle modeste dans les statistiques générales bien que chez les africains, un chiffre important de cas cliniques de paludisme soit enregistré.

L'état des savoirs de cette période est marqué par des découvertes non négligeables. En 1947 et 1948 la phase hépatique<sup>4</sup> du parasite est mise en évidence respectivement en Afrique de l'Est par Garnham et en Angleterre par Short, Garnham et Malanos, ce qui engendra de nouveaux espoirs. Cette phase culmine avec d'autres découvertes: la mise en évidence du fort pouvoir des insecticides<sup>5</sup>. Ces découvertes poussent l'OMS à tenter d'étendre la politique d'éradication du paludisme, déjà réussie en Europe et en Amérique du Nord, à d'autres zones géographiques. Des sites pilotes sont choisis au Sénégal, en Haute Volta et en Côte d'Ivoire. Les actions visent globalement à interrompre la chaîne de transmission de la maladie [Robert, Molez, 1997].

En 1953 fut alors mis sur pied le Service de Lutte Antipaludique (SLAP) pour l'AOF suite aux accords intervenus entre trois principaux partenaires: le gouvernement de la République française, le Fonds International de Secours à l'Enfance (FISE) et l'OMS. L'objectif pour le Sénégal était de rechercher les méthodes de lutte antipaludique sur un terrain expérimental restreint (la ville de Thiès). Cette phase visait à expérimenter la possibilité de trouver des méthodes efficaces et économiques en vue de l'éradication du paludisme. Cette action se combinait avec la création d'un service de lutte contre le paludisme censé couvrir le reste du territoire dès l'instant où, à des degrés divers, tout le pays était concerné par cette affection. De 1962 à 1970, le SLAP joua un rôle important en

4. Phase qui se déroule lorsque le parasite du paludisme se trouve dans les cellules du foie. On parle de cycle exo-érythrocytaire.

5. Le DDT bien sûr, mais également le HCH, la dieldrine, la chlordane, etc.

entreprenant notamment une vaste campagne de chimioprophylaxie de masse avec la chloroquine.

Il en va de même pour deux autres institutions: le Service Général d'Hygiène Mobile et de Prophylaxie (SGHMP) créé en 1945<sup>6</sup> et le Service National de Lutte contre les Grandes Endémies (SNGE) mis sur pied en 1959. Le SGHMP était surtout le fait de l'Afrique Occidentale Française (AOF) alors que le SNGE est plutôt à rattacher à la période post-coloniale. Au cours de l'année 1957, des modifications sont apportées à la structure générale du SGHMP. Celles-ci sont la conséquence de la réorganisation de l'AOF et de l'Afrique Équatoriale Française (AEF), en application de la «Loi cadre» de juin 1956 qui consacre l'autonomie interne de ces deux entités. En lieu et place de la Direction Générale de la Santé Publique, est mis sur pied un service inter-états chargé de la lutte contre les Grandes endémies. Le SGHMP continue cependant d'exister du fait de sa notoriété et des succès enregistrés, notamment dans la lutte contre la maladie du sommeil.

Le vœu émis par les chefs de territoires et les vice-Présidents des conseils de gouvernement de «territorialiser» les organes locaux d'exécution, au cours de la conférence inter-territoriale tenue à Dakar le 29 novembre 1957, aboutit à la création de huit services territoriaux du SGHMP. Ces décisions débouchent sur la création du SNGE du Sénégal en 1959. Des territoires, la gestion de ces structures passe aux mains des États nouvellement créés sans oublier, pour le cas du Sénégal, un bref épisode de gestion par la Fédération du Mali. Ce service fonctionnera longtemps comme l'héritage de la tradition de médecine mobile et rurale, emblématique de la politique sanitaire de la France dans ses anciennes colonies. Dans la stratégie sénégalaise de lutte contre le paludisme, cette période coïncide avec l'adoption officielle de la politique d'éradication par l'OMS en 1955 et a vu ces 3 principales institutions (SLAP, SGHMP, SNGE) jouer un rôle important. Le même constat est valable pour l'Organisation de coordination et de coopération contre les grandes endémies (OCCGE) créée en 1960. Elle sera chargée de coordonner des activités sanitaires, au niveau de 7 pays<sup>7</sup> nouvellement indépendants [Bado, 1997].

Mais, le SLAP joua sans doute le rôle le plus marquant avec la préparation, par son personnel recruté en 1953, des interventions, notamment celle de la pulvérisation d'insecticides à l'intérieur des domiciles en vue de rompre la chaîne de transmission. Cette stratégie était bien acceptée et même sollicitée par les populations [Carrière, 1953]. La conclusion du rapport Thiès en 1955 laisse, cependant, perplexe:

Il ne fait aucun doute que l'application semestrielle bien faite de DTT par House Spraying fait disparaître à peu près complètement des cases A. Gambiae et A. Funestus

6. Au tout début de sa création on parlait de Service Autonome d'Hygiène mobile et de prophylaxie (SAHMP), voir à ce propos Bado [1997].

7. Il s'agit de la Côte d'Ivoire, du Dahomey (actuel Bénin), de la Haute Volta (actuel Burkina Faso), du Mali, de la Mauritanie, du Niger et du Sénégal. La France a été admise comme État membre européen au sein de cette organisation dans le cadre de l'accompagnement de la politique des nouveaux États.

de jour. Cependant, nous avons trouvé des larves d'*A. Gambiae* en zone traitées depuis deux ans et des adultes dans certaines cases neuves non traitées des villages traités de cette même zone. Il est fort possible que le DDT agisse en grande partie comme répulsif, les femelles d'*A. Gambiae* ne posant plus à l'intérieur des habitations mais venant piquer la nuit pour gagner un refuge extérieur immédiatement après le repas de sang (phénomène mis en évidence au Libéria). Il est possible que le net abaissement du taux d'endémie constaté dans la zone traitée soit dû en grande partie aux faibles pluies de l'hivernage en 54» (Archives de Marseille, Pharo, réf. 34).

Cette conclusion ne peut que mettre en doute l'efficacité des insecticides.

En 1961, l'OMS commence à établir le constat de l'impossibilité d'interrompre la chaîne de transmission. Mais il faut attendre 1969 pour qu'elle abandonne l'idée d'éradication et qu'une deuxième période s'amorce. Cette phase, marquée par des échecs dans l'approche d'éradication (les pulvérisations d'insecticides ne se révèlent pas efficaces; par ailleurs, en 1958, une résistance à la pyriméthamine fut observée pour la première fois en Afrique de l'Ouest), est suivie d'une option intermédiaire de pré-éradication qui consiste en une révision de la stratégie par le 15<sup>e</sup> comité d'Expert du paludisme de 1969. Les pays n'ayant pu réaliser le programme classique de l'éradication sont censés mettre en place les structures nécessaires à la réalisation de l'éradication mais également atteindre un niveau économique suffisant. Ceci constitue, en fait, une position d'attente qui n'est aménagée que pour se donner une «bonne conscience», mais qui en pratique se solde par une action à peu près nulle: «Les organismes internationaux qui ont été le "moteur" de l'éradication vont se retirer progressivement de la lutte antipaludique [...] ce qui, en pratique, va se traduire par une aide technique et financière beaucoup moins importante» [Oudot, 1982, p. 70].

Cette période enregistre un faible nombre d'actions [Ramiandrasoa, 1980]. Elle est cependant caractérisée par des recherches sur la chimiothérapie. Des études comparatives entre divers antipaludiques (pyriméthamine, sulfone, des associations pyriméthamine + sulfamide et pyriméthamine + sulfone, chloroquine) ont ainsi été effectuées. Elles ont pour terrain d'expérimentation le Sénégal, la Côte d'Ivoire et surtout la Haute Volta. Ces études ont permis de dégager quelques conclusions: la réapparition de la résistance de *P. falciparum* à la pyriméthamine mais également l'action efficace des associations. Un nouvel espoir se fonde alors sur les médicaments de synthèse comme les amino-4-quinoléines qui offrent une bonne efficacité et une résistance nulle au *P. falciparum* qui sera, en réalité, de courte durée [Ramiandrasoa, 1980].

En 1979, l'OMS réoriente la lutte contre le paludisme. Une troisième période débute avec l'adoption d'une autre stratégie qui repose principalement sur le traitement des cas et sur l'association de toutes les formes de lutte efficaces. Rocher fait mention des principales méthodes utilisées: la lutte antivectorielle (chimique avec les insecticides), biologique (avec l'utilisation de prédateurs), génétique (avec comme visée l'interruption des capacités de transmission), mécanique (avec la destruction des gîtes larvaires), intégrée (consistant en l'association de plusieurs méthodes) [Rocher, 1998, p. 49-50].

Désormais, l'OMS parle de contrôle et non plus d'éradication et établit, en 1987, le constat sombre que la lutte antivectorielle n'est plus réalisable sur de vastes territoires. De plus, le produit le plus utilisé contre le paludisme, la chloroquine, n'est plus efficace dans une grande partie de l'aire d'endémicité palustre [Gazin de Raucourt, 1987]. Lors de la conférence interministérielle d'Amsterdam en 1992, elle encourage les pays membres à mettre sur pied des programmes nationaux contre le paludisme. Le Sénégal réalise ce vœu en 1995 et abrite, la même année, la réunion mondiale de l'initiative multilatérale sur le paludisme en Afrique. L'utilisation de la chloroquine entraine dans le cadre de la chimioprophylaxie de masse.

### *La chimioprophylaxie de masse*

Tôt adoptée par le Sénégal dans le cadre de sa lutte contre le paludisme, la chimioprophylaxie de masse s'est poursuivie jusque dans les années 1970. Durant la période allant de 1962 à 1970, le SLAP a entrepris une vaste campagne de chloroquinisation dont l'objectif était la mise en place d'un système de protection accessible à tous. La chimioprophylaxie est conseillée à tout le monde avec un accent particulier mis sur les enfants de 0 à 14 ans (catégorie non immunisée) surtout en période d'hivernage, moment où il y a une recrudescence des moustiques et un fort taux de transmission de la maladie. De juillet à décembre, ils sont soumis à des prises régulières<sup>8</sup>.

Ces stratégies de lutte à grande échelle sont couplées avec des actions de prévention et de suivi des cas réalisées systématiquement lors des visites médicales scolaires et des consultations de PMI (Protection Maternelle et Infantile). Les médecins procèdent systématiquement à la mensuration des rates «dont l'hypertrophie témoigne de l'infection paludéenne et de l'évolution du processus d'immunisation (indice splénique)» [Seck, 1968, p. 133]. Certaines recherches font état de l'espoir d'accéder à une immunisation alors que d'autres considèrent qu'il n'est possible d'accéder qu'à une «prémunition» [Kantoussan, 1996, p. 16].

Trois préoccupations, relayées dans les thèses de médecine, sont au centre de la lutte au début des années 1960:

- la fourniture de la nivaquine en quantité suffisante à tous les enfants de 0 à 14 ans;
- la diffusion du produit dans le milieu rural;
- la «mise en condition» par les autorités pour un accueil favorable des populations à la campagne de chimioprophylaxie [Seck: 1968].

8. Les doses prescrites se présentaient comme suit:

- 6 mois à un an: 50 mg de chloroquine base (1/2 comprimé de 100 mg)
- 1 à 3 ans: 100 mg de chloroquine base (1 comprimé de 100 mg)
- 3 à 9 ans: 200 mg de chloroquine base (2 comprimés de 100 mg)
- 9 à 14 ans: 300 mg de chloroquine base (3 comprimés de 100 mg) [Seck, 1968, p. 140].



Les résultats enregistrés sont une amélioration des indices parasitaires<sup>9</sup> (IP: 44-45 % tombés à 15-30 % en un an). On constate une très faible densité parasitaire par rapport aux années précédentes mais également une diminution des indices spléniques<sup>10</sup>. Cette campagne de prophylaxie s'est poursuivie avec succès pendant plusieurs années. Aucun cas suspect de résistance de *P. falciparum* à la chloroquine n'a été rencontré au cours de cette période [Ramiandrasoa, 1980].

Cette campagne est à situer dans le contexte post-colonial qui considère le paludisme comme un obstacle au développement du pays. Fort symboliquement, il est pris en charge par le Ministère de l'Économie Rurale. Les propositions soumises au Ministère de la santé et acceptées permettent au SLAP de mettre sur pied la campagne de nivaquinisation (circulaire d'avril 1963). Au niveau de Fatick, zone pilote, chaque coopérative reçoit, de Juillet à Décembre, sa ration de nivaquine, sur présentation des cartes de familles, et la redistribue aux paysans. Les comprimés revenaient à 1 franc CFA l'unité. Évalués à 30 à 40 % au début, les effectifs présents à ces distributions sont estimés par la suite à 80 %. La région du Cap-Vert était cependant la moins prise en compte du fait de l'inexistence des coopératives sur lesquelles s'appuyaient les acteurs chargés de la distribution des médicaments.

Ces stratégies de lutte à grande échelle adoptées par le Sénégal recoupaient les grandes orientations de la politique de l'OMS relatives à l'éradication et ensuite au contrôle du paludisme. L'utilisation des insecticides à effet rémanent (HCH, DDT, Dieldrine), la soumission de certains groupes de populations à divers antipaludiques (pyriméthamine, amodiaquine, chloroquine) entraient dans ce cadre. Cette phase a eu pour conséquence un constat précoce de cas de résistance de *P. falciparum* à la pyriméthamine, pour la première fois enregistré en Afrique de l'Ouest en 1958-1959 [Ramiandrasoa, 1980, p. 56]. Toutefois, les performances de la chloroquine restent très estimables, ainsi qu'en atteste la campagne de nivaquinisation mise sur place à Fatick [Seck, 1968]. Actuellement, elle est remise en question au Sénégal du fait d'une résistance accrue des populations à cette molécule.

Deux autres méthodes de lutte antivectorielle peuvent en outre être signalées: il s'agit de la lutte antilarvaire (régulation des cours d'eau, drainage et mise en culture des terrains marécageux, poissons antilarvaires dans les rivières, emploi d'insecticides, de pétrole vert de Paris, de DDT) et lutte antiadulte (utilisation des insecticides chlorés de synthèse à action rémanente, DDT, HCH, sous forme de solution dans des huiles minérales, d'émulsions aqueuses ou de suspensions de poudre mouillables) [Lafabrie-Calfopoulos, 1981, p. 22].

Cette approche de masse recoupe une série d'options: faire des soins personnalisés une traduction du développement de la médecine moderne [Tarantola, 1973, p. 6]. Jusqu'à cette période, les ambitions restent considérables dès lors

9. L'indice par lequel on détermine les porteurs de parasites.

10. C'est le pourcentage des enfants de 2 à 9 ans porteurs de splénomégalie (hypertrophie de la rate).

qu'il s'agit d'offrir des services à l'ensemble de la population. Mais des changements ne tardent pas à être apportés dans les années 80 suite à l'abandon par l'OMS de la recommandation de la chimioprophylaxie collective. L'existence de risques de résistance ne justifie plus son application et les moyens financiers déployés s'amenuisent. Finalement, dans le cadre d'une politique de restriction budgétaire, les actions vont se concentrer sur certains groupes.

*La chimioprophylaxie orientée vers des « groupes cibles »  
et les formes alternatives de prévention*

L'année 1984 marque une date importante dans la politique de l'OMS : celle à partir de laquelle la chimioprophylaxie collective n'est plus recommandée du fait de l'existence de risques de résistances. Commence alors la période de sélection avec un accent sur des groupes précis : les femmes enceintes et les voyageurs habitant en zone impaludée se rendant dans des zones de prévalence palustre [Bodet, 1992, p. 33]. Une autre catégorie est composée des enfants de moins de 5 ans, frange de la population la plus touchée par la maladie.

Ce changement d'orientation en matière de prévention se reflète dans les thèses de médecine qui mettent au devant les nouvelles directives. L'éradication du paludisme ne peut pas être obtenue au moyen des médicaments actuels. Il suffit de réaliser un traitement symptomatique et de prévenir les rechutes par une chimioprophylaxie appropriée [Lafabrie-Calfopoulos, 1981, p. 19]. Les soignants sont donc invités à prendre en compte ces connaissances en vue de traiter adéquatement les cas de paludisme et d'éviter ainsi l'extension des formes de résistances et d'échecs thérapeutiques. L'accent est mis sur l'efficacité et la pérennité des interventions. C'est dans ce cadre que Lafabrie-Calfopoulos [1981] développe une thèse favorable à la prémunition qui serait un palliatif face à la difficulté posée par l'éradication.

En rapport avec cette série de réformes dans l'approche de l'OMS, le Sénégal a adopté en 1995 un programme national de lutte contre le paludisme qui s'articule autour de 8 stratégies<sup>11</sup>. La chimioprophylaxie repose sur la chloroquine en tant que molécule de choix. Elle est réservée aux migrants non immuns et aux femmes enceintes.

Toujours dans le registre de la prévention, d'autres moyens sont mis en œuvre pour empêcher les cas graves et rendre la lutte plus efficace, notamment depuis 1997, qui marque le lancement par l'OMS de la lutte « accélérée ». Plusieurs pays dont le Sénégal se sont appliqués à mettre cette stratégie dans leur « agenda » national. Le 25 avril 2000, des chefs d'État et des représentants de 44 pays africains touchés par le paludisme se sont rencontrés à Abuja au Nigéria pour s'engager à réduire de moitié le fardeau du paludisme d'ici l'an 2010.

11. Les 8 stratégies sont décrites comme suit : prise en charge correcte des cas ; prévention et surveillance du paludisme ; prévention et lutte contre les épidémies dans les zones de paludisme instable ; application appropriée d'une politique de médicament ; intégration de la lutte antipaludique aux soins de santé primaires ; formation ; équipement en matériel de laboratoire ; recherche [PNLP, 2001, p. 21].

L'accord ratifié scelle aussi leur volonté de définir des objectifs intermédiaires pour 2005. Cet engagement vise à fournir un accès rapide à un traitement abordable et approprié, c'est-à-dire à au moins à 60 % de ceux qui souffrent du paludisme, dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes. Ces mesures prévoient aussi la mise à disposition d'instruments pour protéger les personnes les plus menacées, notamment les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (moustiquaires imprégnées, etc.). L'action en direction des femmes enceintes devrait aussi être renforcée par la facilitation de l'accès à la chimio-prophylaxie ou à un traitement préventif intermittent. L'anniversaire de cette journée africaine du paludisme est commémoré le 25 avril de chaque année. Le premier, qui a eu lieu en 2001, avait pour thème les moustiquaires traitées aux insecticides, celui de 2002 a été essentiellement focalisé sur la «communauté» et ses capacités pour faire reculer le paludisme.

Ces principaux engagements de la conférence d'Abuja recourent fondamentalement les axes centraux de l'initiative «Faire Reculer le Paludisme» (FRP). Cette initiative est le fruit d'un partenariat mis sur pied en 1998 entre l'OMS, le PNUD, l'UNICEF et la Banque Mondiale. Ces acteurs développent une collaboration avec des gouvernements, des ONG ou des entreprises privées. L'initiative repose sur quatre principales stratégies :

1. l'accès rapide aux traitements antipaludiques
2. la mise à disposition de moustiquaires imprégnées d'insecticides
3. la prévention (lutte anti-vectorielle) et le traitement du paludisme chez les femmes enceintes
4. les interventions d'urgence à l'occasion des épidémies

Cette série d'engagements qui entre dans le cadre de FRP fait ressortir les nouveaux axes autour desquels les acteurs engagés dans cette lutte tentent d'orienter leur travail. De nouveaux espoirs sont ainsi fondés sur la moustiquaire imprégnée mais également sur la mise à contribution des populations dans le cadre de l'«approche communautaire». Ces mesures, qui ne constituent pas de véritables réorientations (la moustiquaire est utilisée depuis longtemps), visent à ajuster les méthodes de lutte antipaludique au contexte concerné. Conscient de la difficulté d'amener les populations à abandonner leurs pratiques d'automédication, le PNL, en collaboration avec les partenaires de FRP, tente ainsi de mettre à leur disposition les médicaments (chloroquine notamment) mais aussi la formation en vue de leur faire accéder à des traitements précoces. Ces choix ont pour visée de contrecarrer le recours aux circuits parallèles de fourniture de médicaments. Ils supposent aussi l'adoption de réflexes de prévention par l'usage des moustiquaires imprégnées, loin d'être systématique. Ce travail s'appuie sur un important effort de sensibilisation. En effet, les acteurs engagés dans la lutte jugent incontournable l'approche d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC<sup>12</sup>). Des discussions sont ainsi organisées au niveau des quartiers pour faire

12. De plus en plus on parle de CCC: «Communication pour un changement de Comportement».

comprendre aux populations les facteurs favorisant mais aussi les incidences du paludisme, surtout sur les enfants.

À cela s'ajoute la tentative de pérenniser la lutte antivectorielle mais par une approche «sectorielle». Suite aux importants moyens déployés lors de la politique d'éradication et des résultats peu encourageants qui ont été enregistrés, l'OMS exprime la volonté d'articuler le coût d'une intervention à son efficacité. Le «ciblage» se fait dans une zone à risque où l'application de la lutte antivectorielle est susceptible d'apporter quelques solutions. De plus cette lutte est depuis quelques années en bute à des réserves liées à l'utilisation du DDT. Il comporterait des risques pour le lait maternel. Ne disposant pas de toutes les connaissances nécessaires pour confirmer ou infirmer cette thèse, l'OMS recommande de lui substituer un autre produit en cas d'indisponibilité [OMS, 1995].

Une fois de plus l'OMS met l'accent sur des mesures préventives que les états membres, à l'instar du Sénégal, s'attachent à appliquer. Toutefois, dans cette lutte, l'insuffisance des moyens financiers constitue un important facteur de blocage [OMS, 1995]. Ces évolutions sensibles notées en ce qui concerne la prévention se retrouvent aussi dans la prise en charge des cas.

## La prise en charge du paludisme

### *Le diagnostic*

On retrouve déjà dans les aphorismes d'Hippocrate l'existence de fièvre tierce ou quarte, mais également dans les écrits des médecins de l'Inde, de l'Ancienne Égypte et de la Chine, qui eux parleront de démons armés, du marteau, du brasero et d'eau froide, reflets des trois phases successives de l'accès palustre. La clinique du paludisme commence à bien se dessiner en même temps qu'une identification de la quinine par Pelletier et Caventou, en permet une utilisation thérapeutique plus stricte. Allait alors commencer la période de recherche parasitologique dont un initiateur est sans nul doute Lavéran (1880) [Grauby, 1993, p. 17].

La clinique du paludisme se précise donc à partir de 1880 mais laisse pourtant les praticiens, encore aujourd'hui, devant la difficulté de confirmer un diagnostic palustre. Le diagnostic parasitologique a beaucoup évolué au cours de ces dernières années. On note ainsi les méthodes directes avec la Goutte épaisse, le Frottis mince, le Quantitative Buffy Coat (QBC), le Parasight F de Beckton Dickinson, le Test optimal, les techniques de biologie moléculaires (PCR; les sondes génomiques) et les méthodes indirectes (l'immunofluorescence directe, l'ELISA, l'Hémagglutination passive). Si ces progrès dans l'élaboration de méthodes et techniques diagnostiques sont avérés, il reste que les coûts des appareils et des réactifs les rendent souvent inaccessibles aux pays pauvres.

Sur le terrain, force est de constater que les méthodes diagnostiques n'ont guère changé depuis 50 ans<sup>13</sup>. Elles reposent sur l'examen microscopique du

13. Ce constat nous a amené à traiter assez différemment la première et la deuxième partie de ce texte donnant ainsi une tendance plus chronologique à la première.

sang [Billion-Rey, 1998, p. 12]. De plus ces techniques de diagnostic ont des limites qui favorisent la quasi systématisme – encore – de l'utilisation des examens microscopiques directs. Un des facteurs essentiels qui rend complexe la prise en charge curative du paludisme est la diversité des cas qui se présentent au praticien et qui l'amènent à devoir prendre en compte aussi bien la situation épidémiologique de la région dans laquelle réside le patient, que le statut immunitaire du malade et son état clinique [Sarr, 1989, p. 36].

Face à la difficulté de confirmer un diagnostic palustre, les praticiens adoptent des positions contrastées. Pour certains, il est un fait incontestable: en cas d'accès palustre, «le diagnostic biologique apporte toujours l'élément de certitude. Le frottis goutte épaisse, réalisé avant tout traitement, au moment de l'accès fébrile, est positif en même temps qu'il indique la variété de plasmodium responsable de la crise» [Mazer, Sankale, 1988]. Les thèses de médecine énoncent également ce principe: «L'isolement et l'identification d'un plasmodium dans le sang sont les seules preuves formelles de la parasitose. Les prélèvements de sang sont faits avant toute prise antipaludique et au moment d'un clocher thermique» [Grauby, 1993, p. 34]. Il reste cependant qu'il faut être prudent dans la mesure où aucun examen de laboratoire n'est jamais d'une fiabilité absolue et qu'une goutte épaisse négative ne doit pas éliminer le paludisme des hypothèses diagnostiques. «De toutes les techniques parasitologiques, le frottis est la moins sensible et si on a la conviction qu'il peut s'agir d'un paludisme, il faut savoir répéter les analyses, en associant frottis et goutte épaisse» [Louis, 1997].

Pour d'autres, pourtant, le diagnostic du paludisme demeure avant tout clinique et l'examen parasitologique n'influence que rarement la décision thérapeutique [Floriant, 1994]. Il est vrai que dans les zones d'endémie, on peut noter un surdiagnostic de cas de paludisme. Dans une étude récente, seulement 20 % des patients déclarés atteints de paludisme avaient un frottis sanguin ou une goutte épaisse positifs. De nombreux patients sont mis sous antipaludiques alors que le frottis sanguin ou la goutte épaisse sont souvent différés. Toutefois, poursuivre le traitement antipaludique alors que les tests sur lame sont négatifs ou qu'une autre infection sous jacente (par exemple une méningite) a été identifiée est non seulement inutile, mais aussi injustifié [Kharé, 1999, p. 17].

Une enquête effectuée en 1987 auprès de 76 médecins français exerçant en zone tropicale montre combien les disparités sont importantes: sur 60 médecins, 20 prescrivent en cas de fièvre avant tout résultat de laboratoire, 18 parfois, 22 seulement s'il existe des signes de gravité. En outre, les résultats concernant la confirmation du diagnostic par frottis sanguin sont significatifs: sur 68 réponses, 51 médecins peuvent confirmer, 10 rarement, 7 jamais [Brouat-Cesari, 1988].

Pour d'autres enfin, il importe de combiner examen clinique et examens biologiques: «Plusieurs auteurs ont tenté de définir le paludisme sévère. Les définitions sont souvent complexes et font appel à une combinaison de caractéristiques cliniques et de résultats biologiques qu'un hôpital moyen est souvent incapable de mettre en œuvre» [March, 1999, p. 9]. Le recours à des analyses

biologiques reste nécessaire mais il bute sur quelques difficultés. À cet égard, si la goutte épaisse qui réalise une concentration permet d'examiner une plus grande quantité de sang et donc de dépister une parasitémie moindre, l'identification de l'espèce plasmodiale reste difficile. De plus, le délai de plusieurs heures à température ambiante qu'elle nécessite pour donner des résultats est un inconvénient pour un diagnostic qui doit être porté d'urgence [Ndoye, 2000].

La thèse de I. Sarr confirme cette ambivalence des prises de décisions: dans certains cas, on se contentera d'une présomption clinique et on suivra l'évolution sous anti-malarique. Ainsi, à côté des formes classiques du paludisme cliniquement évidentes, avec parasitémie fortement positive, il existe des formes frustrées à parasitémie faible ou nulle mais tous les intermédiaires sont possibles. On ne peut pas faire de corrélation évidente entre l'aspect clinique du paludisme et la parasitémie. Il existe aussi des états de parasitémie latent sans signe clinique: des états de «paludisme infection» dont l'évolution est variable (disparition du fait des mécanismes immunitaires, évolution vers un paludisme maladie). Ce qui peut poser un problème thérapeutique: qui faudra-t-il traiter et quand? [Sarr, 1989, p. 12]

Comme le suggère pourtant Kharé: «la part la plus importante d'une politique antipaludique est un diagnostic correct de cette maladie!» [Kharé, 1999, p. 17].

Ces différentes positions montrent le caractère contrasté des points de vue et la différence des appréciations des uns et des autres sur les cas de paludisme, ce qui atteste une fois de plus la complexité du diagnostic de cette pathologie, mais aussi de la diversité des prises de décision de la part des médecins. Si une première position est formelle sur le diagnostic biologique, la seconde montre que l'accent est souvent mis sur l'examen clinique. La troisième position semble plus nuancée et donne une part de vérité à chacun des deux premiers points de vue. Loin de prendre position dans ce débat, nous constatons simplement la difficulté, *a priori*, de poser un diagnostic sûr et non contestable.

Par ailleurs, il importe de signaler que les médecins ne sont pas les seuls acteurs à délivrer des ordonnances. Par exemple, les dispensaires ruraux ne sont pas tenus par des médecins mais par des infirmiers. Ces derniers ne disposant pas de laboratoires d'analyses et une analogie est souvent faite entre les fièvres et le paludisme. Le PNLN lui-même met l'accent sur la prise en charge précoce des cas de paludisme basée sur une simple présomption: il est aussi recommandé de procéder au traitement précoce des cas présomptifs. La présomption sera basée uniquement sur la présence ou sur les antécédents récents de fièvre ou «corps chauds» associé ou non à des céphalées, vomissements, frissons, sueurs ou algies. Le traitement présomptif consiste à prendre la chloroquine per os au niveau communautaire [PNLN, 2001, p. 30].

### *Prise en charge et thérapeutiques*

Il est un constat qui se dégage à la lecture des thèses de médecine: l'évolution des traitements retient très peu l'attention. Si on peut y retrouver des données

relatives aux traitements et aux difficultés rencontrées dans la mise en place d'un vaccin efficace, peu d'intérêt est accordé aux dates. Les analyses et les prises de positions restent toutefois intéressantes et traduisent le degré d'implication de ces futurs praticiens en ce qui concerne notamment la mise en place de moyens en vue d'un vaccin. Ces analyses relatives au vaccin sont surtout présentes dans des thèses de pharmacie [Harb, 2001].

Dans le domaine des traitements, les médicaments antipaludiques utilisés visent essentiellement à éliminer le parasite et à traiter les complications. Parmi les médicaments utilisés on note, en rapport avec leur point d'impact au niveau du cycle humain des plasmodiums: les gamétocytocides, les schizonticides, les antibiotiques présentant des propriétés antipaludiques et les associations thérapeutiques [Doucouré, 2001].

Malgré l'existence de ces médicaments et l'importance des cas de paludisme (entre 20 à 60 % des activités d'un centre de santé), la plupart des thérapeutiques ne proviennent pas d'une prescription. L'automédication avec des remèdes traditionnels ou des médicaments antipaludiques du commerce est la règle. L'enquête effectuée par Brouat-Cesari est, à ce propos, significative quant à la position des médecins à propos de l'automédication: 18 ne se prononcent pas, 5 la nient, 30 y sont hostiles, 5 restent critiques, 12 la trouvent favorables mais seulement dans des conditions précises, 6 y sont favorables sans restriction. Le traitement exclusif des épisodes fébriles est conseillé par 34 médecins sur 69: 14 pensent que l'épisode fébrile peut être traité par automédication à distance du médecin; 8 estiment qu'il faut traiter après avis médical; 16 pensent qu'il faut traiter après examen parasitologique (4 médecins ont donné une double réponse) [Brouat-Cesari, 1988]. Chacun semble prendre position par rapport à sa propre expérience.

Au Sénégal, l'automédication est probablement le résultat des campagnes de nivaquinisation. En effet, si de 1955 à 1968 le comportement des populations a relativement peu joué dans la lutte antipaludique, à partir de 1968, il a été demandé aux populations de se prendre en charge. La résistance au DDT apparue en 1967 aboutit à la substitution de la chimioprévention à la lutte par les insecticides. L'information cependant est mal faite. Les conséquences, en matière de santé publique, sont souvent désastreuses: s'il est facile dans le cadre d'une thérapeutique individuelle de changer de produit, notamment en employant la quinine, ce changement est beaucoup plus difficile à réaliser dans le cadre d'une action de santé publique [Oudot, 1982, p. 100]; elle nécessite une approche consensuelle et une prise en compte de la volonté politique ainsi que les moyens financiers (rendre accessibles les médicaments et produits proposés, former ou recycler les personnels de santé, etc.) et logistiques, sans compter la difficulté de faire changer les comportements.

Mais il faut dire que l'automédication hasardeuse entraîne souvent un résultat médiocre en terme de traitement de la maladie. La lutte contre le paludisme est ainsi l'histoire d'une série de résistances à la fois aux insecticides et aux antipaludiques. Face à l'échec des méthodes de prévention et la systématisation des

résistances à la chloroquine, l'OMS a mis sur pied des protocoles visant à harmoniser la prise en charge curative des cas de paludisme. Plusieurs pays les ont ajustés à leur contexte pour en tirer le meilleur profit. Mais si la forme simple du paludisme fait l'objet de son attention, les formes graves font l'objet de recommandations. Cela est sans doute dû au fait que le paludisme est mortel. Il doit donc être considéré comme une urgence et par conséquent être géré efficacement. L'OMS fixe six recommandations à suivre pour traiter un «neuropaludéen» :

1. Si très tôt, on suspecte un cas de paludisme grave, il faut transférer le patient là où le niveau de soins est le meilleur disponible et établir le bilan initial de l'état clinique
2. Donner le plus tôt possible une chimiothérapie antimalarique, en utilisant un médicament approprié, dosé de façon optimale et administré par voie parentérale
3. Éviter les complications (par exemple: convulsion, hypoglycémie, forte fièvre) ou tout au moins, assurer une détection et un traitement les plus précoces possibles
4. Vérifier que les équilibres des fluides des électrolytes et acidobasiques sont maintenus
5. Dispenser de bons soins médicaux (par exemple pour patients inconscients)
6. Éviter les traitements avec les effets secondaires néfastes (par exemple costicostéroïdes) [Ngom, 1999, p. 14-15].

Le PNLP n'a pas été en reste. Face à la profusion des formes de prescriptions constatées, il s'est mis en devoir d'adopter un protocole de soins. Ce dernier repose sur l'utilisation d'une certaine catégorie de médicaments en fonction de l'état du patient. Ainsi, les indications se présentent comme suit :

- la chloroquine: molécule de première intention (avec possibilité de la substituer par l'amodiaquine)
- la sulfadoxine-pyriméthamine (SP): molécule de deuxième intention <sup>14</sup>
- les sels de quinine: médicaments envisagés pour les formes graves.

À cette difficulté d'harmoniser la prise en charge des cas de paludisme s'ajoute un autre problème: celui de l'organisation des structures de santé et leur utilisation par les malades comme le note ce médecin: «Théoriquement on souhaiterait que les malades suivent une hiérarchie dans la demande de soins, qu'ils vont d'abord au dispensaire... si on peut les soigner on les soigne, si on ne peut pas les soigner ils vont à l'échelon supérieur ainsi de suite, et qu'ils arrivent à l'hôpital s'ils n'ont pas pu être pris en charge ailleurs. En réalité, ce n'est pas

14. De plus en plus les autorités sanitaires parlent de la SP comme association de substitution au premier niveau (la chloroquine). Elle reste cependant faiblement valorisée par les soignants du fait de son effet retard. Certains patients ont alors tendance à revenir dès qu'ils ne voient pas d'amélioration immédiate considérant le produit administré comme inefficace.



comme ça que ça se passe, parce que tout le monde veut, si ça lui est possible, chercher des soins là où ils risquent d'être les plus efficaces, donc le grand hôpital reçoit des malades qui sont passés par des niveaux hiérarchisés mais on reçoit aussi des gens qui arrivent directement pour se faire soigner là, parce qu'ils savent que c'est là qu'ils trouveront le maximum d'efficacité». En outre, les thèses de médecine font état d'une organisation du système de santé parfois hasardeuse ainsi que nous l'avons déjà signalé: le traitement peut se faire par l'agent de santé communautaire, par l'infirmier, par le médecin. Le rôle du médecin, qui est alors formateur et coordonnateur, est de fournir un arbre décisionnel, délimitant les niveaux d'action de chaque personnel. Chaque personnel doit savoir évacuer le malade au bon moment vers le niveau supérieur. En résumé, on peut dire que l'agent de santé communautaire pourra donner les traitements par voie orale s'ils sont possibles, l'infirmier sera responsable des cas nécessitant un traitement parentéral et fera part au médecin des troubles de la conscience et des cas rebelles [Sarr, 1989, p. 36].

L'application de ces protocoles bute sur des difficultés parmi lesquelles l'absence de formation des praticiens qui interviennent sur le terrain. Depuis quelques années les responsables sanitaires, le PNL et les organismes partenaires s'attachent à donner les compétences nécessaires aux acteurs sur le terrain à travers une série de formations. Le but est de toucher tous les praticiens qui interviennent dans le processus de prise en charge de la maladie.

## Conclusion

Les constructions et les transformations des savoirs et des pratiques des professionnels de santé confrontés à la prévention et à la prise en charge du paludisme paraissent dépendantes d'un certain nombre de facteurs difficiles à maîtriser. Les facteurs socio-économiques, l'organisation des structures de santé, la formation des personnels de santé, la situation endémique de certaines zones géographiques, la chimiorésistance, entre autres, influent sur les résultats escomptés. Dans ce contexte, si on peut noter une évolution sur le plan des savoirs, les changements de comportements et des pratiques thérapeutiques apparaissent toujours aussi complexes. Ceci vaut, à la fois, pour la population que pour certains personnels de santé. Dès lors, l'affirmation selon laquelle «l'une des plus grandes difficultés de la lutte contre le paludisme à l'échelle mondiale tient à la propagation et à l'intensification de la résistance des parasites aux antipaludéens» [OMS, 1995, p. 5] semble réductrice. Elle indique cependant l'étroite conjonction entre savoirs et pratiques liés aux questions de paludisme. La faculté des parasites à résister aux antipaludiques conduit en effet à des remises en question fréquentes des molécules utilisées. Les thèses nous apprennent également que des problèmes liés aux compétences humaines se posent et qu'à défaut d'un vaccin, des efforts pourraient être faits dans le sens de maximiser l'utilisation des savoirs, des potentialités des molécules disponibles par une bonne observance mais également par une approche plus pédagogique des

patients. Ce constat conduit à la nécessité de fonder une réflexion plus profonde sur la prise en charge de cette endémie complexe à la fois pour les chercheurs, les praticiens, les décideurs et les «populations».

De ce point de vue, les campagnes d'éradication sont essentiellement caractérisées par un manque d'adaptation aux différentes situations épidémiologiques et socio-économiques. Or, ces situations sont extrêmement variables dans l'espace et dans le temps: exercer une lutte adaptée à la situation et prolongée dans le temps est peut-être un des principes de la lutte antipaludique [Oudot, 1992, p. 141]. Il n'en demeure pas moins qu'en dernier ressort (lorsqu'il ne s'agit pas d'automédication), la décision thérapeutique revient au médecin qui doit tenir compte aussi bien de la situation épidémiologique que du statut immunitaire du sujet. Les conséquences néfastes sont en effet différentes entre l'adulte résidant en zone d'endémie qui a une prémunition, l'enfant qui n'est pas complètement prémuni, la femme enceinte qui a un certain déficit immunitaire, et le sujet «neuf» sans aucune prémunition.

Les thèses de médecine, de par la diversité de leurs études, de leurs remarques, de leurs enquêtes, sont un matériau intéressant pour voir combien la mise en pratique des savoirs peut se révéler difficile. En renseignant sur les réalités du terrain, elles pointent le doigt sur les hésitations des soignants, les comportements des «populations», leur interprétation de la maladie et de la thérapeutique, autant de paramètres qui modèlent le travail des soignants. Elles instruisent également sur les «lourdeurs» politiques (financières?) qui entravent bien souvent la mise en place des antipaludiques qui se révèlent pourtant efficaces. Ce détour par les thèses offre ainsi une entrée pour mieux questionner la médecine en actes: entre gestion de la pénurie au quotidien, faible accès aux formations de soignants pourtant responsabilisés dans la prise en charge des cas et insuffisante adaptation des connaissances théoriques aux données de contexte, le paludisme soulève des problèmes, difficiles à résoudre, et auxquels l'ensemble de la médecine est aussi confrontée.

## BIBLIOGRAPHIE

- AMBROISE-THOMAS P., PINEL C., PELLOUX H., PICOT S. [1993], «Le diagnostic du paludisme», *Cahiers Santé*, n° 3, p. 280-284.
- ARNOLD D. [1988], *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester-New York, Manchester UP, VIII-231p.
- BADO J.-P. [1997], «La santé et la politique en AOF et à l'heure des indépendances (1939-1960)», in C. Becker, S. Mbaye, I. Thioub (éd.), *AOF: Réalités et héritages: sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Archives du Sénégal, p. 1243-1259.
- BECKER C. [1995], «L'apparition du sida et la gestion des épidémies du passé au Sénégal», in J.-P. Dozon et L. Vidal (éd.), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Orstom, p. 59-80.
- BODET D. [1992], *Paludisme et dyekuadio: étude d'une maladie traditionnelle auprès de praticiens baule (Côte-d'Ivoire)*, Thèse de pharmacie, Université de Montpellier I.

- BROUAT-CESARI C. [1988], *La prévention du paludisme. Enquête auprès de médecins exerçant en région tropicale*, Thèse de médecine, Aix-Marseille.
- COLLIGNON R., BECKER C. [1989], *Santé et population en Sénégal, des origines à 1960, Bibliographie annotée*, Paris, INED.
- CRAVERO G. [1964], *Les médecins praticiens et la médecine préventive*, Thèse de médecine, Bordeaux.
- DANSOKHO E.F., KI-ZERBO G., BADIANE S. [1994], «Prise en charge diagnostic et thérapeutique de l'accès palustre simple dans la région de Dakar, Sénégal», *Ann Soc Belg Médecine Tropicale*, n° 4, p. 291-300.
- DAWSON M.H. [1987], «Health, Nutrition, and Population in Kenya, 1890-1945», in D.D. Cordell et J. Gregory (éd.), *African Population and Capitalism. Historical Perspectives*, Boulder, Westview Press, p. 201-217.
- FEIERMAN S. et JANZEN J.M. [1992], *The Social Bases of Health and Healing in Africa*, Univ. California Press.
- FLORIAN P. [1994], *Les nouveaux traitements des grandes endémies tropicales africaines*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux II.
- GAYE O., BAH I.B., DIALLO S., VICTORIUS A., BENGUA E., FAYE O. [1990], «Émergence du paludisme chloroquinorésistant à Dakar, Sénégal», *Annales de la société Belge de Médecine tropicale*, n° 70, p. 33-37.
- GAZIN DE RAUCOURT [1987], *Recherche d'une technique de dosage de la chloroquine plasmatique utilisable en Afrique Noire*, Mémoire de DEA de parasitologie, Université de Montpellier I.
- GRAUBY M.-N. [1993], *Chimio-résistances de Plasmodium Falciparum: cas de la sulfadoxine-pyriméthamine et de la quinine*, Thèse de médecine, Université Aix-Marseille.
- HARB D. [2001], *Aspects cliniques, histologiques et immunologiques du paludisme chez la femme enceinte et le nouveau-né au cours d'une étude à Dakar*, Thèse de pharmacie, UCAD Dakar.
- KANTOUSSAN E. [1996], *Étude comparative du paludisme dans deux faciès épidémiologiques: zone sahélo-soudanienne (Kaolack) et zone soudano-guinéenne (Kolda)*, Thèse de pharmacie, UCAD Dakar.
- KHARE A. [1999], «Politique pharmaceutique pour le traitement du paludisme», *Revue Malaria. Paludisme et maladies infectieuses en Afrique*, juillet, n° 9 bis, p. 16-17.
- LAFABRIE-CALFOPOULOS [1981], *Étude comparative de l'immunofluorescence indirecte et de la technique ELISA dans le sérodiagnostic du paludisme humain*, Thèse de pharmacie, Université de Dakar.
- LÔ M. [1996], *Connaissances et pratiques des prestataires de soins et de la communauté en matière de paludisme en zone rurale sénégalaise, résultats d'une étude dans douze villages du département de Mbacké*, thèse de pharmacie, Thèse de pharmacie, UCAD Dakar.
- LOUIS P.-J. [1997], «Problème de diagnostic de l'accès palustre», *Revue Malaria. Paludisme et maladies infectieuses en Afrique*, n° 7, p. 23-24.
- MARCH D. [1999], «La prise en charge du Paludisme sévère», *Revue Malaria. Paludisme et maladies infectieuses en Afrique*, juillet, n° 9 bis, p. 8-9.
- MAZER A., SANKALE M. (éd.) [1988], *Guide de médecine en Afrique*, Edicef.
- OMS [1995], *Lutte contre les vecteurs du paludisme et autres maladies transmises par des moustiques*, OMS, Séries de rapports techniques, n° 857.
- LOUDOT R. [1982], *Étude des campagnes de lutte anti-paludique et réflexion sur les causes d'échec de la politique d'éradication*, Thèse de médecine, Aix-Marseille.
- PATTERSON K.D. [1979], *Infectious Diseases in Twentieth-Century Africa: A Bibliography of their Distribution and Consequences*, Waltham, Crossroads Press.

- PATTERSON K.D. [1981], *Health in Colonial Ghana: Disease, Medicine and Socioeconomic Change. 1900-1955*, Waltham, Crossroads Press.
- PNLP [2001], *Plan stratégique pour faire reculer le paludisme au Sénégal 2001-2005*, Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP).
- RAMIANDRASOA P.M.M. [1980], *Évolution des notions sur l'épidémiologie du paludisme en Afrique de l'Ouest francophone de 1950 à 1980*, Thèse de médecine, Université d'Aix Marseille II.
- ROBERT V., MOLEZ J.-F., BECKER C. [1997], «L'évolution de la recherche et de la lutte contre le paludisme en Afrique de l'Ouest au XIX<sup>e</sup> siècle», in C. Becker, S. Mbaye, I. Thioub (éd.), *AOF: Réalités et héritages: sociétés ouest africaines et ordre colonial, 1895-1960*, Dakar, Archives du Sénégal, p. 1175-1186.
- ROCHER A. [1998], *Moyens de lutte contre les vecteurs de grandes endémies tropicales: paludisme, leishmanioses, trypanosomes africaine et américaine*, Thèse de Pharmacie, Université de Montpellier.
- SARR I. [1989], *Aide à la décision d'une chimiothérapie curative ou préventive devant un paludisme à Plasmodium falciparum*, Thèse de médecine, Université de Bordeaux.
- SECK B.D. [1968], *Étude sur la morbidité africaine urbaine dans le cadre d'un dispensaire périphérique à Dakar*, Thèse de Médecine, Dakar, Université de Dakar.
- SECK M.D. [1968], *Le service de lutte contre les grandes endémies du Sénégal*, Thèse de Médecine, UCAD Dakar.
- SOKHNA C. [2000], *Déterminants de la persistance et de la réapparition des infections à Plasmodium falciparum après chimiothérapie antipaludique*, Thèse de doctorat de troisième cycle, Faculté des sciences et techniques, UCAD Dakar.
- TARANTOLA D. [1973], *De l'hôpital de brousse à l'hôpital rural africain. À propos de l'activité du centre régional médical de Fada N'gourma, Haute Volta*, Thèse de doctorat de médecine, Université du Val de Marne, Faculté de médecine de Créteil.
- VINET J. [1954], *Contribution à l'étude du foie dans le paludisme chez l'Africain de Dakar*, Thèse de médecine, École de Santé Navale de Bordeaux.

## **L'apport de l'anthropologie à la mise en œuvre d'une politique de prévention: du vécu de la maladie à l'analyse du raisonnement préventif**

*Bernard Cherubini \**

L'anthropologue accepte de plus en plus les sollicitations qui peuvent lui être faites d'apporter sa contribution à un débat d'intérêt général sur les questions de santé. Depuis une bonne dizaine d'années, la mise en place des politiques de santé s'effectue en association de plus en plus étroite avec les échelons locaux de la santé publique, à la suite de consultations successives avec les partenaires professionnels et les publics concernés [Laurent-Beq, 1999]. On peut citer, par exemple, à La Réunion, l'organisation des États généraux de la santé de 1999 qui ont vu se succéder après un certain nombre de réunions d'un comité de pilotage: journées régionales sur le thème de «la santé pour tous» («Conditions sociales et accès aux soins et à la prévention»), journée nationale de clôture en avril, puis conférences nationales de santé en mars 2000, mais aussi l'organisation des sept Conférences régionales de santé qui ont été annuellement organisées par les DRASS entre 1995 et 2001 pour valider notamment des PRS (Programmes régionaux de santé). L'objectif est d'établir un «débat démocratique sur toutes les questions de santé» et de «créer une dynamique» autour de «l'appropriation par les citoyens des enjeux de la santé»<sup>1</sup>. Avec maintenant un peu de recul, on s'aperçoit que ces conférences aboutissent le plus souvent à la définition de grands objectifs et essentiellement à une programmation stratégique qui produit moins d'effets que prévus sur le plan opérationnel, faute de moyens financiers et de personnels spécialement formés pour mettre en application ces nouvelles orientations. En parallèle, ces réunions peuvent être l'occasion pour l'anthropologie de faire valoir un point de vue, une connaissance particulière des questions de santé, éventuellement une méthodologie d'enquête ou d'intervention qui peut prendre place, avec plus ou moins d'efficacité, dans les dispositifs classiques d'investigation, et plus particulièrement ceux qui sont concernés par

---

\* Maître de conférences d'ethnologie, ISPED (Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement), Université Victor Segalen Bordeaux 2 (346, rue Léo-Saignat 33076 Bordeaux cedex), bernard.cherubini@isped.u-bordeaux2.fr.

1. Extraits de la note accompagnant l'envoi des programmes de ces États généraux de la santé à La Réunion.

la prévention (études épidémiologiques, études des observatoires de la santé, informatique médicale, démographie médicale, études juridiques et économiques, etc.).

Les DOM (départements d'outre-mer) n'échappent pas à la règle, au nom de la continuité territoriale et de l'égalité républicaine qui doit se traduire ici par une participation active aux débats démocratiques de tous les «citoyens français» concernés par la politique nationale de santé. Et l'anthropologue, toujours plus conscient de la nécessité de promouvoir sa discipline dans les milieux professionnels qui peuvent plus particulièrement offrir des débouchés pour les apprentis anthropologues, participe toujours plus activement à ces activités. Il peut s'agir de comités d'organisation, d'animation de groupes de discussion et d'atelier, voire de participation concrète à des travaux programmés à l'issue de ces consultations, en particulier par l'intermédiaire des PRS. Nous nous sommes ainsi, dans ce cadre, investis à partir de 1994 dans la Programmation stratégique des actions de santé (PSAS), cadre d'intervention qui a précédé la mise en place des Programmes régionaux de santé (PRS), autour du diabète, sur la base d'un travail très ordinaire pour un anthropologue: effectuer ou faire effectuer des enquêtes ethnographiques auprès de patients diabétiques (en particulier par l'intermédiaire de structures d'aides aux patients), de personnes à risques (notamment autour de la question de l'obésité) ou de formes spécifiques de la maladie (par exemple le diabète gestationnel). La question principale qui était posée à l'anthropologue était celle de la méconnaissance de la représentation culturelle de la maladie et plus généralement de toute maladie chronique. Le «contexte socioculturel» réunionnais, celui du pluralisme ethnique, de la créolité (langue et culture créoles), de l'exclusion sociale et de la pauvreté dans certains milieux, faisait obstacle à la prise en charge du patient diabétique et au volet prévention que les acteurs de santé publique se proposaient de mettre en place. Les demandes et parfois des commandes<sup>2</sup> se multipliaient alors: rôle des femmes dans les comportements alimentaires, implication des modes de vie réunionnais, représentations sociales de la maladie, prévalence dans une ethnie particulière, non implication du réunionnais dans la prise en charge individuelle de la maladie, etc.

Nous aurions pu nous limiter à apporter des éléments de connaissance ethnologique dans chacun de ces registres. Mais l'intervention de l'anthropologue auprès de ces experts, à leur demande et à la suite d'échanges plus ou moins construits, nous permettait en même temps de situer les avancées enregistrées au niveau de l'émergence d'une nouvelle configuration sanitaire plus apte à prendre en charge les impératifs de la prévention. Ce travail anthropologique qui relève à la fois de l'anthropologie politique et de l'anthropologie des systèmes de santé nous permet d'analyser à la fois la relation entre le malade et son médecin, l'expérimentation d'une nouvelle forme de «démocratie sanitaire» et les rapports qui s'établissent entre les niveaux communautaires et institutionnels de la parti-

2. Exemple d'étude: PRS Diabète, activité n° 2, *Enquête sur les comportements alimentaires et le mode de vie des femmes réunionnaises âgées de 20 à 59 ans. Résultats de l'enquête anthropologique*, 1998 (étude réalisée par M. Roddier), 39 p.

cipation aux politiques de prévention. En effet, dans le domaine de la prévention qui nous intéresse ici plus particulièrement, encourager «l'appropriation par les citoyens des enjeux de la santé» (qui, comme on l'a vu, était l'un des objectifs des États généraux de la santé de 1999) conduit à s'interroger sur le rôle qui pourrait être dévolu à certains acteurs, à la population en général et aux représentants de certains groupes ou organismes plus particulièrement concernés par les dispositifs de prévention et d'amélioration de la prise en charge des patients. Cette direction nous a semblé intéressante à explorer, en suivant de près la mise en place de quelques actions entrant dans le cadre des politiques locales de prévention.

L'apport de l'anthropologie se situe alors plus au niveau de l'analyse des rapports qui s'établissent entre les équipes soignantes, les institutions en charge de la prévention et les populations concernées qu'au niveau de la stricte connaissance anthropologique de la maladie. Mais il n'y a aucune exclusive, ce qui signifie en particulier que nous avons continué à mener des enquêtes auprès des diabétiques réunionnais ou des personnes à risques, en particulier dans le cadre des recherches entreprises au sein d'un réseau régional de santé publique INSERM consacré à la prévention du diabète et de ses complications [Corbel, 2002]. Il faut en effet tenir compte des caractéristiques du système de santé à La Réunion, en particulier du pluralisme médical qui résulte de la présence de populations de différentes origines culturelles (Indiens de religion hindoue ou musulmane, Comoriens, Malgaches, Chinois, etc.)<sup>3</sup>, et partir d'hypothèses construites autour de l'applicabilité des politiques de santé dans le contexte réunionnais. Il s'agit en fait de questionner à la base les dispositifs d'intervention en prévention primaire et secondaire: les tâches professionnelles, la relation soignant-soigné, la sollicitation de la participation des sujets locaux, etc.; de voir comment le contexte de l'interculturalité affecte tout autant la pratique préventive quotidienne que la conception des programmes d'intervention.

Notre conviction était que l'approche anthropologique du diabète, centrée sur la maladie ou les comportements à risques, devait impérativement se doubler d'une anthropologie politique de la prévention, centrée sur le système de santé dans sa globalité (niveau global et niveau local) et sur «la culture de l'institution» qui oriente le «raisonnement préventif». Nous verrons dans un premier temps comment on peut situer ces préoccupations dans le champ de la santé publique et dans celui de l'anthropologie médicale. Dans un second temps, on s'intéressera de plus près à la problématique du diabète à La Réunion, aux points de vue et aux demandes qui sont formulés par les épidémiologistes et par

3. La population totale recensée par l'INSEE en 1999 est de 706 180 habitants (Recensement INSEE 1999), elle est estimée à environ 720 000 habitants en 2001. En l'absence de statistiques officielles concernant la répartition dite «ethnique» de la population réunionnaise, on évalue (notre propre estimation d'après différentes sources d'enquêtes) à 40 % la proportion des Créoles noirs et métis appelés communément «cafres», d'origine afro-malgache, à 23 % la proportion des créoles blancs dits encore «Blancs des hauts» ou «yabs», à 24 % celle des Indiens non-musulmans dits «malbars», à 3,5 % celle des Chinois, à 3 % celle des Indiens musulmans dits «zarabs» et à environ 6 % la proportion des «zoreils», des personnes de nationalité française.

les médecins de santé publique impliqués dans l'éducation et la promotion de la santé, en fonction de quelques «textes» de référence qui viennent orienter le raisonnement préventif<sup>4</sup>. On présentera en conclusion quelques orientations méthodologiques qui peuvent nous permettre de participer plus activement à cette réorientation des programmes de prévention.

## La prévention du diabète entre anthropologie et santé publique

La mobilisation des autorités sanitaires locales autour du diabète a été effective dès 1992, suite à une enquête de prévalence menée par la cellule épidémiologique du conseil général et le laboratoire de biologie du CHD (Centre hospitalier Dionysien) qui faisait apparaître un taux de 7,43 % dans la population de 18 ans et plus, soit environ 27000 à 29000 diabétiques dont un malade sur quatre qui ignorait son état de maladie. L'indice de surmortalité était 2,5 fois plus élevé qu'en métropole. Préférentiellement, le diabète atteint les femmes après l'âge de quarante ans. On souligne également l'importance de l'alcoolisme et de ses conséquences sur des diabètes par pancréatite chronique<sup>5</sup>.

L'échelon local du service médical de la Sécurité sociale avait par ailleurs mis en place un comité diabète pour faire face au problème de la surmédicalisation en 1994. Puis, la même année, ont été mis en place par la DGS (direction générale de la santé) des PSAS (Programmations stratégiques d'action de santé), cadre dans lequel nous sommes intervenus pour la première fois en juin 1995 sous la forme d'une proposition de recherche: une «anthropologie du diabète» présentée dans une perspective de santé publique, en liaison avec les approches épidémiologiques proposées [Cherubini, 1995]. Le modèle d'analyse proposé a été utilisé pour l'étude de ces situations d'acculturation qui mettent en jeu l'histoire de la migration et l'histoire de la maladie des Haïtiens en Guyane [Cherubini, 2002a, 2002b]. Il s'inspire de méthodes de travail utilisées en sémiotique de la culture: l'étude de la composante sémantique d'un langage naturel fait de signes et de symboles d'une identité que l'on cherche à cerner, de signes artistiques et esthétiques qui forment un système de communication où la structure de la langue n'est pas fixée d'avance, où la fonction informative est dévolue à la communication et non à la langue [Lotman et Ouspenski, 1980]. Il s'agit de prendre les principales caractéristiques des tableaux pathologiques comme objets esthétiques, pour retrouver les éléments du «cours de vie» (au sens donné par Alfred Schutz [1987] pour désigner la construction d'attentes typiques quant au comportement de l'Autre), mêlés à des reconstructions partielles ou arrangées de la culture locale, de l'univers magico-religieux et de l'organisation socio-familiale. Le patient met lui-même en scène ses luttes et ses conflits dans son environnement social immédiat (parenté, voisinage, réseaux sociaux) et dans son

4. On appellera «contexte», en référence à la linguistique, «tout texte auquel renvoie la lecture d'un texte ou d'un fragment de texte, quel que soit le mode de ce renvoi» [Borel, 1990, p. 173].

5. Enquête prévalence 1992 (CHD, Cellule d'épidémiologie du conseil général de La Réunion): 485 décès avec diagnostic principal de diabète entre 1988 et 1992.



système étiologique traditionnel. Il définit lui même son espace de la maladie. Il énonce des situations d'interactions quotidiennes à l'intérieur desquelles son identité est mise en scène. Cette identité est négociée à l'occasion de ces interactions, mais également lors des échanges qu'il peut avoir avec le médecin et différents intervenants dans l'espace thérapeutique.

À La Réunion, avec un diabète qui affecte 10 % de la population réunionnaise [Bazely et Catteau, 2001], la nécessité de mettre en place une étude épidémiologique a été rapidement affirmée. En effet, les actions de prévention en cours depuis un ou deux ans avaient été préparées en l'absence de données précises concernant les diabétiques connus et potentiels. Les diabétologues cliniciens souhaitaient par ailleurs connaître, eux aussi, l'ampleur du phénomène, à la fois sur le plan quantitatif et qualitatif. On supposait la prévalence supérieure aux chiffres jusqu'alors avancés. Le profil de risque devait être lui aussi affiné. C'est ainsi qu'une étude épidémiologique effectuée sur un échantillon de 3600 personnes âgées de 30 à 69 ans <sup>6</sup> a fait apparaître une prévalence supérieure à 11 % <sup>7</sup>, soit largement plus que les estimations avancées avant que ne commence l'étude (entre 5 et 10 %). Les inquiétudes des autorités se voyaient donc largement confirmées.

C'est dans ce contexte que nous avons participé, avec quelques chercheurs de notre jeune équipe (M. Roddier, G. Potier, F. Martinet), aux travaux du groupe de pilotage du PRS et des conférences régionales de santé. L'anthropologie est amenée à servir d'appui au raisonnement très médicalisé de la prévention du diabète avec pour objectif d'améliorer notre connaissance des facteurs de risque identifiés par la clinique et l'épidémiologie. On sait que le thème de la prévention est relié en santé publique à celui de l'épidémiologie clinique par l'intermédiaire des notions de risque et de contexte. Entre les facteurs de risque définis par la clinique, d'un point de vue biomédical (surpoids, obésité, hypertension artérielle, etc., selon le sexe et l'âge) et les facteurs de risque tels qu'ils sont perçus dans la population, vient généralement se glisser la notion de contexte culturel ou de contexte social (que je cite ici dans un sens donné en santé publique, indépendamment de la notion de contexte utilisée par la suite qui, elle, est inspirée de la sémiotique de la culture), une notion qui a par ailleurs une incidence directe sur la caractérisation de certains facteurs de risque, en particulier ceux qui sont dits «liés au mode de vie et à l'environnement» <sup>8</sup>.

6. Dossier de recherche clinique, année 1998, Épidémiologie clinique, diabétologie: REDIA – *Étude des facteurs cliniques et comportementaux liés au diabète et à son contrôle dans la population multiculturelle de La Réunion* (L. Papoz), Délégation à la recherche clinique du CHU de Montpellier.

7. Une prévalence globale (taux brut) de 11,9 % (430). Le diabète connu atteint 11,2 % des sujets âgés de 30 à 69 ans (taux ajusté sur la distribution d'âge de la population réunionnaise). La prévalence globale ajustée sur le sexe et l'âge dans la population (30-69 ans) est de 17,7 % (16,6 - 18,8 %) soit 55500 diabétiques sur un total de 307909 personnes de 30 à 69 ans au recensement INSEE de 1999 (source: INSERM U 500, Étude REDIA - Résultats principaux, décembre 2001).

8. En épidémiologie sociale, en particulier, on prend en compte, en plus des variables individuelles, des variables dites «de contexte», reflétant le contexte de l'environnement. M. Goldberg, M. Melchior, A. Leclerc et F. Lert [2002] parlent ainsi de contexte social à propos de variables désignant l'appartenance à une catégorie sociale et de contexte sociétal pour la prise en compte de l'agencement des catégories sociales

En anthropologie, on va considérer que le contexte culturel qu'il importe de prendre en compte est celui du pluralisme médical avec un système de santé qui est à la fois articulé à des savoirs traditionnels, trop rapidement réduits aux logiques propres qui organisent la médecine dite traditionnelle, et à un savoir médical, lui aussi abusivement réduit à la logique propre de la médecine occidentale [Benoist, 1993]. Or il est bien évident que cette dernière doit elle aussi faire l'objet de la recherche anthropologique. Sylvie Fainzang [2001, p. 8] nous rappelle avec insistance que l'un des paris de l'anthropologie médicale est de soumettre aussi la biomédecine à ses outils d'analyse, c'est-à-dire de «considérer le système biomédical, son discours et ses pratiques, comme n'importe quelle autre pratique populaire, comme n'importe quel objet exotique». Les approches socio-cognitives d'Aaron Cicourel [2002, p. 145], appliquées par exemple au «raisonnement médical», nous montrent parfaitement que «les diagnostics ne sont pas seulement complexes du point de vue cognitif, ils le sont aussi du point de vue social: ils impliquent le plus souvent de cerner et d'évaluer les opinions d'individus qui n'ont ni le même niveau, ni le même champ d'expertise».

On voit ainsi se développer et se reproduire toutes les liaisons, tous les fondements sociaux et culturels, toutes les valeurs qui sous-tendent l'action et l'intervention quotidienne des individus, des groupes, des communautés. La «recherche-action» développée autour de la prévention, telle qu'elle est souhaitée par les professionnels de la santé, pourra cependant être orientée immédiatement sur des essais d'intervention (comme l'information des publics diabétiques ou non diabétiques) et leur évaluation, en prévention primaire ou secondaire: en direction de personnes à risques ou de personnes hospitalisées. Il peut s'agir, par exemple, d'évaluer l'efficacité en prévention primaire (auprès de personnes à risques dans des quartiers où se mettent en place des actions santé), comme en prévention secondaire (auprès de diabétiques hospitalisés, dans le cadre d'une éducation nutritionnelle, etc.) des actions menées autour de l'équilibre de l'alimentation ou de l'activité physique, ce qui permet, en théorie, de tester directement l'hypothèse de «l'influence du mode de vie et des habitudes alimentaires locales»<sup>9</sup>. Pour toutes ces questions, il s'agit avant tout d'examiner la réactivité des populations face aux messages de prévention, leur compréhension des messages et les risques encourus en cas d'incompréhension, comme si le seul niveau d'interrogation acceptable était celui du comportement de la population. Il a paru rapidement évident que c'était l'ensemble du dispositif mis en place autour de la prévention du diabète qui souffrait d'une absence de réflexion de fond sur le contexte d'application des politiques de santé.

8. et de leur évolution. Le contexte culturel produit de son côté des facteurs de risque liés au mode de vie et à l'environnement. Voir aussi dans Chaix et Chauvin [2002]. Du point de vue de la sémiotique de la culture, on considère que les sujets locaux produisent leur propre contexte et sont produits par ce même contexte [Lotman, 1990]. Les professionnels de la santé sont des sujets locaux parmi les autres.

9. Je reprends ici la thématique de deux des projets retenus dans le cadre du R3SP (réseau régional de recherche en santé publique INSERM), coordonné par le Dr Favier (U 500): «Recherche-action pour la prévention du diabète de type 2 et de ses complications».

Cela veut dire, à notre niveau, que l'on ne peut pas réduire la demande de participation de l'anthropologie à une injonction du type: apporter une réponse précise en termes de «contexte culturel» à la bonne ou mauvaise diffusion des messages de prévention ou, encore, solutionner un problème de communication entre les professionnels de la prévention et la population locale («ils ne comprennent pas ce qu'on leur dit», «je ne comprends pas ce qu'ils me disent»). Plusieurs recherches autour du sida ont pu montrer les limites de cette relation d'implication: les logiques préventives issues d'une meilleure connaissance de la maladie se heurtent aux pratiques quotidiennes des différents acteurs, à l'incohérence de certains comportements par rapport au discours médical préventif [Fainzang, 1997]. Il faut donc prendre en compte le mécanisme de construction de cet espace (social) de prévention: le jeu des acteurs locaux, institutionnels, associatifs, autres; les relations de pouvoir à l'intérieur de ce système de santé; bref, tout ce qui concourt à faire de cet espace un espace politique (au sens anthropologique du terme). Le recentrage récent de la prévention et de la promotion de la santé sur «la participation citoyenne à toutes les décisions de santé publique» et sur «la participation des communautés aux programmes qui visent à créer des conditions favorables à la santé»<sup>10</sup>, est là pour nous le rappeler.

Sur le terrain, une telle pression se traduit le plus souvent par un retard constant au niveau de l'assimilation de ces multiples directives de santé publique et par un retour aux certitudes de la pratique quotidienne. Les «savoirs professionnels» du diabétologue, du néphrologue, du médecin de santé publique, tels qu'ils peuvent s'exprimer dans une pratique quotidienne construite au fil des demandes de réorientation des politiques de santé, sont le plus souvent des «énoncés d'observation», fruits d'une observation concrète sur le terrain, que l'anthropologue recueille sous forme de discours, que ceux-ci soient proférés lors de réunions institutionnelles (réunions de comités de pilotages, de groupes de travail) ou lors d'entretiens d'enquête sur un lieu de travail ou ailleurs (le discours d'un informateur). Par exemple, les médecins réunionnais peuvent formuler des options stratégiques comme faire remonter les informations de santé des enfants vers les parents, en faisant le constat que les plus jeunes sont plus «manipulables» car moins empreints d'habitudes traditionnelles, que ce sont eux qui font les achats alimentaires dans les petites «boutiques chinois» du quartier, surtout dans les milieux défavorisés [Roddier, 1995, p. 31]. L'anthropologue va ensuite analyser ces discours et essayer de resituer «la culture de l'institution» à travers «un processus qui exprime une cohérence globale» [Bellier, 1997], émettrice de ces énoncés, dans le contexte actuel de la prévention.

La question de savoir s'il est nécessaire de s'intéresser à la «mise en perspective sociologique de la façon dont il est parlé de la santé dans les discours

10. Voir, en particulier, la Loi du 4 mars 2002 (Chapitre IV: Politique de prévention). La promotion de la santé vise à rendre l'individu et les collectivités capables d'exercer un meilleur contrôle sur les facteurs déterminants de la santé. L'essentiel réside dans la participation effective du public à la définition des problèmes, à la prise de décision et aux activités mises en œuvre pour modifier ou améliorer les facteurs déterminants de la santé (d'après la Charte d'Ottawa, OMS, 1986).

éducatifs ainsi que dans la rationalité institutionnelle et politique propre aux promoteurs d'éducateurs pour la santé» [Bouchayer, 1984, p. 101] ne s'est pas trouvée posée uniquement depuis les récentes tentatives de revoir en profondeur les fondements et l'efficacité des politiques de prévention. La sociologie de la santé (par des travaux en l'occurrence ici très proches de l'anthropologie médicale) s'est intéressée, par exemple, au rapport des femmes au risque dans le domaine de la contraception pour découvrir que le risque perçu par les femmes n'est pas celui dont parlent les médecins<sup>11</sup>. Autrement dit, on a toujours fait le constat que la gestion du risque n'avait pas la même signification pour les éducateurs et pour ceux qui reçoivent leur message, mais on n'a que très rarement remis en cause l'approche rationalisée et la définition univoque du risque dans la plupart des discours «préventologues». Supprimer le risque a toujours consisté à «vaincre les résistances» [Bouchayer, 1984], donc à rendre plus efficace la diffusion des messages éducatifs. Le discours de l'anthropologue qui met en évidence une diversité de représentations et de pratiques socioculturelles doit trouver sa place dans ces actions qui visent à supprimer ces fameux risques.

Du point de vue de l'efficacité des politiques de prévention, ce ne serait donc pas tellement l'efficacité des messages qui compterait mais plutôt l'efficacité de la communication. Cette question du pouvoir de la communication [Winkin, 2001] est bien posée par Pierre Bourdieu [1997, p. 237]: comment transformer des «relations de forces brutes [...] en relations de pouvoir symbolique». Au niveau de ce que nous avons appelé «le raisonnement préventif», il s'agit de savoir comment enseigner les comportements de santé ou de prévention adéquats en les étendant à tous les aspects de la santé, par exemple, à partir de la connaissance des risques mais aussi de leurs déterminants psychologiques et sociaux. S'exprimant du point de vue de l'éducation du patient, Alain Deccache et Philippe Meremans [2000, p. 151] considèrent qu'il faut tenir compte du fait que l'on «vise plus à apprendre la maladie que la santé en n'excluant d'ailleurs pas l'autre, parce que l'on considère que le patient est une personne engagée volontairement dans une relation de soins avec un professionnel des soins».

Tout ceci explique que nos objectifs de recherche sont désormais plus centrés sur une anthropologie des systèmes et des politiques de santé, suivant en cela un cheminement qui est en partie guidé par l'évolution même des PRS: d'un besoin de connaissance de la pathologie et des modes de comportement, face à la maladie et à la prévention, à un besoin d'évaluation des politiques sanitaires et de l'efficacité des dispositifs de prévention<sup>12</sup>. C'est la crédibilité des projets et des propositions d'intervention qui est réexaminée à ce stade d'évolution du PRS. En

11. Travaux de M. Fellous, cités dans Bouchayer [1984, p. 98].

12. Mis en place en décembre 2001 dans le cadre des PRS de seconde génération (2001-2005): «l'objectif prioritaire reste la prévention de l'obésité par la promotion de l'équilibre nutritionnel et de l'activité physique [...] Le PRS s'opère dans une optique de développement de la prévention secondaire, en achevant les actions entreprises concernant l'obésité notamment et la surcharge pondérale chez l'enfant et chez l'adulte, le dépistage et le traitement précoce du diabète, l'organisation d'un système de soins coordonné et le développement de l'éducation thérapeutique du patient» (extrait de PRS – Diabète, *La lettre du PRS* 2, 2<sup>e</sup> trimestre 2002).

effet, on a vu que différents problèmes avaient été pointés, dès 1994, au niveau du PSAS dont une surmédicalisation qui se traduisait, en particulier, par un excès de diagnostic, par un recours trop fréquent à l'insuline ou encore une mauvaise connaissance des comportements liés à la chronicité, qui correspondait, entre autres, à une absence de réflexion sur la qualité de vie des patients. Le premier aspect, celui de la surmédicalisation, pouvait constituer une remise en cause de la pratique médicale et concerner le diagnostic, l'intervention des infirmiers libéraux et d'autres acteurs, l'hospitalisation, etc. Le second aspect, celui de la chronicité, ne paraissait pas constituer un problème en soi, au regard des difficultés rencontrées par les professionnels de la santé pour faire passer leurs messages de prévention ou d'éducation thérapeutique. Ces aspects sont très vite passés au second plan, au bénéfice d'une réflexion plus centrée sur le contexte culturel réunionnais que l'on va retrouver dans les prédispositions génétiques et environnementales, les aspects héréditaires, les comportements alimentaires et la sédentarisation de la population, présentés généralement comme étant à l'origine de la forte prévalence enregistrée à La Réunion.

## **Les fondements de la politique de prévention à La Réunion**

Les fondements socioculturels de la politique de prévention, par exemple la certitude de l'importance des comportements à risques et l'incertitude notoire qui prévaut dans l'appréciation de la variation interculturelle, servent donc de point d'appui à nombre de mesures prises au nom de la politique locale de santé publique. Le savoir médical est donc l'un des facteurs essentiels de l'appréciation des situations sanitaires et sociales. Pour l'anthropologie, il est indispensable de situer en termes de croyances et de système de croyance tout ce qui permet de faire fonctionner un modèle de prévention, donc en premier lieu le caractère empirique du savoir et du raisonnement médical qui oriente la prise en charge du diabète et les campagnes de prévention diabète au sein d'un PRS. Trois éléments paraissent ici essentiels : la façon dont les professionnels de la santé perçoivent la société réunionnaise, ses caractéristiques propres et son évolution ; la façon dont ils parlent de la relation soignant-soigné et, plus généralement, des comportements du Réunionnais dans une relation de soins ou de prise en charge préventive ; la façon dont sont évoqués les dysfonctionnements du système de santé.

### *L'origine et l'évolution de la société réunionnaise*

Très rapidement, l'ensemble constitué par les croyances et les pratiques traditionnelles, les comportements dits modernes du Réunionnais (nouvelles habitudes alimentaires, sédentarité, etc.) et une hérédité complexe et incertaine va se retrouver au centre d'un raisonnement médical puis d'un raisonnement préventif qui vont orienter les différentes campagnes de prévention et les différents modes de prise en charge. Citons, par exemple, ce que la première coordinatrice du PRS diabète a appelé un « constat sociologique », en fait (de son point de vue) une présentation sommaire des caractéristiques principales de la société réunion-

naise et du mode de vie réunionnais établi à partir d'enquêtes réalisées auprès d'allocataires du RMI<sup>13</sup>, sur les habitudes de consommation :

Il apparaît que 72 % des couples s'accordent des fantaisies alimentaires (salées/sucrées). Mais surtout plus la femme est jeune, plus elle cède à la gourmandise (83 % des femmes de moins de trente ans) [...] La multiplication des hyper et supermarchés, parallèlement aux boutiques de proximité, génère une véritable «fièvre acheteuse» (effets de la coca-civilisation). Une explosion du parc automobile qui a augmenté de 34 % dans les cinq dernières années contribue à favoriser et entretenir une sédentarisation d'apparition récente, la marche devenant réservée exclusivement aux formes de loisirs sous formes de randonnées. Enfin, la survivance des traditions culturelles (jeûnes, carêmes, ramadan, tisanes médicinales) se heurte au mode de vie occidental et particulièrement à ses exigences thérapeutiques (par exemple, crainte et rejet de l'insulinothérapie).<sup>14</sup>

On se retrouve ainsi, sans trop de nuances, avec une Réunion qui est devenue une société moderne, une société de consommation où l'on mange de plus en plus mal, par opposition à une Réunion traditionnelle, de l'ancien temps, où l'on marchait beaucoup, où l'on mangeait bien mieux: on est donc en présence d'un diabète «véritable maladie de civilisation». L'analyse est bien entendu simplifiée à l'extrême avec le souci évident de mettre au premier plan deux données essentielles de la politique de prévention: la lutte contre l'obésité et le développement des activités physiques.

Ce cas de figure a été fort bien noté par Dozon et Fassin [2001, p. 15]: c'est celui des «raisonnements culturalistes ordinaires». On est en attente «d'interprétations culturelles censées rendre compte des difficultés des actions sanitaires». Le problème est que l'on se défait difficilement de ces idées de départ. On le verra par la suite à travers les propos des médecins, diabétologues et épidémiologistes, qui, au fil des ans, poursuivent leurs actions de prévention sur la base des mêmes «constats sociologiques» [Michel, 2002]. Cela signifie, entre autre, que le contexte local, celui des «textes» de références sur lesquels viennent s'articuler les diagnostics médicaux et préventifs, est déterminant dans l'interprétation qui est faite des conduites à tenir en matière de prévention. En effet, on a plutôt tendance à imputer à la structure même des programmes et aux principes erronés de planification des services préventifs [Massé, 1995, p. 61], aux lourdeurs de l'approche technocratique [Loriol, 2002, p. 103], aux retards des institutions «par rapport au sens des pratiques que leurs objectifs induisent» [Hours, 2001, p. 18], le relatif immobilisme de la politique sanitaire. Notre hypothèse de travail est ici d'affirmer qu'il serait souhaitable de commencer par s'interroger sur le système de croyance qui oriente le raisonnement préventif, qui lui donne un sens, en particulier celui qui est à la base de l'élaboration des protocoles d'enquêtes épidémiologiques.

De ce point de vue, il est intéressant d'observer les raisonnements éducatifs et préventifs articulés sur les données épidémiologiques et qui partent donc d'un

13. *Études et synthèses* de l'ODR (Observatoire départemental de La Réunion), n° 20, 1994.

14. *Infostat*, n° 41, mars 1997 («Trois PRS pour La Réunion»), p. 3.

«raisonnement médical» forgé sur le terrain réunionnais, à l'issu d'un certain nombre d'enquêtes épidémiologiques<sup>15</sup>. Ainsi, pour Violaine Michel [2002, p. 9] qui a participé, à partir de 1999, au projet de mobilisation des acteurs à la structuration d'un réseau diabète à La Réunion confié à «Diabète Au Logis», le diabète de type 2 est

une maladie complexe dont on n'a pas bien défini la cause. Il existe une prédisposition qui associe facteurs génétiques et environnement (dont un mauvais équilibre alimentaire, une sédentarité). La part héréditaire est cependant importante. Lorsque l'un des parents est atteint, le risque pour les enfants serait de l'ordre de 30 % et d'environ 50 % quand les deux sont malades [...] certaines règles hygiéno-diététiques sont ainsi à encourager dès le plus jeune âge.

On apprend ainsi, dans la continuité de ce raisonnement, que l'île de La Réunion fait partie des «pays nouvellement développés»:

Il existe actuellement une forte prévalence qui augmente de manière significativement plus rapide dans les pays en voie de développement, notamment sur les continents africains et asiatiques, ainsi que dans les pays nouvellement développés comme l'île de La Réunion [...] sa prévalence augmente dans les pays industrialisés avec le vieillissement, la sédentarisation (l'augmentation des facteurs de risque en général), la fragilité des individus et le développement d'une obésité [Michel, 2002, p. 12].

Un tel raisonnement va privilégier, par exemple, une action d'éducation des jeunes en milieu scolaire, construite autour du facteur de risque «obésité infantile» et centrée sur l'activité physique, l'équilibre nutritionnel, le contrôle pondéral<sup>16</sup>.

De la même façon, une étude comme RECONSAL, mise en œuvre par l'équipe REDIA-INSERM et l'Observatoire régional de la santé (ORS), met en évidence, outre les influences classiques des variables socio-démographique et médicales bien connues, l'effet conjugué de l'absence d'activité sportive et d'une alimentation riche en lipides sur la présence d'une obésité abdominale. Cette étude pointe donc des pratiques (sédentarisation, modifications des comportements alimentaires) qui traduisent

l'évolution rapide des modes de vie qu'a subi notre île et qui définissent un contexte propice à la prise de poids et au développement de maladies liées à la nutrition. Mais cette situation n'est pas spécifique à La Réunion, elle est au contraire comparable à celles retrouvées actuellement dans d'autres régions françaises et d'autres pays occidentaux<sup>17</sup>.

Autrement dit, cette non spécificité de l'évolution des comportements alimentaires (même si l'étude montre que 93 % des personnes mangent du riz tous les jours et que 85 % des personnes interrogées consomment des «aliments cuits dans l'huile» tous les jours) et de la faiblesse de l'activité physique peut orienter

15. Enquête de l'URML-Réunion réalisée en 1997: *Étude transversale d'observation sur une population de 351 diabétiques âgés de 35 à 65 ans. Étude DIABCARE 2000* en collaboration avec l'OMS qui a porté sur 137 diabétiques: 93 de type 2 et 23 de type 1. *Étude REDIA (1999-2001)* sur un échantillon de 3600 personnes âgées de 30 à 69 ans.

16. Projet de l'association «Diabète Au Logis», une association créée en 1998: *Pour une action de prévention primaire de l'obésité et du diabète à La Réunion* (2001).

17. Extraits de la conclusion de l'étude RECONSAL (REunion CONSommation Alimentaire), réalisée à partir d'un échantillon de 1061 personnes de 18 ans ou plus, domiciliées à Saint-Pierre, au Tampon ou à Saint-André, de septembre 1999 à mars 2001.

la prévention primaire du diabète vers des modes d'intervention non spécifiques à la situation réunionnaise. Du côté des professionnels de la santé, on ne néglige pourtant pas le fait que «l'alimentation occupe une place forte au niveau identitaire», tout en considérant que «les grandes lignes des notions culinaires sont communes à l'ensemble du monde créole à La Réunion» [Michel, 2002, p. 46]. On s'orientera de préférence vers des actions éducatives primaires ciblées, par exemple au travers des programmes scolaires, avec le soutien des médecins de l'éducation nationale. Il existe ainsi un contexte institutionnel et organisationnel qui est prévu pour gérer les comportements de santé dans une démarche de soins et dans une démarche préventive largement orientée vers l'éducation du patient.

*Les comportements du Réunionnais,  
les demandes des patients diabétiques*

Le raisonnement préventif emprunterait en fait deux voies qui sont censées se rejoindre, en partant de deux points de vue: la perception professionnelle de la maladie qui part d'un raisonnement très médicalisé et les revendications des patients qui partent de leur vécu quotidien de la maladie. Quand la perception professionnelle de la maladie est mise en avant, c'est l'expérience que les médecins ont des patients diabétiques qui sous-tend la définition de la maladie et l'appréciation de la prise en charge. Ce vécu de la maladie, déduit des interactions entre personnels soignants et patients diabétiques, oriente l'ensemble du raisonnement préventif:

ils n'arrivent pas à comprendre que ça ne guérit pas, que ça va les suivre pour toujours [...] le diabète, c'est pas leur problème, la maladie, «c'est le docteur» [...] les médicaments sont pris de façon aléatoire, peu de malades sont bien équilibrés, pour eux, c'est la fatalité, et la sanction c'est l'insuline [...] ils ne s'impliquent pas, c'est l'assistance sous toute la ligne [Martinet, 1996].

À l'opposé, on peut relever dans la démarche des anciens adhérents d'une association dissoute en 1991, rencontrés à l'occasion de la préparation de la «journée mondiale du diabète» de 1995, un souci de promouvoir «le citoyen-diabétique»: son «autonomie», son «indépendance» et «l'égalité». Le patient souhaite devenir un partenaire actif du médecin. Mais on ne manquera pas de souligner la difficulté d'obtenir à la fois un statut de «malade» (qui requiert des soins) et un statut social «normal», sur des bases revendicatives qui touchent à la fois à la qualité des soins et à la qualité de vie [Martinet, 1996]. On comprend, au contact de la quotidienneté des patients diabétiques, que la gestion de la chronicité est au cœur de la «qualité de vie» du patient diabétique et que celle-ci relève des activités «normales», du «cours de vie».

La logique des malades et de la population locale, et la logique du discours médical peuvent ainsi se retrouver dans des situations où chacun est amené à négocier son identité: la population qui dispose de son propre registre de compréhension de la maladie, par l'intermédiaire d'associations de malades, d'individus ou de groupes, et le nutritionniste, le diabétologue, l'infirmier qui pos-



sèdent leur propre catégories culturelles (de prévention, de soins, etc.), au sein d'un modèle médical traditionnel fondé sur des catégories encore très prédominantes (taux de morbidité et de mortalité, etc.). Un second élément paraît en effet essentiel: la perception du diabète par les patients, par les personnes à risques, par la population en général fait l'objet de ce qu'Anselm Strauss [Baszanger, 1992] appelle une « négociation »<sup>18</sup> avec les personnels soignants et avec leur entourage. Et cette même perception fait à son tour l'objet d'une seconde « négociation » par les personnels soignants (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, etc.) avec les responsables des politiques de santé et avec les représentants des associations.

L'exemple du diabète est une bonne illustration de ce raisonnement. Le médecin généraliste et le clinicien demandent au patient diabétique de lui signaler les symptômes cliniques, de faire une surveillance clinique et biologique régulière, de prendre régulièrement son traitement et de suivre un bon régime. Donc, en quelque sorte, on lui « apprend la maladie » à travers le raisonnement préventif. Mais ce partenariat médecin-patient fait l'objet d'une négociation: le patient veut limiter sa responsabilité. Il exprime son extrême bonne volonté même lorsqu'il est pris en défaut (à la vue de symptômes indésirables, par exemple), il évoque un manque de temps, etc. Il implique les infirmiers dans la relation partenariale. N'oublions pas enfin que, pour le patient, « le diabète est une maladie nouvelle [qui] n'existait pas avant » [Martinet, 1996].

Les savoirs traditionnels continueront toujours à influencer les logiques propres des sujets locaux et l'expertise de ces derniers doit pouvoir trouver un espace d'expression, si l'on veut réellement améliorer les stratégies préventives. Par exemple, en ce qui concerne le choix de l'insuline, se pose le problème de la composition du produit: l'insuline semi-lente est d'origine porcine, l'insuline lente est d'origine porcine et bovine, les produits représentent donc des écarts au respect des prescriptions religieuses (musulmanes et hindoues essentiellement). Et il reste très difficile à démontrer pour le médecin que l'insuline « d'origine humaine » n'est pas du pancréas humain broyé mais un produit semi synthétique [Roddier, 1995, p. 35].

### *Le fonctionnement du système de santé*

La pré-enquête réalisée par Muriel Roddier [1995, p. 17-21] au moment de la mise en place du PRS diabète en 1995 fait ainsi apparaître quelques-unes des particularités de la situation réunionnaise. Par exemple, dès les premières réunions du comité de pilotage, on a insisté sur l'importance du coût des injections faites à domicile par le personnel infirmier, en raison principalement de la majoration de nuit appliquée par ces derniers qui est nettement supérieure au coût de

18. A. Strauss (textes réunis par I. Baszanger [1992] sous le titre *La trame de la négociation*) a développé une théorie de l'ordre négocié à partir de l'étude du fonctionnement d'un hôpital psychiatrique aux États-Unis: des accords se font sur la meilleure conduite à tenir pour le traitement des malades entre des interlocuteurs qui sont tous actifs dans la situation, du personnel administratif aux soignants en général. Mais, dans une situation où les professionnels dominent, les malades interviennent également dans le processus de négociation.

l'acte lui-même (environ quatre fois plus élevée); sur la mise d'emblée sous anti-diabétiques oraux avant toute tentative de régulation par la diététique ou sans attendre le résultat de celle-ci, ce qui constituerait un manque de confiance du médecin vis-à-vis de son patient quant au respect d'un régime alimentaire et à une sous-estimation de son désir de se prendre lui-même en charge. Il n'est pas bien sûr question de stigmatiser tel ou tel comportement d'un acteur dans une mise à plat du système de santé. Mais il faut constater tout de même que le «marché» de l'insulinothérapie représente plus de la moitié des actes réalisés en exercice infirmier libéral à La Réunion (58 % du chiffre d'affaire réalisé en 1994, selon la Caisse générale de sécurité sociale) [Roddier, 1995; Michel, 2002, p. 41]. Les infirmiers sont conscients de cette situation et rappellent par l'intermédiaire de leurs associations professionnelles, que l'éducation du diabétique fait l'objet d'une tarification depuis 1998. Ce serait donc bien, selon eux, aux médecins d'intervenir à bon escient.

L'enquête réalisée par Fabienne Martinet [1996, p. 56-60], notamment les entretiens effectués auprès de cinq médecins généralistes, fait d'autre part apparaître ce qu'il est possible d'appeler «le schéma biomédical idéal du diabétique»: le patient diabétique est un malade qui nécessite une surveillance clinique et biologique régulière, le diabète est une maladie qui nécessite un régime et un traitement spécifiques. Cette maladie peut évoluer vers des complications si l'équilibre biologique n'est pas satisfaisant. Il s'agit d'une maladie qui s'explique et pour laquelle on préconise une prévention, une éducation, une implication du malade, une prise en charge personnelle et des habitudes alimentaires particulières. Face à ce schéma idéal, le diabétique est présenté comme un mauvais partenaire dans cette prise en charge: «le diabète c'est tellement chronique, c'est casse-pied», «ils ne font pas d'effort, un chiffre ça leur suffit», «leurs complications, ça c'est très difficile. Ils ne posent pas de question, on dirait que ça les indiffère», etc. On perçoit donc également, à ce niveau, la présence de «raisonnements culturalistes ordinaires».

De son côté, Marianne Corbel [2002], qui a récemment effectué des enquêtes à La Réunion (de mars à mai 2002 dans le cadre du réseau régional de recherche en santé publique INSERM), a observé une faille majeure dans les actions de prévention: celle du manque de communication au sein des familles. Il faudrait que les messages de prévention soient discutés et débattus ou expliqués et réexpliqués au sein de chaque cellule familiale, afin de dépister ou d'enrayer des processus de diabète ou de surpoids déjà installés. Rappelons alors que le Haut Comité de Santé Publique (HCSP), dans son rapport de mai 1998, a préconisé que la prise en charge soit effectuée «en serrant au plus près la vie quotidienne» et qu'elle intègre les milieux associatifs. Le HCSP a fait observer que

les messages, tels qu'ils sont par exemple diffusés par les médias, supposent en effet trop souvent un destinataire passif et ignorant. Il importe au contraire de créer des lieux capables d'accueillir les demandes précises des patients et d'apporter une écoute et une réponse non limitée aux objectifs de soins<sup>19</sup>.

19. Rapport du groupe de travail «Diabètes: prévention, dispositifs de soin et éducation du patient», mai 1998.

## Conclusion: pour une approche anthropologique de la prévention

L'approche proposée part ainsi de la culture, prend en compte les contextes, et étudie la construction du sens de la maladie, l'expérience de la maladie, en tant que fait de santé, c'est-à-dire en tant que s'inscrivant dans un contexte socioculturel et sociopolitique beaucoup plus large, celui du fonctionnement global des systèmes de santé. À travers les énoncés, on découvre les connexions de l'espace thérapeutique et de l'espace de la maladie avec l'espace social (réseaux de prise en charge, conditions socio-économiques des patients, milieux familiaux, influence des politiques de santé, etc.), tout ce qui, à notre avis, constitue un espace (que l'on pourrait qualifier d'anthropomédical) à l'intérieur duquel le sujet local va venir exprimer son identité.

L'anthropologue n'a d'autre solution que d'enquêter auprès de ces sujets locaux qui détiennent des savoirs particuliers que l'on nomme «connaissance locale» [Lotman, 1990]. On ne peut raisonner que sur des énoncés en situation qui sont autant de façon de mettre en ordre l'univers culturel d'une communauté, le sens commun, les différentes catégories qui s'enracinent dans la quotidienneté, dans des expériences pratiques et culturelles. Il est donc très difficile, voire impossible, de traiter la question du vécu de la maladie ou du discours sur la maladie (entretiens auprès de personnes à risques, en population générale, etc.), à travers une série de réponses à des questions fermées, correspondant au passage d'un questionnaire unique auprès d'un échantillon dit représentatif de population, même si les réponses apportées par l'intermédiaire de ces questionnaires peuvent être effectivement des «réponses quantitatives et qualitatives» sur les «aspects culturels du comportement (représentations, connaissances)» et sur le «contrôle de la maladie (observance des traitements, alimentation, poids, glycémie)»<sup>20</sup>.

On a vu que ce qui doit être observé ici c'est la production d'un espace de santé recentré sur la prévention et sur la participation des populations aux actions de santé. Ce secteur de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, auquel il faut rattacher l'éducation du patient et l'éducation thérapeutique, n'est pas suffisamment investi par la recherche anthropologique<sup>21</sup>. Il s'agit pourtant d'un secteur qui permet d'articuler assez directement la diversité des cultures médicales et la diversité des cultures professionnelles qui s'engagent dans des démarches de prévention [Colson, 2001]. La logique du «raisonnement préventif» doit être analysée à travers l'observation attentive de différentes actions de santé

20. Les citations entre guillemets sont extraites du rapport intermédiaire de L. Papoz (U 500): Étude REDIA, 15 mai 2001. Ce type de contrainte («la priorité absolue à la quantification des diverses composantes des comportements étudiés») a déjà fait l'objet de remarques méthodologiques de la part de Michel Giraud [1997, p. 75-76], à l'occasion de la mise en place de l'enquête ASCAG aux Antilles et en Guyane françaises.

21. Rappelons par exemple que lors du colloque de Nancy de 1990 consacré à la prévention, on situait simplement l'apport de l'anthropologie au niveau d'un «manque de données sur la prévention dans les pratiques quotidiennes, sur les différences et les conséquences d'une société à l'autre» [Aïach, Bon et Deschamps, 1992], Sylvie Fainzang, dans ce même ouvrage, rappelant avec pertinence que la prévention est «une catégorie que ne peut manier l'anthropologue qu'en fonction du contenu que lui confèrent les différents groupes qu'il est amené à étudier» (p. 18). Nous proposons par conséquent d'étendre l'analyse au contenu qui est donné, par les professionnels de la santé, à la prévention.

qui sont nécessairement marquées par «la culture de l'institution». Irène Bellier [1997, p. 132], qui a travaillé dans le secteur de la décision politique et technocratique (à partir de terrains effectués à l'École nationale d'administration et à la Commission européenne), explique fort bien que l'institution peut être le foyer d'une culture singulière que l'on peut considérer comme une «sous-culture», définie par «un certain environnement, une apparente homogénéité ou une capacité à intégrer différentes cultures». Notre objectif serait alors de vérifier que les différentes actions conçues au titre de la promotion et de l'éducation pour la santé sont véritablement relayées sur le terrain en terme d'action sociale. Quelques enquêtes sont actuellement en cours dans l'est (Sainte-Rose), le sud (Saint-Joseph) et le nord (Saint-Denis) de La Réunion, portant toutes sur l'opérationnalisation des politiques de santé dans un contexte réunionnais, avec pour objectif d'observer la mobilisation des agents de promotion de la santé et de développement local auprès de la population et de réévaluer la conception des dispositifs d'intervention. Cette recherche devrait nous informer concrètement sur l'applicabilité ou non de certaines politiques de santé dans des milieux qui ne sont pas particulièrement préparés à être associés à des actions de promotion ou d'éducation pour la santé.

## BIBLIOGRAPHIE

- AÏACH P., BON N. et DESCHAMPS J.-P. (éd.) [1992], *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Vandoeuvre-lès-Nancy, Presses universitaires de Nancy.
- BAZELY P. et C. CATTEAU [2001], «Maladies infectieuses et problèmes sociaux dans les DOM», *Antiane*, n° 50, octobre, p. 24-25.
- BELLIER I. [1997], «Une approche anthropologique de la culture des institutions», in M. Abeles et J.-P. Jeudy (éd.), *Anthropologie du politique*, Paris, Armand Colin, p. 129-160.
- BENOIST J. [1993], *Anthropologie médicale en société créole*, Paris, PUF.
- BOREL M.-J. [1990], «La schématisation descriptive: Evans-Pritchard et la magie Zandé» in J.-M. Adam, M.-J. Borel, C. Calame et M. Kilani (éd.), *Le discours anthropologique*, Paris, Méridiens-Klincksieck, p. 169-226.
- BOUCHAYER F. [1984], «Les logiques sociales des actions en éducation pour la santé», *Sciences Sociales et Santé*, vol. II, n° 3-4, p. 77-103.
- BOURDIEU P. [1997], *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil.
- CHAIX B. et CHAUVIN P. [2002], «L'apport des modèles multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale: une revue de littérature», *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n° 50, p. 489-499.
- CHERUBINI B. [1995], «L'espace anthropomédical du patient diabétique: un modèle pour l'approche anthropologique des faits de santé», in *Forum-débat «Mutations sociales et recherches en sciences humaines et biomédicales à La Réunion» (La science en fête, 7-8 octobre 1995)*, Saint-Denis, CORI-INSERM.
- CHERUBINI B. [2002a], *Interculturalité et créolisation en Guyane française*, Paris, L'Harmattan et Saint-Denis, Universitè de La Réunion.
- CHERUBINI B. [2002b], «Santé et immigration haïtienne en Guyane: survivre dans une société urbaine des «Amériques noires» dans les années 1980», *Bastidiana*, n° 39-40, juillet-décembre, p. 131-153.

- CICOUREL A. [2002], *Le raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris, Seuil.
- COLSON W. [2001], «Endiguer la percée du diabète de type 2», *Patient care*, juillet, p. 21-22.
- CORBEL M. [2002], *Compte rendu d'une enquête ethnologique sur les représentations du diabète, du corps et de la santé chez des diabétiques et des individus «à risque» à l'île de La Réunion*, Saint-Denis, CIRCI, Université de La Réunion, octobre 2002 (rapport de recherche).
- DECCACHE A. et MEREMANS P. [2000], «L'éducation pour la santé des patients: un carrefour de la médecine et des sciences humaines», in B. Sandrin-Berthon (éd.), *L'éducation du patient au secours de la médecine*, Paris, PUF, p. 147-167.
- FAINZANG S. [1997], «Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades», *Sciences Sociales et Santé*, vol. 15, n° 3, p. 5-23.
- FAINZANG S. [2001], «L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales: récents développements et nouvelles problématiques», *Sciences Sociales et Santé*, vol. 19, n° 2, p. 7-27.
- FASSIN D. et DOZON J.-P. (éd.) [2001], *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- GIRAUD M. [1997], «Entre particularités épidémiologiques et spécificités culturelles: l'enquête sur les comportements sexuels aux Antilles et en Guyane françaises (ASCAG)», *Sciences Sociales et Santé*, vol. 15, n° 4, p. 73-93.
- GOLDBERG M., MELCHIOR M., LECLERC A. et LERT F. [2002], «Les déterminants sociaux de la santé: apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé», *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20, n° 4, p. 75-128.
- HOURS B. (éd.) [2001], *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala.
- LAURENT-BEQ A. [1999], «Éditorial. Les forums-citoyens: une contribution à la "démocratie sanitaire" ?», *Santé Publique*, vol. 11, n° 1, v. 3-4.
- LORIOU M. [2002], *L'impossible politique de santé publique en France*, Renouille Saint-Agne, Éditions Érès.
- LOTMAN I. et OUSPENSKI B. [1980], *Sémiotique de la culture russe*, Lausanne, L'Âge d'homme.
- LOTMAN I. [1990], *Universe of the Mind, A Semiotic Theory of Culture*, Bloomington, Indiana University Press.
- MARTINET F. [1996], *La construction sociale négociée du diabète à La Réunion*, Saint-Denis, Université de La Réunion (mémoire de maîtrise d'ethnologie).
- MASSÉ R. [1995], *Culture et santé publique*, Montréal, Gaëtan Morin.
- MICHEL V. [2002], *Prise en charge du diabète sucré de type 2 à La Réunion: de la mobilisation des acteurs à la structuration d'un réseau*, Bordeaux, Université Victor Segalen Bordeaux 2, UFR Sciences médicales (thèse pour l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine).
- POTIER G. [1996], *Le diabète chez la femme enceinte à La Réunion*, Saint-Denis, Université de La Réunion (mémoire de maîtrise d'ethnologie).
- RODDIER M. [1995], *Le diabète sucré à La Réunion: une pré-enquête auprès des acteurs de santé publique et des patients diabétiques*, Saint-Denis, Université de La Réunion (mémoire de DEA de Lettres et sciences sociales, option anthropologie).
- RODDIER M. [1999], *Le diabète entre culture et santé publique. Approche anthropologique du diabète de type 2 à La Réunion*, Saint-Denis, Université de La Réunion (thèse de doctorat en anthropologie).
- SCHUTZ A. [1987], *Le chercheur et le quotidien*, Paris, Méridiens-Klincksieck.
- STRAUSS A. (textes réunis par I. Baszanger) [1992], *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan.
- WINKIN Y. [2001], *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*, Paris, Seuil et Bruxelles, De Boeck.



## **De l'intime au politique: le sida en Afrique, un objet en mouvement**

*Fred Eboko \**

Pour Karl Popper, deux grandes logiques déterminent les chemins de «la découverte scientifique». Il s'agit de «la logique de la découverte» d'une part et de «la logique de la preuve» [Popper, 1973], d'autre part. La première relève davantage des concours de circonstances qui essaient les pas du chercheur vers le choix de l'objet de ses investigations. La deuxième logique consiste à rendre compte de manière organisée des fruits de la recherche proprement dite. Dans les sciences sociales, il est moins question de «preuve» que de démonstrations et d'argumentations qui visent à mettre à l'épreuve des hypothèses formulées au commencement du travail. De manière générale, les travaux publiés se concentrent essentiellement sur cette seconde dimension du travail qui pourrait suffire à l'avancée des connaissances dans un domaine établi. L'objet du présent article consiste à donner à voir les deux aspects du travail, de telle sorte que les hasards et les choix de la «logique de la découverte» puissent éclairer «la logique de la preuve». Cette confrontation du hasard – très relatif – et de la nécessité – très aléatoire – se situe dans le contexte d'une recherche menée sur la question du sida en Afrique, à partir et autour d'exemples camerounais.

Certes arrimée à la science politique, cette recherche a connu de longues escapades du côté de la sociologie et de l'anthropologie. Les raisons de ces voyages académiques méritent d'être interrogées, autant que l'expérience empirique qui leur donne leur sens et leur justification, au-delà des discours entendus sur «l'interdisciplinarité».

Les interrogations épistémologiques de cette recherche peuvent se résumer ainsi: comment étudier en science politique une politique publique en l'absence de travaux politologiques sur la question? Qu'est-ce qui explique le choix du sujet et les emprunts empiriques qui ont nourri la recherche? Autrement dit, comment mettre à profit des questions politistes qui ont été posées par des anthropologues? Comment bénéficier de la transgression nécessaire effectuée

---

\* Chargé de recherche, politologue, IRD, UR «Socio-anthropologie de la santé», 32, rue Henri Varagnat, 93143 Bondy cedex, eboko@bondy.ird.fr.

par les anthropologues? En effet, appelés en renfort de la biomédecine pour appréhender des «cultures» face au sida, ils en sont revenus avec des escarcelles remplies de problématiques de rupture d'avec le «culturalisme» [Vidal, 1995] ou avec des perspectives critiques d'anthropologie politique [Fassin et Dozon, 2001]. De quelles logiques historiques et contextuelles relèvent ces faits?

Penser des réponses provisoires à ces questions (hypothèses) correspond à la mise en lumière des avancées décisives induites par l'anthropologie du sida dans le champ des sciences sociales portant sur l'Afrique. La science politique est appelée à s'en servir pour instruire de nouvelles dynamiques dans l'analyse des politiques publiques qui ont concerné majoritairement les pays du Nord. Entre une perspective classique d'étude déductive des politiques publiques (des commanditaires jusqu'aux récipiendaires, en passant par les groupes intermédiaires) d'une part et une approche inductive menée par les anthropologues (des acteurs impliqués jusqu'à la critique de la conception verticale des politiques de lutte contre le sida) d'autre part, se dessine l'interstice dans lequel cette recherche a puisé son originalité épistémologique, ses vertus analytiques et, aussi, ses limites heuristiques. Il n'est pas aisé de tracer des sillons à travers des champs occupés par des démarches riches mais séparées. D'où le défi de ce travail et la nécessité d'être soumis au regard de la critique pour ouvrir avec des armes encore mieux affûtées les frontières entre socio-anthropologie du sida et le courant de la science politique spécialisé dans l'étude de l'action publique <sup>1</sup>.

La notion de Sujet – propre jusqu'ici à une sociologie «occidentalo-centrée» – ne serait-elle pas susceptible de rendre compte de la volonté (souvent contrariée) des individus en Afrique d'être les principaux acteurs des décisions qui engagent leur survie? N'est-ce pas une définition suffisamment ambivalente pour décrire les nœuds de contradictions des trajectoires individuelles qui se déploient sous des influences internationales, des stratégies de «big men» de la biomédecine et des vicissitudes de l'intimité? N'est-ce pas un moyen pour appréhender et distinguer ce qui révèle le poids des desseins collectifs sur la vie des individus – notamment les personnes vivant avec le VIH/sida – de ce qui relève de la promotion individuelle et de la tentative de défense des identités dont la plus simple est explicitement confrontée à la maladie, à savoir la vie? Cette démarche du Sujet qui emprunte les chemins de l'altérité, sans laquelle il n'y a pas de «Sujet» [Wieviorka, 2000], ne constitue-t-elle pas un moyen de réinterroger les principes méthodologiques d'une anthropologie classique, davantage encline à privilégier l'inscription de la personne dans des groupes socialement prescrits?

1. À notre connaissance, nous avons présenté la première thèse de science politique en France consacrée à la question du sida en Afrique.



### Entre désirs personnels et rencontres décisives: les aléas du choix de l'objet

Bien qu'étant rattaché en tant que doctorant au CEAN de l'Institut d'Études Politiques de Bordeaux, c'est par le biais de notre laboratoire d'accueil «Sociétés, Santé, développement» que s'est effectuée notre première mission sur le terrain à la fin de l'année 1995. Cette double appartenance académique expliquera aussi les orientations et la problématique de la thèse, entre science politique et socio-anthropologie. Notre projet de thèse devait porter sur la problématique de l'intégration sociale des jeunes en milieu urbain, dans une période de crise drastique au Cameroun. Sujet vaste et certainement trop large dans sa formulation, la première inspiration vers la question du sida est venue de Michèle Cros, anthropologue et enseignante à l'époque à l'Université de Bordeaux 2. Elle nous a suggéré d'appréhender d'abord l'objet sida comme une «clé» susceptible de mieux appréhender ce qui nous intéressait au premier chef, les jeunes en milieu urbain et ensuite de contacter l'anthropologue Claude Raynaut. Quelques années auparavant, cette incitation à travailler sur le sida semblait déjà se heurter à un mur plus ou moins inconscient sur lequel M. Cros eut l'inclination pédagogique de mettre des mots. En effet, M. Cros [1996] relevait que le sida représentait pour des étudiants un enjeu symbolique et un risque psychologique peu aisés à assumer à travers des mémoires de second ou de troisième cycle universitaire. Puis, le relais effectué et organisé par M. Cros vers Claude Raynaut fut décisif. Sous sa co-direction et l'accueil de son laboratoire, notre recherche fut mise sur les rails. Un article a porté les germes du déclic qui nous a permis de nous nourrir des interrogations anthropologiques pour aller, *in fine*, interroger la science politique. Il n'est pas innocent que ce texte consacré aux malades rwandais soit issu du premier ouvrage de synthèse sur les sciences sociales françaises et le sida en Afrique [Dozon et Vidal, 1995] d'autant que le hasard de sa lecture, en 1995, donnait au texte (écrit avant le génocide tutsi) une envergure symbolique significative, entre le trouble privé et une double tragédie historique.

Une phrase, une explication résume bien ce passage, cette nouvelle conviction que notre sujet (les jeunes) ne perdrait pas en acuité en épousant la problématique du sujet, bien au contraire. «L'épidémie de sida joue en Afrique vis-à-vis des dynamiques du changement social, le rôle de révélateur et d'agent» [Raynaut et Muhongayire, 1995]. C'est sur cette base que fut réorienté notre projet de recherche qui fut présenté rapidement à Claude Raynaut en vue d'une intégration dans son laboratoire comme structure d'accueil. De la première mission (décembre 1995-février 1996), à la soutenance (décembre 2002), il fut question de voyages disciplinaires (socio-anthropologie, science politique), de progression problématique (de l'intime au politique) et de déplacements vers le Cameroun en mutation qui passait des terrains faciles d'une enfance défunte à l'objet des professions épidémiologiques, et d'errances sociales et politiques au temps du sida.

## **Le contexte camerounais des années 1990: crise de l'État et progression de l'épidémie de sida**

Le Cameroun s'est illustré par quelques particularités et paradoxes. Dans les années 1980, alors que les pays d'Afrique centrale, notamment ceux des Grands Lacs, connaissaient une expansion très forte de la pandémie du sida, le Cameroun, comme le Nigeria, passait pour un «miraculé». En effet, en 1988, les estimations de la séroprévalence au VIH/sida mentionnaient un taux de 0,5 % au sein de la population générale. Par ailleurs, le premier comité de suivi du sida s'y était constitué dès 1985, quelques mois avant que le premier cas ne soit officiellement diagnostiqué. Deux ans plus tard, les directives du Global Program on Aids (GPA) de l'OMS étaient suivies de la mise en place du Programme national de lutte contre le sida (PNLS). De symposiums en réunions, le Cameroun manifestait aussi officiellement ses préoccupations vis-à-vis de la pandémie en organisant la VII<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida en Afrique (CISA) à Yaoundé en 1992.

En ces années 1990, les rapports des institutions internationales et les études économiques sur le Cameroun notaient que ce pays détenait le record du pays qui s'était le plus appauvri en Afrique entre 1985 et 1993, avec des croissances négatives de -6 % par an en moyenne pendant cette période. Les taux de séroprévalence quant à eux suivaient un rythme tout aussi soutenu: de 0,5 % en 1988, ils atteignaient 5,5 % dès 1994<sup>2</sup>. Entre une crise économique sans précédent et une expansion rapide de l'épidémie de sida, les questions qui se posaient alors avant notre première mission relevaient autant de la science politique que de la socio-anthropologie: comment un État en crise et soumis aux Programmes d'ajustement structurels (PAS) s'organisait-il pour structurer des réponses contre le sida? Comment les jeunes citadins vivant dans des villes frappées par une paupérisation sévère percevaient cette maladie?

### **Des jeunessees privées de sens face à un virus insensé<sup>3</sup>**

#### *Premiers terrains: la soumission à un paysage en mutation*

Le contexte de notre premier terrain s'est accompli sur le mode de ce que G. Balandier nommait «la soumission au paysage sociologique» dans son *Afrique ambiguë*. En effet, il s'est agi d'atterrir dans un pays dont nous avons déjà noté la brutalité de la crise économique en ces années 1990 [Hugon, 1996]. Cette dépression économique s'est accompagnée de profondes modifications des principales instances de socialisation (la famille, l'école et le monde de l'emploi), d'une «transition politique» chaotique [Courade et Sindjoun, 1996; Mehler, 1997] et surtout d'un délitement inédit de l'État démiurge et des repères axiolo-

2. Ce taux est estimé à 12 % environ en 2002.

3. L'expression «virus insensé» est utilisée ici pour exprimer la contradiction vécue par les jeunes entre le mode principal de transmission du virus (la sexualité), l'évolution lente de la maladie et l'image «brutale» du slogan le mieux «reçu» à l'époque: «le sida tue!» [Eboko, 2000].

giques. La monétarisation des rapports sociaux et les sexualités de crise (rapports prostitutionnels, polyandrie et polygamie officieuses) semblaient les éléments les plus manifestes de ce que Georges Courade a baptisé plus tard *Le désarroi camerounais* [2000].

Partant du constat que plusieurs enquêtes avaient déjà été réalisées dans les «lieux institutionnels», en particulier dans les établissements scolaires et les universités, j'ai souhaité travailler au départ sur des espaces moins «formels». J'ai donc entrepris une enquête de «jour et de nuit», à commencer par le quartier Messa dans lequel j'ai vécu tout au long de mon séjour. Lieu de résidence d'une «classe moyenne» avec une jeunesse fortement scolarisée jusqu'à cette époque des années 1990, Messa est aussi le lieu où se lit le déclassement des catégories intermédiaires de la fonction publique qui occupent en majorité cette cité. C'est donc dans un contexte de très forte intégration urbaine et de crise économique que mon investigation a commencé. Cette intégration comprend le sport mais aussi «l'école», puisque ces catégories sociales proches de la fonction publique sont de celles où la réussite scolaire a été érigée en «dogme» de l'insertion professionnelle et de la mobilité sociale.

En plus des entretiens collectifs, j'ai pratiqué plusieurs entretiens approfondis avec des jeunes de 15 à 30 ans. J'ai reconduit mon investigation dans les boîtes de nuit en essayant d'interroger in situ les acteurs de la nuit sur le rapport au préservatif, les conditions dans lesquelles ils y avaient recours ou l'inverse. Je proposais ensuite à mes interlocuteurs avec qui la discussion avait été possible de les revoir le jour pour des entretiens plus formels. Ceux-ci concernaient des récits de vie et nécessitaient de se rencontrer plusieurs fois. Dans ces circonstances, j'ai pu effectuer des dizaines d'entretiens avec certains interlocuteurs, garçons et filles et, suivant les liens qui se nouaient, certains d'entre eux venaient s'entretenir avec moi, davantage sur le ton des confidences que de celui de l'entretien stricto sensu; tout en sachant que ces échanges nourrissaient mon travail. Ce fut par ailleurs un des premiers enseignements de cette mission exploratoire: l'intérêt que les jeunes manifestaient pour la question du sida, et leur volonté d'en parler librement. Un séjour à Douala a permis de confirmer cette tendance, dans un univers où les discours officiels et officieux tendaient surtout à parler de déni. La première hypothèse de la déconnexion entre les discours officiels et les attentes des jeunes est née dans ce contexte, grâce à ce «tabou du sida» qui n'en était pas un. Il semblait y avoir davantage la représentation d'un «tabou» que chacun prêtait aux autres dans une configuration où chacun disait avoir conscience du problème tout en stigmatisant le déni des «autres». Le second volet de la mission a consisté à rencontrer les responsables de la lutte contre le sida et à récolter les documents et rapports concernant leur activité. Par la suite toutes les missions se sont déroulées dans ce va-et-vient entre les institutionnels (locaux et internationaux), d'une part, et les jeunes, d'autre part.

Cette première mission a été décisive pour formuler l'hypothèse de la «déconnexion» entre les dynamiques de l'intégration juvénile et les politiques qui leur étaient destinées, notamment celles qui étaient édictées à l'OMS et

relayées par le Comité national de lutte le sida (CNLS). À l'issue de ces deux premiers mois de terrain, nous avons pu proposer une lecture portant sur «l'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida» [Eboko, 1996]. Dans le cadre du Programme sida de l'ex ORSTOM, Marc-Eric Gruénais a intégré notre étude, en 1997, dans une recherche multicentrique intitulée «Organiser la lutte contre le sida en Afrique: une problématique État/société civile» [Gruénais, 1999]. Notre travail a alors connu un enrichissement important puisque les dix mois de rattachement – dont sept sur le terrain – ont permis d'appréhender le passage de la problématique du Sujet vers «l'action collective», en envisageant les modalités de la vie des associations de lutte contre le sida, comme nous le verrons plus loin.

Les autres missions de terrain ont été menées autour d'un ultime projet<sup>4</sup> qui nous permis d'accentuer la réflexion sur les mobilisations collectives et les destins individuels des jeunes dont l'hypothèse de recherche voulait qu'ils dessinent la figure ambivalente d'un «désir»: celui de l'individu de devenir un acteur autonome, c'est-à-dire un «sujet» [Dubet et Wieviorka, 1995; Dubet, 1994; Touraine, 1994]. Ce dessein reposait sur la double question de l'intégration sociale et de la sexualité, sur la double ambivalence de l'identité intime et de la promotion sociale, avec les variantes liées au genre, aux aspirations, aux statuts sociaux et, enfin, à la proximité et/ou à l'éloignement d'avec les lieux de ressources générées par la lutte contre le sida.

### *Le sujet est un désir: intimité, altérité et sécurité*

Un des préceptes les plus entendus pendant la décennie des années 1990 concernant le sida en Afrique portait sur «la vulnérabilité» de certains groupes, qui faisait suite à celui sur la construction sociale des «groupes à risque» [Delaunay, 1999; Vidal, 1999]. Les «jeunes» et surtout «les femmes» devaient être placés au-devant de ces préoccupations scientifiques qui ont d'ailleurs autant à voir avec la «science» qu'avec l'idéologie. En confrontant nos enquêtes et les écrits portant sur les jeunes camerounais en milieu urbain, certains faits saillants nous ont permis de tisser quelques nuances à l'encontre de certains de ces discours. Parmi eux, la «précocité» des filles aux premiers rapports sexuels préoccupait en particulier les spécialistes, de l'épidémiologie à l'anthropologie. Dans le cas du Cameroun, comme dans d'autres pays, il était assez intéressant de noter que même les études les plus riches avançaient des chiffres qui relativisaient leurs propres analyses sur les critères et les modalités de la «vulnérabilité». Un des objectifs de notre approche a consisté à restituer la dimension affective, trop souvent occultée par des approches matérialistes de la sexualité: affects qui sont des aspects importants même dans les rapports marqués par des échanges matériels.

4. Projet «Dynamiques sociales et action communautaire des jeunesse urbaines face au sida au Cameroun». Cette recherche a été financée par l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) en 1998 et 1999. La même agence nous a par ailleurs octroyé une bourse grâce à laquelle nous avons été allocataire de recherche CNRS (CEAN/IEP de Bordeaux) entre 1998 et 2001.

*«Précocités», permanences et évolutions de la sexualité juvénile*

Le changement social, d'une génération à l'autre ou d'une décennie à l'autre, présente des effets intéressants et complexes pour appréhender la sexualité. En effet, le fait qu'il y ait un rajeunissement apparent des «filles libres» pourrait porter à croire que l'âge au premier rapport sexuel a baissé chez l'ensemble des jeunes filles. Cette «précocité» de l'entrée dans la vie sexuelle peut être questionnée. Précoces par rapport à qui? Précoces par rapport à quels critères? Les filles de 15 à 24 ans dont il est question ici ne sont pas entrées dans la sexualité active plus précocement que leurs aînées. L'enquête la plus exhaustive qui ait été menée au Cameroun [EDSC 1998, 1999] montre que, d'une génération à l'autre, l'âge des jeunes filles à leur premier rapport sexuel au Cameroun est stable depuis une trentaine d'années et qu'il s'est légèrement accru pour les jeunes filles âgées de 15 à 24 ans dans la première moitié des années 1990. Par ailleurs, la comparaison avec les zones rurales atteste que les jeunes citadines en question connaissent leur premier rapport sexuel plus tard que les jeunes filles en milieu rural (avec des variantes selon les provinces et les dynamiques culturelles).

L'argument de la «précocité», utilisé pour expliquer les taux de séroprévalence chez les jeunes filles de 15 à 24 ans (7 cas sur 10), n'est valable qu'en comparaison avec les garçons du même âge. Mais s'agit-il vraiment de «précocité»? En fait, il est question d'une sexualité dont les âges sont parfaitement «banals», dans un contexte qui l'est beaucoup moins (crise des repères sociaux, crise épidémiologique), puisque l'exposition au risque est plus forte dans ce contexte précis et la vulnérabilité des plus jeunes plus accentuée. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que ces jeunes filles ont des relations sexuelles avec des hommes plus âgés. Nos entretiens avec les jeunes filles de Yaoundé, Douala, Limbé et Bamenda, semblent aller, en partie, dans ce sens. Toutefois, elles montrent une grande diversité des critères de la vulnérabilité et des risques d'exposition à l'infection à VIH. Il semble donc que «la précocité» des filles relève davantage de référents idéologiques (politique et scientifique) que de la mise à l'épreuve des chiffres et des faits.

Dans certaines circonstances, la variable économique est suppléée par des critères de reconnaissance sociale. Ceux-ci expliquent certaines dissonances cognitives ainsi que les vicissitudes subies par des filles économiquement et matériellement autonomes au moment de négocier l'adoption du préservatif, sous la pression conjuguée du risque et de la «sécurité affective». Il s'agit donc de traiter les risques et la vulnérabilité suivant une conjonction de facteurs qui rendent caducs certains liens de causalité simple: «pauvreté et sida», «jeunesse et sida», «femmes et sida», etc. Par exemple, la charge symbolique et idéologique du thème de la sexualité et des femmes masque des faits attestés par les enquêtes. En effet, non seulement les jeunes filles en question sont moins «précoces» que les femmes des générations précédentes mais leurs homologues masculins sont beaucoup plus précoces que toutes les générations précédentes d'hommes. Ce rapport inversé est passé presque sous silence dans les analyses sur le sida, en l'occurrence au Cameroun. La «précocité» des garçons s'est

accrue de manière significative, celle des filles a légèrement diminué d'une génération à l'autre. En revanche, dans la classe d'âge 15-24 ans, à l'intérieur de laquelle s'initie la sexualité, la fréquence des rapports sexuels des filles est plus élevée que celle des garçons: 33,7 % des filles ont eu une activité sexuelle dans les quatre semaines précédant l'enquête EDSC 1998, contre 24 % chez les garçons [1999, p. 92-95]. De plus, entre 15 et 19 ans, 34,9 % des jeunes filles n'ont jamais eu de relations sexuelles, contre 51,6 % pour leurs homologues du sexe masculin. Pour des individus un peu plus âgés («les jeunes adultes»), la problématique de la sexualité intègre d'autres aspects qui recomposent les volontés d'accomplissement individuel. Les modalités des risques se modifient mais la force et la place de la sexualité dans la construction du sujet individuel prennent une acuité plus complexe.

### **Masculinité et sexualités chez les jeunes adultes: l'assemblée dissolue du pouvoir**

L'illustration qui suit concerne un couple de trentenaires. Hector s'est marié avec une femme qu'il a choisie. La parentalité a accentué le pouvoir et la reconnaissance sociale des deux époux dans leurs entourages (familles, collègues, voisinages, etc.). Dans le même temps, Hector a «perdu» l'interlocutrice et la complicité de sa compagne. Il semble que ce soit cette relation de dyade qu'il ait retrouvée chez Mathilde, célibataire, disponible. Par la même occasion, l'être écouté et «à l'écoute» est relégué au second plan, au profit du statut et du pouvoir conféré au rôle de père et de chef de famille. Le pouvoir attribué au fait d'avoir une ou plusieurs maîtresses n'a pas cours ici. Il s'agirait même vraisemblablement de l'inverse. En effet, tout porte à croire que ce qu'Hector est allé rechercher dans un espace où son identité et ses préférences étaient davantage sollicitées que son identité sociale parentale et maritale est la dissolution de ce pouvoir, lié en même temps à des pesanteurs d'ordre social, parental et marital. Cette identité fixe une image valorisante, à laquelle Hector comme d'autres, adhère de son propre gré, tout en rencontrant des contraintes dont il tente aussi de s'échapper en reconstruisant le statut «perdu» de ces «deux solitudes qui se rencontrent» et qui fondent, universellement, cette relation amoureuse si peu soulignée dès lors qu'il s'agit de l'Afrique, de la sexualité et des rapports entre hommes et femmes.

Ici on peut s'interroger sur la place et les rôles nouveaux de l'homme dans le couple au sein de ces sociétés en mutations. L'anthropologie de l'espace familial peut donner une idée de l'évolution du statut masculin face à la relative stabilité de la gestion de cet espace. À Douala, par exemple, traditionnellement, l'intérieur de la maison était généralement consacré aux femmes et aux enfants, la cour et l'espace d'expression du pouvoir (*éboko*) réservée aux hommes, et, l'arrière cour aux «captifs» [Balandier, 1976, p. 361-381]. La reproduction partielle de ce modèle de famille élargie expliquerait aussi en partie l'aporie des statuts, en l'occurrence celui de la masculinité, pour des personnes dont les acti-

vités professionnelles et les références s'éloignent fortement des modèles traditionnels. Histoires «africaines», parce que se passant en Afrique, ces trajectoires individuelles n'en comportent pas moins une dimension globale. Il est question ici de rappeler, après quelques-uns comme Michel Bozon, que «l'approche par une sociologie de la sexualité [...] ne se donne pas pour objectif de dénombrer des pratiques individuelles, mais [...] de situer l'échange entre les corps dans l'ensemble des échanges (économiques, culturels, affectifs...) entre les individus, et de faire apparaître les fonctions (de structuration, de symbolisation...) que joue toute cette activité dans les relations, conjugales ou non.» [1998, p. 176]

Certaines attitudes masculines masquent quelques fois des incertitudes et se mettent en scène sous des formes qui voudraient signifier l'assurance, la certitude ou «le pouvoir». Pourtant, c'est parfois volontairement que certains souhaiteraient dissoudre le «pouvoir social» dont ils héritent au détriment des territoires intimes de l'accomplissement individuel.

### **La relation amoureuse et la sexualité: contribuer à la réflexion sur les épreuves et la promotion du Sujet**

#### *De l'intime au social*

Ici, la relation amoureuse est au centre d'une problématique qui cumule des désirs intimes (érotisation de la vie sexuelle, valorisation de l'espace corporel, hédonisme individualiste), des projets personnels (reconnaissance et respect de la féminité et de la masculinité), des aspirations (mariage, mobilité sociale) et des contraintes sociales (pression familiale, subordination relative de la femme à l'homme, etc.). La sexualité recouvre une représentation et une activité par lesquelles les individus affirment leurs identités sociales et leurs aspirations individuelles. Elle est alors le moyen par lequel ces personnes confirment, subissent ou refusent la place que leur assignent leurs groupes sociaux et leurs appartenances culturelles.

Dans cette configuration, la sexualité s'intègre dans une logique de la relation amoureuse qui peut être source de pressions externes et de tensions internes. En effet, on peut penser que «l'amour est [...] à la fois au fondement du social tout en étant, en même temps, sa dissolution» [Martucelli, 1995b, p. 23]. Ces précisions permettent de nuancer les analyses économicistes de la sexualité en Afrique, surtout lorsqu'il s'agit des jeunes femmes avant le mariage et davantage lorsqu'il est question de «prostitution». Il faut donc aller plus loin que ces définitions et nuancer celles qui réunissent, de manière inclusive à première vue, des dimensions qui ne le sont pas toujours, à l'instar de la citation qui suit: «Une relation sexuelle est une relation sociale, économique et physique unissant deux personnes ayant des rapports sexuels» [Ferry, 1999, p. 240].

Primo, il est fréquent que des relations sexuelles, mêmes éphémères, n'aient aucun contenu économique. Secundo, certaines comportent un «rapport social» extrêmement sommaire. Il arrive que des protagonistes nocturnes de l'activité

prostitutionnelle se voient à peine. Dans ce type de contexte, serait-il exagéré de considérer que ce type d'échanges sexuels tend à être la négation même d'un « rapport social » ? Il faut donc éviter, tant que faire se peut, les généralités et ce que Bourdieu appelait « illusion du savoir immédiat ».

La question du sida, telle que nous l'avons abordée a consisté par ailleurs à en saisir les dimensions collectives, sur deux modalités : l'action collective contre le sida et l'analyse de la politique publique, en considérant le cas du Cameroun comme une illustration d'un sous-type politique parmi d'autres.

### *L'expérience du sujet*

Les études africaines ont ignoré pendant longtemps la dimension individuelle et celle du Sujet en particulier. Le privilège était plus allé à « la notion de personne » [Dieterlen, 1973], c'est-à-dire aux dimensions prescriptives de l'identité, au détriment de la volonté même contrariée des individus de s'approprier leur propre existence. Depuis peu cette dimension est étudiée en France avec beaucoup d'acuité, à partir de cas ouest africains [Marie, 1997; Marie et Leimdorfer, 2003]. Pour autant la particularité de ces réflexions est de ne pas se référer aux travaux relevant du champ contemporain de la sociologie française [Wieviorka, 2000] mais plutôt de s'inscrire dans la tradition philosophique et sociologique occidentale. Aux collègues travaillant en sociologie « ici et maintenant », les auteurs ont privilégié les « pères fondateurs ». Ils mettent en scène, sans doute à leur corps défendant, tout ce qui sépare les deux sœurs françaises (sociologie et anthropologie), si voisines dans leurs préoccupations méthodologiques de recherches en sciences sociales et si éloignées depuis le début de leur partition géographique et universitaire<sup>5</sup>. De fait, nous avons eu recours en priorité aux travaux de la sociologie contemporaine française pour aborder la notion de Sujet<sup>6</sup>.

Cette réflexion sur le sujet a donc été à la fois empirique (à partir des trajectoires individuelles et collectives récoltées sur le terrain) et conceptuelle. Lorsque la sociologie du sujet met en exergue les « tensions », les « ambivalences » et les tractations soulignées plus haut, elle rejoint l'anthropologie du sida et de l'individu telle que l'a appréhendée Claude Raynaud : « les pratiques sociales ne sont analysées par l'anthropologue ni comme le produit nécessaire de déterminations collectives ni comme la manifestation d'une rationalité individuelle close sur elle-même mais comme le résultat d'un constant compromis entre les propriétés englobantes des systèmes et les stratégies particulières des individus et des groupes » [1996, p. 47].

5. L'ethnologie universitaire française est née en 1925 sous la conduite de Marcel Mauss. Elle tire pourtant sa source des chantiers de l'école française de sociologie créée par Émile Durkheim, maître et oncle maternel du premier cité. Voir par exemple Karady [1988]; Eboko [1997].

6. Il faut préciser ici que notre formation initiale de sociologie suivie au département de Bordeaux 2, très influencée par les travaux de Touraine, n'est sans doute pas étrangère à ce choix heuristique.



*Les mobilisations collectives contre le sida: une problématique État/société civile*

Les dynamiques sociales et «communautaires» autour de la question du sida, notamment la formation d'associations et les initiatives ponctuelles à l'intérieur de ce «marché émergent» [Delaunay, 1998, p. 115-141], s'inscrivent dans un mouvement d'ensemble. Ce dernier révèle une continuité dans la tentative de structuration et de contrôle de la société civile par l'État camerounais depuis les indépendances. Simultanément, ce mouvement se situe dans le changement social et la discontinuité, en ce sens qu'il épouse les mutations récentes: politiques (la «démocratisation»), économiques (la récession) et sociales. L'implication des organisations internationales et de la logique néo-libérale qui encourage l'appui de «la société civile» a accentué la centralité de celle-ci dans la capitale.

Un premier phénomène pourrait éclairer une des logiques de la vie associative en matière de lutte contre le sida: rappelons que la majorité des associations (dont les ONG, qui répondent aux mêmes critères juridiques et administratifs) est dirigée par le corps biomédical et près des 3/4 de ces associations sont situées dans la capitale, Yaoundé. Le second phénomène préfigure des contraintes liées au passage de la mobilisation collective vers un *mouvement social* contre le sida qui se définit «contre les institutions». Les influences sociales qui composent l'ossature générale (institutionnelle et non-institutionnelle) de la lutte contre le sida révèlent *de facto* un caractère multidimensionnel qui informe la problématique État/société civile [Raynaut, 1995; Gruénais, 1999]. Les motifs pour les jeunes d'entrer dans ce type d'associations concernent autant l'adhésion à une cause que la volonté de construire un espace de valorisation et de promotion sociale. De fait, ceux qui vivent dans les deux grandes villes (Yaoundé et Douala) bénéficient de la proximité des instances de financement qui permettent cette action collective. À l'inverse, les provinces privées de grands bailleurs de fonds subissent juste «l'absence» d'un État qui ne vit plus qu'en fonction des directives internationales dont le centre reste Yaoundé.

Quelques nuances émergent à Douala depuis le début des années 2000 avec l'entrée dans le marché du sida d'associations conduites par des femmes appartenant à des entreprises privées ou parapubliques. L'ossature sociologique de ces nouvelles associations de personnes vivant avec le VIH est sensiblement différente des premières associations des patients séropositifs constituées dans les années 1990 [Umubyeyi, 2002]. Quelques-unes des femmes qui s'engagent actuellement sont des cadres et le registre de leurs mobilisations constitue un virage: de la solidarité à la contestation/participation. Elles exigent de participer aux discussions qui orientent et organisent les réseaux thérapeutiques et sociaux autour des trithérapies. La baisse des prix des molécules antirétrovirales (ARV) leur donne l'occasion d'essayer de peser sur les décisions des personnels biomédicaux et quelques fois de dénoncer les pratiques «inhospitalières» de certaines entreprises (dépistage des employés sans leur consentement, faiblesse de la prise en charge de certains agents dans ces entreprises, etc.). De l'indigence qui marquait les premières associations au Cameroun, on assiste petit à petit à l'émer-

gence d'une autre force, celle qui est régie par le poids des statuts sociaux dans un pays où la «notabilité» et les diplômes obligent l'écoute et donnent aux femmes l'occasion d'occuper les espaces de pouvoir. La question de l'observance aux traitements contre le sida place ces femmes au centre d'un combat qui constitue un des grands enjeux de la décennie en Afrique. Assiste-t-on à l'ébauche de la construction d'un mouvement social contre le sida? Pour l'heure il s'agit encore de ses prémisses donc la question reste posée<sup>7</sup>.

### Un modèle dissonant de politique publique: de l'intime au politique

Pour des raisons historiques, en ce qui concerne la recherche en sciences sociales en Afrique, ce furent en majorité des anthropologues qui durent répondre aux questions liées aux effets des «politiques de développement». Celles-ci étaient et sont développées par des économistes mais, dès lors qu'elles mettaient en scène des contradictions inhérentes au «facteur humain», aux «cultures», aux réalités ou idéologies afférentes à l'implication des groupes sociaux dans ces programmes, elles retournaient aux anthropologues. Nées dans d'autres secteurs (les relations internationales, les politiques de coopération), concernant souvent d'autres disciplines académiques (la science économique, la science politique, la démographie, la médecine) et d'autres pratiques d'entreprise (l'expertise, l'audit, le management) et politiques comme «la santé publique», ces problématiques occupaient, ipso facto, les frontières de la pluridisciplinarité.

#### *L'analyse des politiques publiques du sida en Afrique: la place de l'anthropologie*

Dans cette constellation inédite de voisinages, l'anthropologie fut confrontée à des défis qui mirent en jeu son unité et en scène sa diversité, y compris au contact des seuls enjeux de la santé publique [Gruénais et Dozon, 1992]. Les politologues africanistes ont été parmi les grands absents de ces débats scientifiques jusqu'à une période très récente, qu'il s'agisse de science politique africaniste française, africaine ou anglo-saxonne<sup>8</sup>. Quelques textes et réflexions com-

7. À titre de comparaison, le sida a longtemps constitué la seule pathologie à notre connaissance à regrouper des associations de malades au Cameroun. Depuis quelque temps la drépanocytose (plus connue au Cameroun sous le nom «d'hématies falciformes») regroupe une association de malades camerounais, grâce à l'impulsion de personnes vivant en France.

8. Plusieurs raisons expliquent l'absence relative de la science politique africaniste dans la recherche sur le sida. La pandémie du sida, en tant qu'objet de mobilisations collectives en Afrique, est contemporaine des revendications puis du passage au multipartisme. Cette libéralisation de la vie politique accompagnée par les interrogations sur l'État en Afrique a occupé l'essentiel des recherches en science politique concernant le continent africain et le Cameroun, en l'occurrence depuis la fin des années 1980. Ensuite, il existe une raison plus «académique»: les politologues n'ont pas investi un champ qui leur semblait appartenir à d'autres disciplines (médecine, santé publique puis anthropologie). C'est par le biais des relations internationales que les politologues américains ont commencé à s'intéresser au sida en Afrique et c'est par celui de la crise et de la faiblesse de l'État que les politologues de toutes origines géographiques semblent appréhender cette question aujourd'hui. Rappelons que ces questions furent posées il y a une dizaine d'années par des anthropologues français [Fassin, 1994], sans être vraiment reprises par les politologues. Pour autant, l'impulsion internationale – encore une fois – permet de voir de nouvelles recherches, notamment en science politique, émerger depuis peu grâce, entre autres, au CODESRIA

mencent tout juste à voir le jour sur le sujet, notamment aux États-Unis de la part de politologues<sup>9</sup> spécialistes des relations internationales [Boone et Batsell, 2001]. En France, les anthropologues ont abordé ces questions, avec les concepts propres à leur discipline [Gruénais *et alii*, 1999; Raynaut, 2001] ou en faisant le lien avec la science politique (directement ou indirectement) et le champ d'études des «politiques publiques».

Il échoit aux politologues la tâche de synthétiser certains aspects des recherches anthropologiques sur le sida et de poser avec leurs concepts une série de questions: comment évaluer les politiques publiques du sida [Raynaut, 2001]? Pourquoi le sida résiste-t-il à devenir un objet politique en Afrique [Gruénais *et alii*, 1999; Raynaut, 2001; Kerouedan et Eboko, 1999]? Quelle est la place de l'État dans la conduite d'une politique publique qui a été conçue de «l'extérieur» [Fassin et Dozon, 1989]? Comment les acteurs locaux se réapproprient-ils ces offres de santé publique? Certaines de ces questions méritent d'être confrontées aux héritages de la science politique. Que peut apporter à la réflexion le corpus théorique de cette discipline?

### *L'apport potentiel de la science politique: mobilisations et cultures politiques*

L'hypothèse de recherche qui a orienté ici la réflexion est la suivante: la culture politique forme le terreau mouvant et composite (identités collectives, idéologies, trajectoires historiques des différentes composantes des forces politiques, etc.) dans lequel sont puisés les répertoires pertinents de la mobilisation politique. Comme dans l'ensemble de ce travail, cette hypothèse est déclinée sur un mode «dynamique». Ce qui signifie que les notions qui sont censées rendre compte des dynamiques sociales et politiques en cours (politique publique, culture politique, mobilisations collectives, avènement du sujet, etc.), face au sida, ne sont jamais envisagées comme des données figées. Au contraire, elles sont appréhendées comme le résultat de conjonctions inédites de facteurs en mouvement. Ceux-ci relèvent de situations qu'il faut appréhender en considérant les différentes étapes de l'évolution socio-historique des pays en question (diachronie) et la complexité des contextes contemporains (épidémiologiques, économiques, politiques, sociaux, sanitaires, etc.) dans lesquels interviennent les questions liées à la pandémie du sida (synchronie). Les connaissances, les évolutions et les crises de l'État en l'Afrique [Bayart, 1989; Médard, 1992; Sindjoun 2002] s'agrègent ici d'une reconnaissance des situations typiquement liées au sida [Becker, Dozon *et alii*, 1999]. Cette confrontation des approches rejoint la méthode suggérée par les spécialistes de l'étude des politiques publiques en

8. (Dakar), au Social Science Research Council (SSRC) de New York, au Centre d'Étude d'Afrique Noire (Bordeaux), ou encore à l'Association africaine de science politique (AASP).

9. Dans ce texte, comme dans la science politique de nos jours, les appellations de «politistes» et de «politologues» sont des synonymes. Les puristes parlent de «politiste» lorsqu'il s'agit d'une science politique «classique», d'origine juridique, et de «politologue» lorsque l'acception désigne la science politique «contemporaine», plus proche de la sociologie.

science politique, à savoir qu'il est indispensable d'inscrire toute action publique dans le contexte de l'État qui la met en œuvre [Jobert et Muller, 1987].

Il s'agit donc de concilier l'anthropologie du sida à la science politique de l'État en Afrique, d'une part, et de proposer une connexion de cet ensemble aux paradigmes usuels des politiques publiques, d'autre part<sup>10</sup>. Dans le cas du Cameroun, et pour les raisons invoquées précédemment, peu de recherches en science politique concernent le sida. Les choses changent lentement mais jusqu'au début des années 2000 la lutte contre le sida en Afrique et au Cameroun en particulier, s'était effectuée sans que les hommes politiques d'une part et les plus lus (ou les moins ignorés) des intellectuels et/ou chercheurs (A. Mbembe, C. Monga, J.M. Ela, etc.) d'autre part, se mêlent à la bataille.

### **De la difficulté de gouverner les corps: construction politique et incorporation du risque-sida**

Depuis les années 1980, la lutte contre le sida au Cameroun représente deux registres. Le premier est constitué de la connexion de l'État avec les organismes internationaux. Le second dessine le champ local de la biopolitique qui régule, nourrit et alimente la construction politique d'un risque préconstruit dans le registre international. Dans ce cadre, c'est aussi la puissance de l'État africain qui est mise en question dans un contexte dramatique [Eboko, 2000].

Les représentations et les pratiques de la santé publique dans l'espace du sida relèvent depuis les années 1980 de constructions sociales (internationales et locales) qui se distinguent de la réalité multidimensionnelle de la conquête par le VIH du territoire camerounais et des corps. L'interface entre les deux niveaux d'analyse montre des espaces politiquement vacants que commencent à occuper, petit à petit, les consciences et les expériences à travers lesquelles est réapproprié le risque-sida. Nous avons posé la pandémie du sida comme un prisme à travers lequel les changements politiques, économiques et sociaux se mettent en lumière, autant qu'une maladie qui éprouve des corps et des individus dont une des vocations est d'être des «Sujets», c'est-à-dire ce «désir des individus d'être acteurs de leur propre vie». Le thème central de la sexualité concentre cette volonté d'individualisation, de manière différentielle suivant les catégories sociales en présence et suivant la temporalité de la confrontation directe ou indirecte à la maladie. Confrontation de l'intimité et de l'altérité qui raconte l'histoire d'une déconnexion entre discours sanitaires (donc politiques) et représentations sociales du risque-sida [Vidal, 1996 et 2000]. Entre les deux, on a pu constater les effets du «désarroi camerounais» [Courade, 2000] à l'issue de deux décennies de crise économique, de relative anomie politique et de construction plurielle de nouveaux repères sociaux, en lieu et place des principales instances de socialisation (famille, école, monde de l'emploi, etc.) en pleine modification. Les procé-

10. Une approche comparative en termes de «cultures politiques» [Cefaï, 2001] nous a permis d'esquisser une typologie en quatre modèles de «mobilisations politiques» contre le sida en Afrique. Publication à paraître en 2004 dans un ouvrage collectif sous la direction d'Amy Patterson (USA).

dures d'inclusions et les modalités d'exclusions face aux nouveaux desseins de l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) énoncent les nouveaux enjeux de la lutte contre le sida au Cameroun, comme dans l'ensemble du continent africain. Cette situation récente résume assez fidèlement l'histoire d'un drame qui éprouve des «corps choisis» par la force d'une sélection biopolitique dont les développements récents (accès aux ARV) promettent de nouveaux espoirs.

### BIBLIOGRAPHIE

- ABEGA S.C. (éd.) [1995], *Apprentissage et vécu de la sexualité chez les jeunes camerounais de 15 à 30 ans*, Deuxième rapport, OMS/Université de Yaoundé I, mai-juin.
- BALANDIER G. [1957], *L'Afrique ambiguë*, Paris, Plon/Terre Humaine.
- BALANDIER G. [1976], «Économie, société et pouvoir chez les Duala anciens», *Cahiers d'études africaines*, vol. 59, n°XV-3, 2<sup>e</sup> trimestre, p. 361-380.
- BAYART J.-F. [1979], *L'État au Cameroun*, Paris, Presses de la FNSP.
- BAYART J.-F. [1989], *L'État en Afrique. La politique du ventre*, Paris, Fayard.
- BECKER C., DOZON J.-P., OBBO C., TOURÉ M. (éd.) [1999], *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris-Dakar, Codesria-Karthala-IRD.
- BOONE C. et BATSELL J. [2001], «Political Science, International Relations and Aids in Africa», ronéo, février.
- BOZON et alii [1998], *La sexualité aux temps du sida*, Paris, PUF, coll. Sociologie d'aujourd'hui.
- CEFAÏ D. (éd.) [2001], *Cultures politiques*, Paris, PUF, 2001.
- CROS M. (éd.) [1996], *Les maux de l'autre. La maladie comme objet anthropologique*, Paris, L'Harmattan.
- COURADE G. et SINDJOUN L. (éd.) [1996], *Le Cameroun dans l'entre-deux, Politique africaine*, Paris, Karthala.
- COURADE G. (éd.) [2000], *Le désarroi camerounais. L'épreuve de l'économie-monde*, Paris Karthala.
- DELAUNAY K. [1998], «Des ONG et des associations: concurrences et dépendances sur un "marché du sida" émergent. Cas ivoirien et sénégalais», in J.-P. Deler et alii (éd.), *ONG et Développement. Société, économie, politique*, Paris, Karthala, p. 115-141.
- DELAUNAY K. [1999], «Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines: discours sur une pandémie», *Autrepart*, n° 12, p. 37-51.
- DELOR F. [1997], *Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales.
- DIETERLEN G. (éd.) [1981], *La notion de personne en Afrique noire* (1973), Paris, Éditions du CNRS.
- DOZON J.-P. et FASSIN D. [1989], «Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique», *Sciences Sociales et Santé*, vol. 7, n° 1, p. 21-36.
- DOZON J.-P. et Fassin D. (dir.) [2001], *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- DOZON J.-P. et VIDAL L. (éd.) [1995], *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, ORSTOM.
- DUBET F. et Wiewiorka M. (éd.) [1995], *Penser le Sujet. Autour d'Alain Touraine*, Colloque de Cérisy, Paris, Fayard.
- DUBET F. [1994], *Sociologie de l'expérience*, Paris, Le Seuil.

- EBOKO F. [1996], «L'État camerounais et les cadets sociaux face à la pandémie du sida», *Politique africaine*, n° 64, p. 135-145.
- EBOKO F. [1997], «Durkheim et l'Afrique contemporaine: vers une relecture de Durkheim et de l'Afrique contemporaine», *Polis. La revue camerounaise de science politique*, vol. 4, n° 2, p. 115-142.
- EBOKO F. [1999a], «Logiques et contradictions internationales dans le champ du sida au Cameroun», *Autrepart*, n° 12, décembre, p. 123-140.
- EBOKO F. [1999b], «Les élites politiques au Cameroun: le renouvellement sans renouveau?», in J.-P. Daloz (éd.), *Le (non-) renouvellement des élites en Afrique subsaharienne*, Bordeaux, CEAN, p. 99-133.
- EBOKO F. [1999c], «Introduction à la question du sida en Afrique: politique publique et dynamiques sociales», in D. Kerouedan et F. Eboko, *Politiques publiques du sida en Afrique*, Bordeaux, CEAN, coll. Travaux et Documents, n° 61-62, p. 35-73.
- EBOKO F. [1999d], *Vulnérabilité, Sujet et VIH dans les pays du Sud. Contribution empirique et théorique à partir de l'exemple du Cameroun*, Rapport de recherche, Upres A 5036, Laboratoire SSD, CNRS/Université Bordeaux 2.
- EBOKO F. [2000], «Risque-sida, pouvoirs et sexualité. La puissance de l'État en question», in G. Courade (éd.), *Le désarroi camerounais. L'épreuve de l'économie-monde*, Paris, Karthala.
- EBOKO F. [2002a], *Pouvoirs, jeunesses et sida. Politique publique, dynamiques sociales et constructions des Sujets*, Thèse de doctorat de Science Politique, CEAN Institut d'Études Politiques de Bordeaux, Université Montesquieu Bordeaux 4.
- EBOKO F. [2002b], *Dynamiques sociales, action communautaire des jeunesses urbaines face au sida au Cameroun (1998-2001)*, Paris, ANRS, Rapport final.
- Enquête Démographique et de Santé/Cameroun (EDSC) 1998* [1999], Yaoundé Cameroun/ Calverton (USA), Bureau Central des Recensements et des Études de Population, Ministère des Investissements publics et de l'Aménagement du Territoire.
- FASSIN D. [1999], «L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique», in C. Becker, J.-P. Dozon, C. Obbo, M. Touré (éd.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris-Dakar, Codesria-Karthala-IRD, p. 41-65.
- FASSIN D. [2000] «Une crise épidémiologique dans les sociétés post-apartheid: le sida en Afrique du Sud et en Namibie», *Afrique contemporaine*, n° spécial, p. 105-135.
- FASSIN D. [2002a], «Le sida comme cause politique. Une controverse sud-africaine sur la scène global», *multigr.*, 17 p.
- FASSIN D. [2002b], «Embodied History: Uniqueness and Exemplarity of South African AIDS», *African Journal of AIDS Research*, vol. 1, n° 1, p. 63-68.
- FASSIN D. [1994], «La mémoire courte. Coopération internationale et lutte contre le sida en Afrique», *Sociétés d'Afrique et sida*, n° 5, p. 2-3.
- FERRY B. [1999], «Système d'échanges sexuels et transmission du VIH dans le contexte africain», in C. Becker, J.-P. Dozon, C. Obbo, M. Touré (éd.), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris-Dakar, Codesria-Karthala-IRD, p. 237-256.
- GRUÉNAIS M.-E. (éd.) [1999], *L'organisation de la lutte contre le sida en Afrique. Une problématique État/société civile*, Rapport ANRS/IRD, Paris.
- GRUÉNAIS M.-E. (éd.) [2001a], *Un système de santé en mutation: le cas du Cameroun*, APAD, Bulletin n° 21.
- GRUÉNAIS M.-E. (éd.) [2001b], *L'organisation locale des politiques de santé en Afrique centrale*, Convention MIRE/IRD n° 10/99, IRD, SHADYC, Marseille, août 2001.
- GRUÉNAIS M.-E., DELAUNAY K., EBOKO F. et GAUVRIT E. [1999], «Le sida en Afrique: un objet politique?», *Bulletin de l'APAD, Anthropologie de la Santé*, n° 17, juin, p. 19-36.
- JOBERT B. et MULLER P. [1987], *L'État en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, PUF.

- HUGON Ph. [1996], «Sortir de la récession et préparer l'après-pétrole: le préalable politique», *Politique africaine*, n° 62, p. 35-44.
- KARADY V. [1988], «Durkheim et les débuts de l'Ethnologie universitaire», *Actes de la recherche en sciences sociales*, septembre, p. 23-32.
- KEROUEDAN D. et EBOKO F. [1999], *Politiques publiques du sida en Afrique*, Bordeaux, CEAN, coll. Travaux et Documents, n° 61-62.
- LACHENAL G. [2002], *Le Centre Pasteur du Cameroun. Trajectoire historique, stratégies et pratique de la science biomédicale postcoloniale (1959-2002)*, DEA: Epistémologie, Histoire des sciences et techniques, Université Paris VII.
- LE VINE V.T. [1984], *Le Cameroun, du mandat à l'indépendance*, Paris, Présence africaine.
- MARIE A. (éd.) [1997], *L'Afrique des individus*, Paris, Karthala.
- MARIE A. et LEIMDORFER F. (éd.) [2003], *L'Afrique des citoyens*, Paris, Karthala.
- MARTUCELLI D. [1995a], «Subjectivité et expérience amoureuse», in F. Dubet et M. Wieviorka (éd.), *Penser le sujet. Autour d'Alain Touraine*, Colloque de Cérisy, Paris, Fayard, p. 157-173.
- MARTUCELLI D. [1995b], *Décalages*, Paris, PUF.
- MÉDARD J.-F. (éd.) [1992], *États d'Afrique noire: formation, mécanismes et crises*, Paris, Karthala.
- POPPER K. [1973], *La logique de la découverte scientifique*, Paris, Bibliothèque scientifique Payot.
- RAYNAUT C. [1995], «Santé publique: l'État et la société civile», *Sociologie Santé*, n° 13, p. 7-16.
- RAYNAUT C. [1996], «Quelles questions pour la discipline ? Quelle collaboration avec la médecine ?», in J. Benoist et A. Desclaux (éd.), *Anthropologie et sida. Bilan et perspectives*, Paris, Karthala, p. 31-56.
- RAYNAUT C. [2001], «Comment évaluer les politiques de lutte contre le sida en Afrique», in J.-F. Baré, *L'évaluation des politiques de développement. Approches pluridisciplinaires*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques politiques, p. 318-354.
- RAYNAUT C. et MUHONGAYIRE F. [1995], «Chronique d'une mort annoncée. Problèmes d'éthique et de méthode posés par la démarche anthropologique au suivi des familles touchées par le sida (autour du cas rwandais)», in J.-P. Dozon et L. Vidal (éd.), *Les sciences sociales face au sida – Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, ORSTOM, Paris, p. 235-252.
- SINDJOUN L. [2002], *L'État ailleurs: entre noyau dur et case vide*, Paris, Economica, coll. La Vie du Droit en Afrique.
- TOURAINÉ A. [1994], *Qu'est-ce que la démocratie ?*, Paris, Fayard.
- UMUBYEYI B. [2002], *Lutte contre le sida et accès aux Anti-rétroviraux au Cameroun: les déterminants du changement*, Université Paris I – Panthéon-Sorbonne, Mémoire DESS: Développement et Coopération Internationale.
- VIDAL L. [1995], «Les risques du culturalisme», *Le journal du sida*, n° 75-76, p. 32-34.
- VIDAL L. [1996], *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos/Economica.
- VIDAL L. [1999], «Anthropologie d'une distance. Le sida, de réalités multiples en discours uniformes», *Autrepart*, n° 12, p. 19-36.
- VIDAL L. [2000], *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*, Paris, PUF, coll. Politique d'aujourd'hui.
- WIERVIORKA M. [1995], «Plaidoyer pour un concept», in F. Dubet, M. Wieviorka (éd.), *Penser le sujet. Autour d'Alain Touraine*, colloque de Cérisy, Paris, Fayard, p. 209-220.
- WIERVIORKA M. [2000], «Sociologie postclassique ou déclin de la sociologie?», *Cahiers Internationaux de Sociologie*, vol. CVIII, p. 5-35.





## Trois objets-étapes de la globalisation de la norme de santé

*Bernard Hours* \*

S'il est une norme, une valeur et une aspiration universelle aujourd'hui c'est bien celle de la santé qui, en quelques décennies, a touché les populations de tous les continents, les riches comme les moins aisés.

Cette évolution peut être analysée à travers des étapes, diachroniques pour les historiens, ou des «objets-étapes» qui peuvent être construits par les anthropologues pour baliser un paysage de sens, dans ses différentes et successives formulations. La notion d'étapes s'entend ici comme périodes d'une lecture anthropologique et politique de la santé formulée à trois moments, sur trois approches de la santé produisant trois objets. La réflexion porte sur la construction de ces trois objets.

La construction des objets en anthropologie est un élément central de la recherche lorsqu'elle va au-delà de la description ethnographique dont la limite est sa propre énonciation descriptive. Quand bien même l'idéologie scientifique ethnographique demeure vivace dans les milieux académiques, les avancées de l'anthropologie s'appuient sur la construction d'objets plus ou moins nouveaux, souvent sur la reconstruction d'objets anciens, en tout état de cause sur un travail de et sur l'objet.

J'aborderai successivement trois objets que j'ai été amené à construire dans mes travaux passés et présents. La santé y est présente, voire centrale, la médecine étant au plus loin des questions posées. Si l'objet médecine demeure un domaine de recherche fréquenté, les évolutions les plus significatives en anthropologie médicale semblent désormais porter autant sur la santé que sur la maladie ou la médecine qui sont des objets pertinents mais limités et circonscrits.

Ces objets sont construits dans la mesure où ils ne sont pas donnés comme les objets ethnographiques. Leur réalité ne s'observe pas avec les yeux, ni ne se touche avec les doigts. Elle résulte d'une démarche d'analyse et de raisonnement appuyée sur des observations, des entretiens, auprès d'acteurs pertinents dans le champ et dont les conduites, les représentations, sont problématiques, c'est-à-

---

\* Anthropologue, IRD, UR «Travail et mondialisation», 32, rue Henri Varagnat, 93143 Bondy cedex, hours@bondy.ird.fr.

dire susceptibles de nourrir la construction d'une problématique fondant l'objet. Construire un objet suppose de ne pas se contenter de l'apparence «des faits» et de considérer que ceux-ci sont porteurs d'une «vérité» pauvre ou plate. La construction des objets anthropologiques passe d'autre part par l'élaboration d'hypothèses problématiques qui rendent réels les objets scientifiques construits.

Tous les objets évoqués ici ont en commun de porter sur une norme positive de Bien, culturellement et historiquement formulée en Occident, où la santé semble occuper la place centrale, avant-hier dévolue aux religions du salut. Comme le montre l'épidémie récente du SRAS, la gestion globale des risques stigmatise et marginalise ceux qui en refusent les contraintes, qu'il s'agisse d'individus, de collectivités, d'États. L'ordre se négocie de moins en moins, dans les domaines de l'économie et de la santé, deux piliers du processus de globalisation contemporain.

J'aborderai donc successivement trois objets. Tout d'abord la santé publique comme champ politique, puis l'action humanitaire comme idéologie occidentale, enfin la «santé parfaite» comme norme globalisante.

### **Construction de l'objet nommé santé publique**

Au début des années 1980, la notion de santé publique désignait comme aujourd'hui les politiques publiques, les stratégies visant à améliorer la santé des populations, les appareils institutionnels chargés des tâches préventives et curatives de santé. Les progrès de la médecine étaient proches et la profession médicale jouissait encore d'une autorité morale peu contestée dans la société. À la même époque, ce qu'on appelle aujourd'hui anthropologie médicale s'appuyait principalement sur une approche ethnomédicale, naturaliste d'inspiration, sur une ethnologie de la maladie d'orientation culturaliste, conformément à l'idéologie scientifique de l'époque.

Dans ce paysage, et en forme de relative rupture, est née l'anthropologie de la maladie, à partir des travaux de M. Augé et A. Zempleni. Elle met en avant la maladie comme événement et désordre social, et cherche à formuler la logique des représentations de la maladie et de son traitement. Une véritable école française est née en la matière, qui a connu son apogée tout au long des années 1980, à travers des ouvrages et des thèses nombreux. Le titre d'un ouvrage particulièrement important de Marc Augé et Claudine Herzlich illustre bien le propos: le sens du mal [1984]. La maladie y apparaît comme un objet socialement et culturellement construit, et c'est cette construction que l'anthropologie de la maladie prend pour objet. Cela représente pour la discipline une avancée importante, dépassant l'horizon parfois limité de l'ethnomédecine et de ses présupposés matérialistes, naturalistes ou folklorisants.

Fort de cet héritage, je me suis efforcé, pour ma part, de chercher la logique des représentations non plus de la maladie observée dans un champ villageois ou «ethnique» mais dans le champ des thérapies ou soins dits «modernes» ou bio-

médicaux, observés à l'hôpital, au dispensaire, là où, avant ou après les recours dits «traditionnels», selon le vocable de l'époque, les malades viennent chercher la guérison, dans des termes proches de ceux qu'on observait au village, mais sur un registre différent et dans la proximité imaginaire d'un État thérapeute, neuf et indépendant en principe.

La santé publique constitue un champ très propice à la construction d'un objet anthropologique. On y observe des pratiques thérapeutiques, des rapports sociaux entre des acteurs, des représentations qui livrent leurs logiques.

Tous ces éléments contribuent à la construction de l'objet. L'examen des itinéraires thérapeutiques (pratiques) a permis de récolter de nombreux matériaux décrivant les conduites des malades. Si l'on peut identifier des segments de régularité, l'attente technocratique de modèles de choix médicaux en vue de planification demeure vaine, comme toutes les expectatives programmatrices univoques adressées à l'anthropologie.

Les itinéraires thérapeutiques ne sont en effet que des faits observés, tout comme le pluralisme médical n'est qu'un constat. L'activité de construction théorique débute en aval de ces relatives évidences qui représentent un stade nécessaire mais insuffisant de la recherche, lorsque celle-ci veut s'interroger sur le pourquoi, au-delà du comment. L'analyse des discours des malades, des médecins, des infirmiers livre les logiques d'un champ dont la cohérence spécifique naît de la totalité de la situation, sociale, thérapeutique, politique, envisagée.

Pour nommer ce champ, il y a peu d'alternatives à l'usage du concept de santé publique puisqu'il s'agit d'institutions (publiques ou associatives) qui présentent une offre de soins à une population malade. Les interactions observées dans ces institutions où se rencontrent – souvent mal – une offre de soin et une demande de guérison, qui est tout autre chose qu'un simple besoin, m'ont permis d'avancer l'hypothèse que ces rapports sociaux, où la santé et la maladie sont mêlées, mettent à jour des représentations dont la logique constitue une question d'anthropologie importante.

Les anthropologues, à cette époque, opposèrent une vive résistance ou au mieux un scepticisme courtois dans la mesure où la mise en avant d'un objet anthropologique neuf – peu culturalisable – laissant supposer que «la médecine traditionnelle» ne constituait pas le seul réservoir de sens des pratiques thérapeutiques, portait une atteinte – à mes yeux discrète – à certains postulats d'un conservatisme banal et à l'occasion gardien du temple culturaliste pour lequel, hors de la monographie villageoise point de salut, voire une chute programmée dans une sociologie triviale.

Le passage du SIDA a remis les choses à leur place dans le domaine de la santé et de la maladie... et certains détracteurs de l'objet santé publique de l'époque l'ont aujourd'hui adopté, non par hasard mais par nécessité; et même si la fameuse distance de l'anthropologue à son objet demeure parfois problématique, entre ceux qui sont exposés à être «trop dedans» et ceux qui construiront leur identité sur un «trop dehors» [Massé, 1995].

Le recrutement des médecins anthropologues dans la recherche souligne le problème et il ne constitue malheureusement pas une solution. Une anecdote symptomatique rappelle ces enjeux réels et imaginaires. Mon ouvrage intitulé : *l'État sorcier, Santé publique et société au Cameroun* [Hours, 1986] me valut une polémique aussi brève qu'éclairante dans les *Cahiers d'Études Africaines*. Plusieurs collègues s'entêtaient de leur côté à m'interroger sur «le groupe ethnique» dont je parlais, alors que les patients de Douala se présentaient comme des malades de l'État, maltraités car mal soignés.

L'objet santé publique construit dans ce contexte a acquis une validité recon nue. Il s'agit de ce champ où se télescopent les offres de soins (publiques et ONG), les contraintes financières des systèmes de santé, les pressions multilaté- rales, la faiblesse économique et politique des États, les attentes et demandes des usagers qui sont des sujets politiques, dans des sociétés de conflits de pouvoirs, où la vie (aujourd'hui identifiée à la santé en Occident) et la mort (identifiée à la maladie) interpellent chacun, sans exception, sur sa place dans la société. De cette place, dont chacun parle, dépend souvent la façon de gérer la maladie et la santé.

La mise en place d'un objet santé publique désormais bien inscrit débouche en outre sur une anthropologie politique de la santé. Du désordre social observé au village, nous voilà désormais face à une mesure du lien social essentielle dans les institutions thérapeutiques. Le SIDA a constitué un remarquable révélateur de ces pistes inscrites dans l'objet santé publique. S'il existe bien des phénomènes de néo traditionnalismes et de retour au village, parce que l'opposition tradition/ modernité a peu de sens, le passage par les institutions de santé est central, presque incontournable, et il structure les représentations avec autant (ou plus) de force que la culture. La «culture santé» qui se met en place avec les phéno- mènes de globalisation est transculturelle puis reculturalisable, dans cet ordre.

On pourrait y voir un nouvel objet (voir *infra* la santé parfaite). Les retours dont il s'agit sont bien des retours et ils n'ont rien de négociations entre «tradition et modernité». C'est la crise de la consommation de modernité qui revalorise «la tradition». Il s'agit plus, à mon sens, d'un épiphénomène que d'un phénomène qui semble être celui de l'extension planétaire des normes de santé occidentales en cours.

Les dimensions politiques de la santé publique sont aujourd'hui reconnues. On devrait pousser l'affirmation plus loin et concevoir la santé publique comme un champ directement politique à travers les responsabilités thérapeutiques de l'État, problématique désormais actuelle s'il en est. L'État thérapeute, capable ou inapte, est au cœur des représentations de l'ordre.

Cette universalisation des normes occidentales en matière de santé sert de vecteur, avec les droits de l'homme, au développement de la médecine d'urgence, partie emblématique de l'action humanitaire et creuset de son idéologie. Il s'agit du second objet abordé.

## L'action humanitaire comme idéologie occidentale

L'action humanitaire apporte une emphase spécifique sur la santé des «Autres» lointains, dotés d'un «droit à la vie» dont l'énonciation est nouvelle. Du développement de l'action humanitaire, à partir de la médiatisation de l'urgence médicale au nom des droits de l'homme, à la construction d'un objet «idéologie humanitaire», s'inscrit une démarche qui tente de formuler le sens du message humanitaire, du discours d'intervention incluant l'ingérence, enfin de l'instrument politique humanitaire aujourd'hui. Il s'agit aussi d'un chapitre du rapport entre les sociétés diverses, c'est-à-dire de gestion de l'altérité à la fin du XX<sup>e</sup> siècle.

La médecine d'urgence a connu à partir des années 1980 un développement croissant à tel point que les «french doctors» ont un moment constitué un symbole d'aventure humanitaire positive entretenu par les médias. Au-delà du sauvetage, souvent temporaire, de «victimes» de catastrophes naturelles ou politiques – et la notion de catastrophe politique est un effet de l'idéologie humanitaire – s'est développée une approche thérapeutique planétaire, ou une thérapie mondialisée à base de traitements de survie pour les victimes et de droits de l'homme. Les soins sont mis en œuvre au nom d'un «droit à la vie» en vue, suppose-t-on, de jouir de droits de l'homme grâce à une santé restaurée. Ce résumé permet d'observer le rôle idéologique de la santé comme valeur occidentale de référence. Le noyau historique de l'action humanitaire est largement médical et les médecins y ont trouvé une nouvelle dignité un moment. La reprise en main des États par l'humanitaire militaire, puis la récupération du droit d'ingérence par ces mêmes États, a mis un terme à la notoriété humanitaire des médecins, héros désormais concurrencés sur le plateau par les soldats.

Pour construire l'idéologie humanitaire [Hours, 1998] je suis parti de cette médecine d'urgence, de ses dérivés idéologiques et des non dits de ses pratiques. La médecine humanitaire [Lebas, Veber, Brucker, 1994] a tenté, sans succès, de se constituer en nouvelle discipline mais elle présente plusieurs caractères propres. Elle associe, voire agglomère, un «droit à la vie» entendue comme vie biologique du corps, celle dont s'occupent les médecins, et les droits de l'homme qui supposent des traitements dignes et des États démocratiques.

La démocratie, dans son modèle occidental, est ainsi attachée avec une fonction thérapeutique avérée. Du même coup, l'absence de démocratie devient une pathologie politique grave, ce qui présume que la moralité c'est la démocratie occidentale. Au demeurant mieux vaut soigner les gens au nom de cette conviction qu'envahir les territoires non «démocratiques»... Le processus est néanmoins troublant qui associe santé et démocratie, contre violence politique et mort. À partir de cette constatation selon laquelle des logiques opaques permettaient de telles associations hautement problématiques j'ai analysé l'abondante littérature existante, j'ai observé les grands colloques médiatiques qui mettaient en scène les postulats humanitaires, j'ai fréquenté des collectifs d'ONG pour identifier les enjeux et contradictions de leurs pratiques, sur les terrains du Nord et du Sud.

Ces ONG sont les acteurs essentiels de l'action humanitaire et on peut les présenter à ce titre comme un «sous objet anthropologique». Ces organisations qui mettent en œuvre une morale globale dont l'idéologie humanitaire est l'épuration sont désormais des acteurs majeurs des rapports dits Nord-Sud, ou de leurs représentations. Leur statut moral et politique ambigu les désigne comme des objets de recherche pertinents, en particulier dans le domaine de la santé.

En confrontant les discours, les représentations véhiculées, les pratiques et problèmes des volontaires, souvent jeunes médecins, avant, pendant et après le choc du terrain, j'ai été amené à formuler l'hypothèse d'une logique idéologique d'occultation de l'altérité, phénomène colonial banal, mais avec d'autres paramètres et dans une autre époque. L'autre de l'humanitaire est en effet une victime anonyme lointaine, presque virtuelle, alors que l'altérité coloniale fonctionne dans une méconnaissance de proximité. L'Autre colonial est construit sur sa différence. L'Autre humanitaire est différent comme victime mais semblable comme détenteur de droits de l'homme abstraits.

Dès lors que ces pratiques et discours ont semblé opaques, contradictoires, idéologiques, mystiques parfois, l'action humanitaire est apparue s'appuyer sur un certain nombre de postulats idéologiques, politiques, médicaux, et la construction d'un objet anthropologique humanitaire, fondamentalement idéologique car pourvoyeurs d'évidences collectives susceptibles d'être interrogées et déconstruites – en particulier sur l'altérité –, s'est imposée. Elle supposait des investigations parmi les «acteurs idéologiques» que sont les ONG.

Rechercher les logiques idéologiques cachées derrière les évidences humanitaires basées sur les perceptions émotionnelles médiatisées expose le chercheur à passer pour dépourvu de cœur auprès des militants ou donateurs, ou encore pour un démolisseur de points de vues confortables appréciés comme tels auprès des mêmes. La générosité, l'humanité, la compassion, sont des valeurs suffisamment consensuelles pour que toute investigation ou regard porté sous l'autel de ces valeurs puisse passer pour inconvenant.

Au-delà des micro logiques villageoises, ethniques, dont l'anthropologie a rendu compte dans le passé, une macro anthropologie fait sens dans la mesure où l'on peut observer des effets de globalisation des représentations résultant des reconfigurations contemporaines du temps et de l'espace.

En déconstruisant l'idéologie humanitaire, en la construisant comme objet anthropologique, à travers une anthropologie critique de l'idéologie occidentale contemporaine, ce sont toutes les croyances occidentales qui se sont trouvées ébranlées, telles que la référence démocratique, le développement,... sans parler du caractère politique global de l'idéologie et de l'action humanitaire.

L'objet anthropologique que constitue l'idéologie compassionnelle humanitaire s'appuie sur une approche thérapeutique de l'altérité: la santé des autres en occupe le centre. C'est cela qui justifie l'intervention et l'ingérence, comme un médecin non appelé qui rentrerait par effraction pour sauver un malade muet et paralysé, comme les victimes humanitaires. Lorsque l'«Autre» apparaît d'abord

sous les traits de la victime, du malheur, du manque, du risque et de l'insécurité, la compassion se lit comme une forme très minimale du rapport à l'altérité. La dimension thérapeutique, particulièrement présente dans la médecine humanitaire, arrime solidement l'action humanitaire à la santé, en position de malade ou de victime. Le bénéficiaire, souvent frustré, d'un dispositif thérapeutique d'aide ou de soins oblige à resituer ces rapports dans un champ politique de dépendance, voire de domination.

Parce que l'idéologie humanitaire produit la moralité du capitalisme global, elle est indispensable et les États s'en sont saisis... jusqu'à opérer des guerres «préventives», comme la chirurgie préventive d'une tumeur en médecine. Pour le pire, plutôt que pour le meilleur, l'idéologie humanitaire représente une régression chirurgicale du politique. La dimension globale du phénomène, le prétexte central qu'y jouent la vie biologique et la santé (survie), au côté de la démocratie, renvoient à l'énorme puissance de la norme occidentale de santé rendue intégriste à force de tendre à devenir parfaite. Sauver ou prolonger la vie des «Autres» se présente comme une conséquence de l'extrême emphase mise sur la santé, identifiée à la vie en Occident et construite en aspiration et projet de santé parfaite.

### **La santé parfaite**

Cette notion est empruntée à Lucien Sfez qui, dans son ouvrage [Sfez, 1995], analyse la dimension utopique du projet de santé parfaite. Mon propos est parallèle et porte sur le caractère global et globalisant de cette aspiration profondément occidentale et occidentalocentrée. Le caractère utopique du projet analysé, je m'attache à y trouver un autre chapitre de l'occidentalisme contemporain focalisé sur la vie biologique comme valeur essentielle qui érige la santé en norme centrale, dans un univers de gestion des risques de toute nature: sanitaires, biologiques, politiques, environnementaux. Seule la croissance économique capitaliste ne serait pas encore – probablement par omission programmée – un facteur de risque.

Tout comme l'idéologie humanitaire, la santé parfaite est un concept construit à partir des représentations collectives et des pratiques institutionnelles et sociales. Il s'agit d'une idéologie, c'est-à-dire de représentations cohérentes articulées et logiques qui produisent un sens orienté et univoque dont les conduites se nourrissent sous la pression des normes érigées.

Nous sommes donc dans un univers hautement normatif où la prolongation de la vie du corps biologique devient un projet majeur, voire une nouvelle norme occidentale de civilisation. De multiples conséquences en découlent quant à la nature du sujet en société. Celui-ci semble de plus en plus un corps et de moins en moins un sujet social et politique. La maximisation sécurisée, hédoniste et passablement solitaire d'une vie longue pour jouir durablement des biens et services présents sur le marché devient le projet occidental central, les obstacles définissant l'insécurité. Le fameux «individu» occidental s'identifie de

plus en plus à son corps comme temple de la vie, elle-même kermesse permanente de consommation ludique. Il en résulte logiquement que si le sujet devient un corps, le corps est identifié au sujet dans tous les exercices de gestion du réel. Il ne s'agit pas seulement d'épidémiologie des risques biologiques, mais aussi de la gestion de la place du corps dans la ville, dans les transports publics et privés, dans les loisirs, dans l'habitat. Ce corps, anonyme celui-là, est devenu le seul «proto-sujet» visible pour la société, remettant en question l'individualisme comme une fiction car il s'agit d'un corps de l'espèce, dont les marqueurs spécifiques ne sont considérées qu'en termes de gestion de l'espèce ou en signes de déviations.

La notion de «sécurité sanitaire» s'inscrit dans le projet de la santé parfaite. La sécurité, c'est bien cette prévention systématique des risques de toute nature, qui permet de prolonger la vie et de ne pas être victimes des chauffards et des délinquants, c'est-à-dire des Autres voisins, sans omettre les risques de transmission des maladies qui constituent l'Autre en danger permanent, sauf à vivre sous haute protection. Peur de l'Autre et peur de la maladie et de la mort ne sont donc que les principales faces de l'insécurité décuplée par l'interdépendance d'aujourd'hui.

La dimension civilisationnelle d'un tel système normatif de valeurs érigées autour de la santé comme marchandise première est manifeste, si l'on constate que les représentations contemporaines du bonheur en Occident sont essentiellement signifiées par des éléments corporels et financiers. La richesse et la santé recouvrent la quasi-totalité des aspirations pensables et la jouissance de la richesse suppose la santé qui est réduite à la vie comme condition et instrument de jouissance.

Ces phénomènes portent sur l'analyse du sens et sont donc abstraits. L'objet qui en résulte délimite le champ de l'analyse et les questions formulées en vue de «donner du corps» – si l'on peut dire – à une notion aussi peu réelle en apparence, que celle de santé parfaite. C'est la construction des sens de l'objet présumé qui lui confère alors son statut d'objet anthropologique. L'aspiration à la santé parfaite provoque certaines ruptures, dans les représentations de l'homme, qu'il convient d'analyser. La principale difficulté de construction de tels objets résulte du caractère de non lieu ou de lieu global où se développent ces représentations. La nature du terrain anthropologique s'en trouve modifiée puisque la notion de distance semble abolie. Pourtant les frontières de l'altérité sont partout au lieu de disparaître, dans ces scénarios de guerre contre les virus où chacun sort masqué dans les espaces publics. Ce prix payé en vue de réaliser l'utopie de la santé parfaite est tout à fait actuel. Ces nouveaux évitements, ces peurs «post modernes» s'enracinent nécessairement dans des pratiques du corps et des représentations de la vie et de la santé à partir desquelles l'anthropologie est en mesure d'alimenter la construction d'un objet.

Construire de nouveaux objets suppose parfois de sortir d'objets anciens ce qui n'invalide pas ces derniers. Il en va du dynamisme de la recherche, en parti-



culier dans des sciences non expérimentales comme les sciences sociales. Ainsi l'objet santé publique doit s'extraire de l'emprise de l'objet maladie. De son côté, l'idéologie humanitaire ne peut s'identifier qu'en sortant du tiers-mondisme et de l'humanisme néo colonial paternaliste. Enfin, il faut échapper au carcan de la gestion pour s'interroger sur le sens de «la vie durable» qu'est la santé parfaite. Cela requiert donc un travail sur les objets qui semble être dans la vocation de l'anthropologie.

La valeur d'un objet anthropologique ne se mesure pas à l'aune d'une réalité préétablie qui rassurerait le sens commun: celui de l'ethnologue, par exemple. Si l'observation et la description du réel constituent bien une étape importante en ethnologie, ceux qui en restent là ne sont pas fondés à contester la possible analyse des objets construits. Une hypothèse anthropologique et la construction de l'objet qui la valide ne sont pas le produit de pures spéculations mais bien l'articulation complexe qui lie observations, analyses, raisonnements.

Si la santé publique est aujourd'hui friande de stratégies basées sur des évidences (*evidence based*) c'est surtout l'aveu d'une relative impuissance à maîtriser les situations concrètes. La description ethnographique est souvent convoquée désormais pour servir d'alibi, de caution d'un prétendu réel, aux multiples secteurs de la gestion technocratique et virtuelle du monde, dont on sait qu'elle ignore ce qui peut tenir lieu de réalité dans une large mesure, faute de rapports avec des sujets réels. L'anthropologue demeure en charge de la formulation du sens et de ses logiques. Sa démarche de construction des objets, à la fois observante et spéculative, produit le sens caché qui gît dans les poches où s'accumulent les aspirations, les frustrations, les angoisses, les contraintes des acteurs sociaux les plus concrets d'une scène présente de rapports sociaux à la fois immanents et occultés.

## Conclusion

Des trois objets présentés, aucun n'est donné, même pas «la santé publique» dont le sens demeure plurivoque malgré les fausses évidences technocratiques. Quant à l'idéologie humanitaire, elle est peu contestable tant ses effets sont désormais visibles, en politique en particulier. La santé parfaite constitue un objet marginal, par son abstraction, dans le champ de la recherche sur la santé. Objet prospectif s'il en est, c'est néanmoins un thème profondément anthropologique puisqu'il interroge le sens de la vie des hommes en société tel qu'il se formule sous nos yeux éblouis.

Ces «objets étapes» s'inscrivent dans une anthropologie politique de la santé dont la dynamique s'appuie sur la formulation de plus en plus prégnante d'une norme globale de santé. L'anthropologie est amenée à s'en saisir. Les dispositifs observés dans la «santé publique», «l'idéologie humanitaire» ou la «santé parfaite» ont toujours pour finalité d'empêcher l'œuvre de la mort. De la prévention à la protection, en passant par le sauvetage d'urgence, ces trois objets

traitent de pratiques et de représentations diverses qui s'inscrivent autour de l'objectif unique de santé. Dans les trois domaines, néanmoins, la nature du sujet de la santé est fort différente. Citoyen, victime, échantillon, enfermé dans un corps ou une quarantaine volontaire ou forcée, le statut des sujets de la santé demeure au centre du questionnement anthropologique et il reste durablement divers, même face au modèle unique.

### BIBLIOGRAPHIE

- AUGÉ M., HERZLICH C. [1984], *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Archives contemporaines.
- HOURS B. [1986], *L'État sorcier. Santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan.
- HOURS B. [1998], *L'idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue*, Paris, L'Harmattan.
- LEBAS G., VEBER F., BRUCKER G. [1994], *Médecine humanitaire*, Paris, Flammarion.
- MASSÉ R. [1995], *Culture et santé publique*, Paris, Gaetan Morin.
- SFEZ L. [1995], *La santé parfaite*, Paris, Le Seuil.

## Notes de lecture

---

Marc-Éric GRUÉNAIS (éd.)  
*Un système de santé en mutation :  
le cas du Cameroun*  
Münster: LIT/APAD,  
Bulletin n° 21, 2002, 177 p.

---

Cette livraison du Bulletin de l'APAD (Association euro-africaine pour l'anthropologie du changement social et du développement) entièrement consacrée aux travaux d'une équipe d'anthropologues, politologues et chercheurs en santé publique sous la direction de Marc-Eric Gruénais se propose d'explorer suivant différentes approches un même objet: la réforme du système de santé au Cameroun. La multiplicité de regards portés et de niveaux d'analyse confèrent à ce travail un statut relativement éloigné de la classique évaluation d'une politique de santé. En effet, si les descriptions, critiques voire recommandations ne manquent pas, le propos revêt une double caractéristique qui ne se limite pas à ces attendus de toute évaluation rétrospective: tout d'abord, il est porteur d'enseignements sur les écueils que doivent éviter les systèmes de santé dans les pays du sud, dans leur entreprise de décentralisation de l'offre de soins: il a donc valeur d'exemple; en second lieu, sur le plan scientifique, il véhicule des considérations souvent novatrices en matière d'anthropologie de la santé publique dans les pays en développement.

M.-E. Gruénais souligne d'emblée l'ambition de l'entreprise de réforme, articulée autour de l'idée maîtresse de décentralisation, de renforcement des échelons locaux de la santé, devant être «autonomes» tout en «dispensant des soins de qualité, organisant [notamment] la référence entre les structures de soins situées à différents niveaux de la pyramide sanitaire [...]» (p. 2). Autonomie et qualité: ce sont bien ces deux principes que l'organisation et les pratiques réelles ne vont cesser de remettre en cause. L'autono-

mie suppose tout d'abord une prise de distance avec le pouvoir central et, à tout le moins, une redéfinition des «relations entre le centre et la périphérie». Or l'État n'a jamais cessé de conduire la politique de santé, de sa stratégie à son organisation. L'affectation des personnels et des moyens de fonctionnement des structures de santé reste de son pouvoir; il en est de même d'options sanitaires d'ordre général comme celle visant à intégrer, dans le système de soins national, les formations sanitaires privées et les dispensateurs de soins traditionnels (Gruénais, p. 107). On est donc en présence de tensions entre la promotion officielle du district sanitaire, au niveau «local», d'une part, et le maintien d'un fort pouvoir centralisateur, d'autre part. Avec pour conséquence une désorganisation du «système de référence», c'est-à-dire de la chaîne de soins dès lors que le plateau technique de qualité et les médicaments en nombre se trouvent dans les centres de santé d'arrondissement et le personnel de santé, lui, dans l'hôpital de référence (Okalla, p. 99-100). Cet exemple montre bien que les critiques adressées à la réforme *réelle*, et non pas seulement *imaginée*, ne peuvent se réduire au constat que rien de ce qui a été annoncé n'a été entrepris. Les difficultés découlent bien plutôt de contradictions et d'hésitations dans la mise en œuvre de la réforme. Notamment entre des considérations techniques et politiques. Alors que l'argument de santé publique, technique, recommanderait tel découpage du district sanitaire, des «dynamiques politiques et administratives locales» (Gruénais, p. 5) en impulsion d'autres; alors que la cohérence de l'organisation de l'offre de soins mais aussi son efficacité suggéreraient d'attribuer les fonctions de chef de santé du district et de médecin chef de l'hôpital de district à une seule et même personne, ce sont deux personnes qui les assument (Médard, p. 36; Gauvrit et Okalla, p. 88).

Ces incertitudes participent d'un engrenage de la mauvaise qualité des soins (Okalla, Le Vigouroux), qui possède par ailleurs d'autres explications, largement partagées par nombre de systèmes de santé: manque d'évaluation des compétences, pratiques déontologiques défaillantes, absence de sanction mais aussi d'encouragement des personnels de santé, faiblesse des ressources des structures (Médard, p. 32). Autant de dysfonctionnements qui doivent être replacés au regard de travers plus généraux qui caractérisent l'économie camerounaise dans son ensemble, comme sa mauvaise gestion et son patrimonialisme (*ibid.*, p. 31).

Face à un tel diagnostic, les solutions développées, notamment par J.-F. Médard, si elles répondent point par point aux failles du système (renforcer la déontologie; lier la décentralisation géographique et la décentralisation fonctionnelle; évaluer les compétences des soignants; les motiver par un système de formation continue et une amélioration de la formation initiale; créer un «contre pouvoir du public face au pouvoir médical»; faire en sorte que le «lien entre le revenu et le travail fourni soit réellement perceptible»; se soucier de l'effective représentativité des «représentants de la population») n'en posent pas moins de considérables problèmes pratiques de mise en œuvre: peut-on, de façon réaliste, agir conjointement sur tous ces «leviers» de la qualité des soins? Un préalable ne serait-il pas de se soucier de l'absence de volonté politique, comme cela a été noté pour la lutte contre le sida, F. Eboko soulignant bien que cette volonté ne découle pas nécessairement de l'existence d'une «politique publique» (p. 67)? De façon pragmatique, même si cela peut sembler aller à l'encontre d'un projet politique national, ne faut-il pas d'abord et surtout se pencher sur des expériences ponctuelles et donc des personnes précisément identifiées, dont la démarche servirait d'exemple, ceci sans nécessairement vouloir diffuser d'emblée à large échelle et de façon indistincte un ensemble de «bonnes pratiques»? Une volonté politique d'un côté, des pratiques sur lesquelles s'appuyer de l'autre: cela pourrait permettre, aussi, de remettre en cause un certain nombre de situations contradictoires qui marquent l'offre de soins et la politique la sous-tendant. Contradictions que l'on pourrait résumer par le constat d'une non concordance

entre un affichage et une pratique. Ce sera, par exemple, l'affirmation par les associations de quartier de la prise en compte des problèmes de santé de leurs membres, contredite par la «modicité des sommes» effectivement consacrées aux malades (Abéga & Yegba, p. 131); ce sera aussi, au niveau cette fois-ci de la politique de santé – nous l'avons dit –, l'intégration de l'ensemble de l'offre de soins et des thérapeutes à la politique nationale; ambition qui révèle, dans les faits, une contradiction lorsque les centres de santé catholiques refusent d'afficher des activités de planning familial (qui constituent pourtant la politique nationale) (Gruénais, p. 113).

Céder sur ces points, ne pas discuter de telles contradictions, me semble singulièrement compromettre toute entreprise d'«amélioration de la qualité des soins». À cet égard, un des mérites de cet ouvrage, d'un point de vue cette fois-ci anthropologique, est bien de montrer, grâce à des études de cas couplées à des analyses plus globales de l'organisation du système de santé et de sa réforme, que les problèmes et donc les solutions envisageables relèvent, de façon indissociable, aussi bien de pratiques individuelles à changer que de stratégies à rendre cohérentes, voire de conceptions de la santé publique à réviser. Parmi celles-ci, l'image des recours de type néo-traditionnels comme présentant des choix plébiscités par les patients est contestée de façon convaincante – quand bien même ils croissent en nombre et en visibilité (Gruénais, p. 145-146). En s'obligeant à repenser des situations que des raisonnements rapides tendent à figer, ce travail est porteur, me semble-t-il, d'un autre enseignement: celui de la nécessité, avant de se lancer dans des actions portant sur les différents aspects défaillants de la pratique des soignants, d'étudier au plus près les projets, les structures, les actions individuelles qui constituent des réussites. C'est la condition non pas uniquement pour identifier les différents points essentiels à prendre en compte pour améliorer le système de santé – largement connus –, mais bien pour repérer comment ils s'articulent, concrètement, dans les pratiques quotidiennes de dispensation des soins ou dans les échanges des soignants avec les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Laurent Vidal

Byron GOOD

**Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu**

Paris, Éditions Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, coll. «les empêchés de penser en rond», 1998, 434 p.

L'ouvrage de Byron Good est composé de sept chapitres. Il peut être scindé en quatre principales parties: une première présentant quelques concepts anthropologiques se rapportant à l'étude de la médecine, une deuxième axée sur l'analyse de la pratique médicale aux États-Unis. La troisième, quant à elle, livre une approche comparative de la théorie des humeurs et de la biomédecine (Turquie, avec quelques exemples sur l'Iran), et une dernière conclut en apportant une discussion théorique et critique de l'anthropologie médicale et de ses approches.

L'ouvrage reprend dans ses grands traits une série de conférences à l'occasion des Morgan Lectures. B. Good introduit le débat sur l'anthropologie médicale à partir d'un constat: le «modèle médical» se représente la maladie comme une entité biologique et psychophysiologique. Ainsi, peu de place est laissée au contexte social et culturel. Cette approche réductrice conduit l'auteur à faire la critique de ce qu'il appelle la «théorie empiriste du savoir médical» (p. 38), et se propose de «concevoir une autre façon de penser la médecine et le savoir médical» (p. 39).

La médecine fonctionne comme un domaine clos où les notions utilisées ont presque une validité allant de soi. N'est alors conçue comme maladie que ce que le médecin définit comme telle. Pourtant, l'examen de la maladie à travers les différences régionales voire culturelles, montre que cette conception s'accompagne d'un rejet subséquent, de la part de la biomédecine, de tout ce qui n'entre pas dans cette manière de concevoir.

L'expérience montre ainsi que le rationnel n'est pas la seule donnée présente dans les questions médicales. L'irrationnel a aussi sa place. Aussi, l'opposition entre croyances et connaissances tient difficilement devant les interrogations épistémologiques. L'auteur convie à une prise en compte des dimensions relativistes dans les modes de compréhension et d'interprétation des savoirs d'une culture.

La disjonction entre «croyances» et «connaissances» pose un débat de fond quant à la conception du progrès comme forme de rup-

ture avec les représentations «surannées» de la sorcellerie que le rationalisme actuel – variable force du désenchantement du monde – ne permet plus de prendre en compte.

Cette approche introduit une logique relativiste qui permet de prendre en considération d'autres pratiques de soins qu'*a priori* la médecine moderne, «rationnelle», rejette. L'*a priori* que toute maladie renverrait à un état biologique et psychophysiologique qui peut être appréhendé par le médecin fonde le rejet de tout ce qui n'entre pas dans le lexique du praticien. Ainsi, toutes les sociétés devraient pouvoir se reconnaître dans une unique manière d'aborder l'intervention médicale et donc la posture rationnelle par rapport à la maladie.

B. Good (p. 70 et suiv.) s'attache alors à décrire les travers de cette approche. Il cite, à ce propos, Benjamin Paul qui affirme: «si l'on veut aider une communauté à améliorer sa santé, il faut apprendre à penser comme les personnes qui composent cette communauté». Il faudrait tout au moins comprendre leurs logiques thérapeutiques.

Pour mieux cerner les clivages qui existent au sein de l'anthropologie médicale, l'auteur expose ensuite quatre principales approches, en rapport avec les représentations de la maladie:

Tout d'abord, celle des «empiristes» qui confèrent une large place aux formes d'interprétations langagières des types d'actions rationalisées par les demandeurs de soins. Le langage sert ici à décrire la maladie, à lui donner un contenu sémantique. Il permet de retracer la manière dont l'action est mise en œuvre dans les questions de santé.

Chez les cognitivistes, le langage porte la structure qui guide l'action. Il est à la fois individuel et collectif. Il organise la perception de l'individu.

La théorie interprétative, quant à elle, envisage le langage comme une forme de civilisation et d'intersubjectivité, «comme actif et constituant» (p. 146) donnant une entrée au sens.

Les auteurs critiques, quant à eux, considèrent le langage médical comme forme de mystification et outil de manipulation.

Comme on le voit, le langage offre une entrée par laquelle B. Good analyse les formes d'explications ou de déclinaisons investiguées par les anthropologues qui s'intéressent aux questions médicales.

Ce qui conduit B. Good à parler du jargon des médecins qui n'est parfois qu'une manière de «mystifier» les clients par un langage hermétique. Ils se situent ainsi dans un rapport de pouvoir où ils ont le plus de chance d'imposer leurs vues. Le médecin contrôle ainsi un territoire qu'il maîtrise. Le rapport de pouvoir est disproportionné: la capacité de réaction des soignés est faible. Cette approche critique permet de voir la médecine sous un autre jour et montre les enjeux dans la pratique quotidienne d'une profession trop souvent conçue comme altruiste et désintéressée.

Ce travail d'élucidation des référents théorico-pratiques auquel se livre B. Good lui permet-il cependant de proposer une perspective originale?

Notons qu'il se propose de définir une position à l'intérieur du courant interprétatif qui tient compte de la théorie critique. Ceci passe par l'utilisation d'une «phénoménologie critique», qui permet de fournir une analyse critique du vécu de la maladie. Bref, il propose de réunir l'économie politique et le point de vue interprétatif, «à intégrer les points de vue historique et planétaire, ainsi qu'une riche analyse culturelle dans nos écrits ethnographiques» (148). Ceci passe par une vaste entreprise comparative.

L'originalité du travail de B. Good réside surtout dans la place qu'il donne au discours des étudiants. Cette période de la formation est un moment où est développée la sensibilité à la comparaison avec d'autres expériences vécues antérieurement, mais aussi avec les attentes formulées avant de venir à la faculté de médecine. Leur socialisation est essentielle pour comprendre les mécanismes d'insertion et de rejet donc d'intégration réussie ou non, d'aptitude à la profession médicale.

La comparaison entre médecine occidentale et islamique présente un aperçu des formes possibles de traduction et d'interprétation entre différentes cultures. L'exemple de la théorie des humeurs dans l'islam montre que les notions de froid et de chaud peuvent difficilement être traduites dans l'approche occidentale. Selon B. Good, seule une stratégie herméneutique classique peut fournir un modèle de compréhension. L'approche empirique partant des textes aux réalités du terrain reste inapte à fournir une explication acceptable. L'approche herméneutique serait

donc la plus adaptée en ce qu'elle permet de remonter dans les modes d'interprétation à travers les textes classiques.

L'exemple du vécu de la maladie et des malades chroniques débouche sur une analyse de l'expérience de la maladie comme dissociation entre un monde intérieur et un autre extérieur chez les malades qui évoluent dans un univers où eux-seuls ont leur place. Ce vécu apparaît comme une expérience bouleversante et singulière, un espace clos dans lequel est enfermé le sujet qui souffre. Cette analyse conduit B. Good à discuter des présupposés méthodologiques des récits ainsi que de la complexité de leur exploitation. Les récits sont souvent situés et datés. Ils procèdent d'une dynamique de construction, de «cohérentisation» après coup, du vécu des acteurs. Ceci témoigne de la difficulté de les analyser. L'idée de «résistances du texte» en fournit une bonne illustration. Certaines dimensions du discours sont cachées, fuyantes et difficilement interprétables.

Le dernier chapitre nous paraît essentiellement rhétorique et ne se justifie que par rapport à un désir de réponse à son ancien «maître» à qui il affirmait faire un travail sur «*la maladie comme objet esthétique*». Par contre la discussion sur la rationalité instrumentale et les perspectives qu'il dégage sont d'un intérêt certain en même temps qu'elles ouvrent un large champ de recherche à l'anthropologie médicale. Il s'engage, rompant ainsi avec une approche frileuse d'évitement de certaines questions que l'anthropologie peut difficilement contourner.

L'ouvrage a un souci remarquable du détail dans les expositions des cas étudiés. Il présente les conditions dans lesquelles les entretiens se déroulent. Il croise différents points de vue, triangule les approches. Il interroge en outre les travaux antérieurs sur le domaine et donne des références très utiles sur certains aspects de son argumentation; bref, il constitue un entrelacement impressionnant de réalités théoriques et empiriques.

Il a, par ailleurs, le mérite de susciter des interrogations sur notre propre recherche aussi bien du point de vue méthodologique que théorique. Par exemple, l'option de laisser d'autres membres interférer dans la discussion ne nous semble pas une approche aisée à tenir. Pourtant, il est le quotidien de tout chercheur en Afrique. Combien de fois la maîtrise des interférences dans les dis-

cours échappe au chercheur? Si ces interférences posent parfois problème, elles n'en restent pas moins réelles. La question est donc de savoir comment les prendre en compte dans le traitement des entretiens, sachant qu'elles peuvent être difficilement ignorées par exemple dans le cas du discours des accompagnants (concernant des entretiens avec des malades) qui ne vivent pas directement la maladie? La réflexion sur la douleur fait aussi l'intérêt du propos. L'impossibilité de la mesurer par des appareils diagnostics pose d'importantes questions relatives à son vécu. C'est à une réflexion de taille sur ces questions toujours d'actualité que nous invite à réfléchir B. Good.

Tidiane Ndoye

---

Benjamin RUBBERS

*Devenir médecin en République démocratique du Congo. La trajectoire socioprofessionnelle des diplômés en médecine de l'Université de Lumumbashi*

Tervuren/Paris, Institut africain-CEDAF/  
L'Harmattan, 2003, 130 p  
(Préf. M.-E. Gruénais)

---

Issu d'un mémoire de DEA soutenu à l'EHESS (Marseille) le bref mais dense et fort instructif ouvrage de B. Rubbers investit un champ d'étude jusqu'alors fort peu balisé par les sciences sociales de la santé africanistes<sup>1</sup> en se proposant de «comprendre comment les jeunes congolais deviennent médecins, les mécanismes sociaux qui orientent leur carrière et la manière par laquelle se construit leur identité professionnelle» (p. 17). Ceci à partir de séries d'entretiens menés auprès de médecins, diplômés en 1997 et 1998 à Lubumbashi, évoluant donc dans un contexte marqué par un *délabrement* croissant d'une économie assujettie à des flambées de tensions militaires depuis les années 1970.

Aussi, d'emblée, l'auteur ne manque de souligner le paradoxe du succès de la formation universitaire alors que les débouchés s'ame-

nusent considérablement (p. 15). Mais paradoxal en réalité apparent, si l'on s'en tient uniquement aux chiffres, et que l'on ignore la forte valorisation de l'«intellectuel universitaire», en général, et du diplômé en médecine, en particulier. Prestige du diplôme qui confère à son détenteur – au moins dans les représentations communes, la réalité, étant, on le verra, bien différente – une «certaine aisance dans les relations sociales» (p. 27). L'image du diplômé précisée, l'auteur s'attache à décrire les modalités d'accès aux études de médecine. Le futur étudiant doit alors s'inscrire dans des réseaux de solidarité, dont il sera par la suite, une fois médecin, le débiteur en tant que détenteur d'une «position stratégique et rémunératrice» (p. 35). Les soutiens de l'étudiant sont alors naturellement sa famille mais aussi, dans certains cas, des missionnaires. B. Rubbers rappelle ici avec à propos l'essentiel relai qu'a représenté la médecine dans le processus d'implantation du christianisme en Afrique centrale. Empreinte historique de la religion sur la santé parfois incorporée dans les représentations de l'activité du médecin que des diplômés comparent, en effet, à celle du prêtre, tous deux travaillant «au service de Dieu». Toujours est-il qu'au-delà de la négociation avec son entourage du type de formation universitaire envisagée, les motivations de l'étudiant pour s'engager dans des études de médecine ressortent principalement de trois registres: l'aboutissement d'une disposition personnelle à l'assistance; l'investissement dans un diplôme garantissant un statut socialement valorisé, rentable; une destinée jugée inexorable (p. 51-53). Naturellement ces motivations ne sont pas exclusives les unes des autres et l'immersion dans le monde universitaire puis l'exercice de la médecine érode singulièrement les prédispositions altruistes de nombre d'étudiants.

À l'université, les étudiants découvrent un système où, de l'inscription à la réussite aux examens, la corruption et le trafic d'influence, le poids des réseaux, transforment ce parcours en un véritable «combat»: autant de caractéristiques du monde universitaire communes aussi à celui de la pratique médicale<sup>2</sup>. Ajoutant à ce constat le fait que la formation

---

1. Notons ici que dans son point sur les études consacrées aux professionnels de santé, B. Rubbers omet de mentionner l'ouvrage d'I. Gobatto qui se penche sur les représentations que les médecins burkinabé développent de leurs parcours et activités professionnels (*Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan, 1999, 303 p.)

2. Pour d'amples descriptions et analyses de ces pratiques, on se reportera à l'ouvrage dirigé par Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan, recensé dans ce volume.

familiarise avec les pathologies tropicales et un environnement technique pauvre, B. Rubbers en déduit que, finalement, ces futurs médecins bénéficient d'un enseignement qui les forme aux situations concrètes qu'ils vont côtoyer en tant que praticiens (64). Mais, et c'est là tout le mérite de l'analyse de B. Rubbers sur un aspect peu étudié de la confrontation entre les représentations et les réalités du métier de médecin, le diplômé doit néanmoins faire face au « choc de la réalité » : non pas celui de la pénurie des structures dans lesquelles il exerce ou de la détresse des malades, mais bien plus exactement celui du caractère aléatoire de la réussite sociale par le diplôme (p. 65). Les revenus dans le service public sont dérisoires et les médecins sont alors contraints d'avoir des activités parallèles. Cas de figure banal en Afrique ? Pas tant que cela, compte tenu du prestige associé au métier de médecin qui lui interdit de se lancer dans le commerce, activité jugée bien trop dévalorisante. Aussi, le médecin doit diversifier ses sources de revenus dans l'espace de la santé et de ses compétences : consultations dans des cliniques privées, expatriation – notamment en Zambie et en Afrique du sud, mais aussi en Europe et en Amérique du nord –, recrutement par une ONG ou un organisme international, aux salaires autrement plus attractifs. C'est souvent à cette condition que le médecin pourra répondre à l'attente de son entourage, fonder une famille, s'installer dans une nouvelle maison et, *in fine*, s'insérer dans la « mécanique de la solidarité entre générations » (p. 61) qui l'oblige, à son tour, à venir en aide à ses proches, payer les frais de scolarité de ses cadets. Et si, dans cet exercice de solidarité, le diplômé s'autonomise excessivement de son entourage dans la redistribution à laquelle il est tenu, en se substituant aux choix des membres de sa famille élargie, il s'expose alors à une agression sorcellaire.

Pour pouvoir remplir ce devoir de solidarité, certains médecins optent pour la spécialisation qui ouvre théoriquement les portes des cliniques privées (avec néanmoins le risque d'être licencié). Démarche qui, dans un second temps, doit déboucher sur la mise sur pied de sa propre clinique privée : entreprise qui devient de plus en plus aléatoire car ce marché se trouve aussi investi par des hommes d'affaire, des entreprises et des Églises. De tels parcours me semblent devoir nuancer l'affirmation d'une « attente passive envers

l'État » des diplômés qui estiment du devoir de celui-ci d'améliorer leurs conditions de travail et en particulier leur salaire. Pour preuve, les trajectoires de médecins qui considèrent le travail salarié comme une étape vers la spécialisation et celle-ci comme la « voie royale » pour se constituer une clientèle aisée que l'on conservera, ultérieurement. Néanmoins, tous les diplômés, loin s'en faut, ne suivent pas de tels parcours et parmi les désillusions qu'ils manifestent, il est important de mentionner celles qui émanent de médecins qui ne sont pas originaires du Katanga (la région de Lubumbashi), notamment les kasaiens, qui s'estiment victimes de discriminations ethniques dans l'accès à un poste (p. 109). Lecture ethnociste de parcours professionnels qui renvoie plus généralement à l'histoire mouvementée de la marginalisation politique du Katanga dans le pays.

Je voudrai revenir pour conclure sur l'image que certains médecins donnent du caractère « apostolique » de leur profession, suivant le constat que « dans la mesure où le médecin agit au nom de Dieu, (le médecin) considère également que la générosité dont il fait preuve attire sur lui la grâce divine » (p. 113). B. Rubbers tempère cette image de soi des médecins en remarquant – rejoignant en cela les analyses de Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan – que cet apostolat « cède peu à peu la place à la prédation » (p. 113). On ne peut alors que s'interroger sur les fondements de cet apostolat « initial ». Les désillusions de l'étudiant puis du diplômé peuvent certes expliquer – à défaut de la justifier – une telle évolution, un tel hiatus entre l'image du métier, son exercice les premiers temps puis au fil des années. B. Rubbers rapporte à cet égard les propos explicites et amers de ce médecin qui reconnaît reporter sur ses relations avec le malade, les désillusions qu'il a connues dans son parcours professionnel. Ce qui est en question, ici, n'est donc pas la logique de ces transformations mais bien plutôt les raisons de l'inscription dans un référent religieux du choix de cette profession. Faut-il y voir l'imprégnation par son propre sentiment religieux de la représentation que l'individu se forge de la médecine ? Doit-on – non pas à l'inverse mais de façon complémentaire – considérer que cette mission que s'assigne le diplômé est fondamentalement en germe dans l'exercice de la médecine (don de soi, altruisme, générosité, compassion, autant de valeurs *aussi*



chrétiennes)? En d'autres termes, le religieux est-il exporté dans la pratique médicale, et les représentations qu'elle suscite, par des hommes et des femmes – médecins et croyants – ou leur est-il intrinsèque? Il y a là un thème de réflexion majeur et encore largement inexploré pour les sciences sociales de la santé en Afrique. Que B. Rubbers n'approfondisse pas ce questionnement qu'il contribue pourtant à faire émerger, n'enlève cependant rien à l'originalité de son objet et à la précision de ses analyses.

Laurent Vidal

---

Sylvie FAINZANG  
***Médicaments et société:  
 le patient, le médecin et l'ordonnance***  
 Paris, PUF, 2001, 156 p.

---

Dans son ouvrage sur les rapports entre patient, ordonnance et médecin, S. Fainzang part d'un ensemble de questionnements sur l'ordonnance pour étudier la manière dont elle est gérée tant sous sa forme de prescription que dans sa matérialité comme papier écrit. Cette étude a été réalisée dans des groupes d'appartenance religieuse diverse (juive, musulmane et protestante) composés de pratiquants et de non pratiquants, résidant dans le sud de la France. Le souci de S. Fainzang est de rechercher des modèles qui intègrent d'autres dimensions aux fondements culturels des pratiques. S. Fainzang essaie de replacer le sujet dans un modèle d'interprétation classique en sciences sociales, c'est-à-dire l'attitude des personnes à l'égard des pathologies et des prescriptions selon leur milieu social, leur statut socio-économique et leur type d'éducation tout en y intégrant la dimension religieuse. Elle vise alors à repérer les traces véhiculées par la culture religieuse et la manière dont ces empreintes sont susceptibles d'influencer le rapport à l'écrit, à l'autorité et au savoir dans le domaine médical. Elle montre, progressivement, comment le patrimoine culturel s'inscrit dans les références identitaires du sujet malade et dans son rapport aux médicaments et au médecin. Pour ce faire, S. Fainzang part de l'hypothèse selon laquelle, «l'appartenance et/ou l'origine religieuse modèle en partie les individus et que cette empreinte se lit sur leurs conduites quotidiennes» (p. 10). Alors, la question qui se pose est celle de savoir quel lien peut être

établi entre l'attitude des individus à l'égard de l'ordonnance médicale et des médicaments, d'une part, et leur origine culturelle religieuse, d'autre part? Comme le note l'auteur: «étudier la place de l'ordonnance dans la vie des individus c'est à la fois étudier celle qu'ils leur accordent dans le processus de guérison et celle qu'ils leur assignent dans l'univers domestique, et examiner leur attitude à l'égard des médicaments prescrits ou non, dans ces divers ensembles culturels» (p. 10).

L'attitude des sujets à l'égard de l'ordonnance introduit celle de leurs conduites à l'égard du médecin et le sort de l'ordonnance dépend des rapports avec les prescripteurs. Sylvie Fainzang part de ce qu'est une ordonnance pour dire que les individus sont susceptibles de développer des comportements différents à son égard; «l'ordonnance est un morceau de papier. Elle a une matérialité». Ce qui pose la question de l'attitude des individus face à l'écrit, le statut de l'écriture étant différent dans les diverses cultures religieuses. Le texte de l'ordonnance est rédigé par un personnage bien particulier – le médecin – et contient des informations sur le patient et sa maladie. Pour ces raisons, l'ordonnance condense à la fois le rapport à la maladie et aux médicaments, mais aussi au corps, à l'écriture et au médecin. L'ordonnance se voit ainsi dotée d'une forme de sacralité pouvant induire des attitudes diverses liées au statut accordé à l'écrit et à son auteur, le prescripteur. Le patient s'incline devant son savoir, et ce rapport entre prescripteur et malade induit la question de l'observance.

La question qui se pose dès lors est celle de savoir quelle est la place de l'ordonnance dans le processus de guérison et dans l'univers domestique? L'étude de Fainzang montre que l'ordonnance est jetée ou conservée selon les divers usages que l'on en fait. Son sort est variable une fois son contenu acquis. S. Fainzang montre que l'usage du médicament répond à des critères différents et ne peut être réduit à une seule explication économique. Un des aspects qui distinguent les conduites des patients est le souci qu'ils portent à la fonction et à la nature des médicaments prescrits. Une autre dimension est celle de l'utilisation collective et/ou individuelle des médicaments. Cependant même si les individus sont soumis au médecin, ils réagissent différemment à l'ordonnance. Ils peuvent discuter, contourner ou refuser l'ordre

qui est sous jacent à l'ordonnance. Selon S. Fainzang la soumission au médecin n'est pas soumission à la prescription, elle témoigne une relation différente à l'autorité incarnée par le médecin. Dans les relations entre patients et médecins, l'auteur montre qu'il est pertinent d'étudier le dialogue qui s'instaure et qui détermine les conduites des patients.

L'ouvrage de S. Fainzang est intéressant à plus d'un titre. L'auteur commence par confirmer l'importance des déterminants classiques en sociologie (variables économiques, culturelles, démographiques) sur les comportements individuels. Ensuite elle montre que les conduites des individus doivent être étudiées en relation avec l'origine religieuse, le système de pensée rattaché à la religion et les valeurs religieuses de leur groupe de référence. De plus, en partant des similitudes et des oppositions de comportements qui se donnent à voir dans les conduites quotidiennes, comme l'étroite parenté de comportement entre les protestants et les juifs, ou encore comme la divergence entre les conduites des catholiques et des protestants, S. Fainzang montre que cette situation induit un brouillage des frontières dans les comportements. Un autre point non moins important est le constat de l'existence d'invariants dans les comportements humains, quels que soient l'appartenance religieuse et le système de croyance. L'analyse faite par S. Fainzang des conduites des patients passe non seulement par l'observation de leurs pratiques, mises en parallèle avec leurs croyances religieuses tout en tenant compte des écarts de conduite suivant que l'individu est plus ou moins pratiquant, mais intègre aussi l'histoire de l'individu et celle du groupe culturel, religieux, auquel il se rattache.

Ceci étant, les conclusions de l'auteur sur les liens entre écriture sainte et attitude devant l'ordonnance de même que le rapport à Dieu et le rapport au médecin paraissent hâtives étant entendu que dans le groupe d'étude existent des non pratiquants. De même, dans les représentations sur la maladie proposées par la plupart des religions, la souffrance est une «épreuve» divine que le croyant doit accepter. C'est la résignation ou la fatalité qui fondent le comportement des croyants, et cette attitude de soumission devant le médecin ou l'ordonnance est différente de leur rapport à Dieu et aux écritures saintes. Les comportements face à une prescription répondent ainsi davantage à la nécessité de

trouver une explication à une souffrance et à la quête de guérison qu'à un rapport aux textes sacrés. Dès lors, le médecin n'est pas assimilable à Dieu: il est plutôt perçu comme celui qui détient la solution à la maladie. À cela s'ajoute le fait que l'image de plus en plus dévalorisée de certains médecins, comme les généralistes, amoindrit la portée de ce type de comparaison.

Fatoumata Hane

---

Yannick JAFFRÉ et  
Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (dir.)  
*Une médecine inhospitalière. Les difficiles  
relations entre soignants et soignés  
dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*  
Paris, APAD-Karthala, 2003, 464 p.

---

Fruit d'une recherche anthropologique largement comparative, menée en 1999 et 2000, cet ouvrage remarquable – qui fera date dans la description et la lecture du fonctionnement «réel» des pratiques médicales du secteur public en Afrique – s'apparente, au moins dans ses deux premières parties, à une inexorable «descente aux enfers». Le mot ni trop fort ni convenu pour évoquer des faits, attestés par nombre d'observations et d'entretiens effectués tant auprès de soignants, de malades que de leurs accompagnants, et fortement communs aux cinq villes en question, qui tous convergent – nonobstant des exceptions sur lesquelles je reviendrai – pour dresser le tableau sans concession mais incontestable de pratiques médicales infantilisantes et déshumanisantes, où l'indifférence côtoie la violence des attitudes individuelles, des gestes médicaux et des paroles. Mais les auteurs ne se contentent pas de constats – appuyés sur de fines descriptions où des parcours de malades dans les centres de santé tout aussi bien que des journées de «travail» de soignants sont minutieusement rapportés – objets de la seconde partie et des annexes, ils en extraient des analyses (1<sup>re</sup> partie) mais, aussi, des éléments d'explication et des propositions visant à «réformer» l'existant (3<sup>e</sup> partie). Nous avons là une structuration originale du propos qui ne se contente pas d'enchaîner descriptions, analyses et recommandations, même si cela conduit parfois à retrouver dans les études centrées sur une ville ou un centre de santé des exemples déjà cités dans les analyses.

En positionnant leurs instruments de collecte de données, puis d'analyse, sur ce qu'ils appellent la « ligne de front » que constituent, dans les structures de soins, les relations entre soignants et soignés, le collectif de chercheurs animé par Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan ayant travaillé dans cinq grandes villes d'Afrique de l'Ouest (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey) est alors en mesure de répertorier l'ensemble des dysfonctionnements qui sont la règle du quotidien de la délivrance des soins dans le secteur public de la santé. Quels sont-ils ? Tout d'abord, la corruption et le racket pour avoir accès à la structure, pour attendre moins longtemps, pour espérer obtenir les médicaments prescrits : ce qui fait dire que l'on est passé d'un « système de gratuité avec médicaments garantis (fin 1960), puis de gratuité sans médicament (60-90), à la non gratuité d'aujourd'hui » (p. 148). Non gratuité qui se double de gestes d'impolitesse et d'incivilité à l'encontre des malades ou de leurs accompagnants, mais aussi de pratiques de passe-droits et de violences verbales, et parfois même physiques, dont sont notamment victimes, dans les maternités, les parturientes dont le travail est long. Dans ce contexte, la communication avec les malades que ce soit dans les séances abusivement intitulées d'« éducation pour la santé » (qui ne durent que quelques minutes, sans éveiller le moindre intérêt chez des patients contraints d'y assister) ou dans le temps de la consultation (le soignant ne parle pas toujours la langue de son patient ou réduit le dialogue à l'échange de quelques mots). Les patients les plus démunis sont naturellement les plus exposés aux contraintes et brutalités de ces contacts avec le monde médical, eux qui sont, plus que tout autre, dans l'impossibilité de « sortir de l'anonymat » dans laquelle les confine leur simple apparence vestimentaire : ils savent par ailleurs que « connaître quelqu'un » dans le service est indispensable pour être traité avec plus d'égards, ceci au point que certains développent des « stratégies d'adaptation qui s'appuient sur un sens aigu d'observation du comportement et de la psychologie des agents de santé » (p. 210). Si la qualité de l'accueil du malade – incluant les déficits en matière d'hygiène des locaux – laisse, on l'aura compris, largement à désirer, des nuances existent néanmoins : cet accueil peut être différent à chacune des étapes du parcours du patient

dans la structure, mais un seul accroc peut compromettre son appréciation générale. On reste malgré tout dans le registre de l'exception. Il en est de même de l'appréciation globale posée sur les structures de santé en Afrique de l'Ouest : celles dont le fonctionnement échappe à ce complexe de dysfonctionnements le doivent « plus à la personnalité de tel ou tel qu'à des effets de système » (p. 85).

Il serait trop long de détailler l'ensemble des comportements médicaux relevant du quotidien des structures de santé et qui s'inscrivent en porte-à-faux avec ce que le patient est en droit d'attendre de soignants. Je m'attarderai sur quelques constats généraux qui, tous, relèvent de manques. Le « manque social » des professionnels de santé, tout d'abord, qui, bien qu'issus du milieu de leurs patients, « s'écartent des normes partagées [...] par eux » (p. 152), en particulier en matière d'accueil, d'échange avec autrui, d'où sont très souvent absentes bienveillance et compassion. Manque d'éthique professionnelle, aussi, dont les pratiques de corruption sont un juste exemple mais qui n'est pourtant considérée par les soignants eux-mêmes comme n'étant « ni du vol, ni un manque de conscience professionnelle mais simplement comme la recherche de conditions de vie meilleures » (p. 258). Manque, enfin, de sanctions dans un cadre de lecture de la faute professionnelle qui la limite à l'erreur thérapeutique, excluant de fait précisément l'ensemble des pratiques d'accueil, de communication avec le malade qui se caractérisent globalement par un mépris de ce dernier. Le poids des réseaux personnels dans la construction de la carrière du soignant<sup>3</sup> est, ici, de toute évidence un facteur explicatif de l'impossibilité de mener à son terme toute entreprise de sanction. Un des mérites de cet ouvrage est alors de confronter ces descriptions aux arguments des soignants, à leurs justifications de ces attitudes. Revient alors la position suivant laquelle ils estiment être payés « pour être présents sur le lieu de travail, pas pour le travail à accomplir » (p. 242). Simple présence qui s'exerce au détriment du patient et qui donne lieu à des stratégies de captation d'argent, dont la structure est aussi victime.

Dans le registre de l'explication, fruit cette

3. On se reportera sur cette question à l'ouvrage de B. Rubbers, recensé dans ce numéro.

fois-ci plus nettement de l'interprétation des données par les auteurs, il y a le constat que dans des perspectives de carrière individuelle, les soignants ne veulent pas s'investir en temps dans la délivrance de soins, pas plus que dans l'accueil des malades, ou la communication avec ces derniers : leur objectif est au contraire d'être «visibles à l'extérieur», dans les séminaires et formations auxquels ils sont conviés, ceci dans l'espoir de décrocher un poste autrement plus lucratif dans une ONG ou dans un projet international. Repérer dans cette stratégie, comme le font les auteurs, un «effet pervers des politiques de santé publique qui vident les structures de santé de leurs personnels les plus honnêtes et les qualifiés» (p. 89) me paraît toutefois quelque peu rapide : ces professionnels ne sont-ils pas surtout les plus habiles et ceux disposant des réseaux de soutien les plus efficaces pour composer avec la demande de la santé publique et d'expertise sans pour autant être ni les meilleurs, ni les plus honnêtes ?

Avant d'en venir aux pistes de solution à ces problèmes ouvertes dans la dernière partie du livre, les difficultés rencontrées par les soignants sont explicitées. Difficultés dont l'exposé n'est pas d'atténuer l'ampleur des manquements à la pratique médicale attendue de ces professionnels mais bien plutôt de mieux situer les contextes d'exercice de la médecine. Nous avons ainsi le dénuement matériel des structures de santé qui ouvre à des bricolages thérapeutiques vécus par les soignants, notamment ceux d'entre eux ayant suivi de longues études, comme une «déchéance statutaire» (p. 301). La réaction des soignants se lit dans la relation avec le malade caractérisée par une absence d'implication affective, en d'autres termes une «difficile construction de l'altruisme» (p. 301). Situation dont souffrent nombre de professionnels de santé qui, face au dénuement de leurs malades – faisant incidemment écho au leur –, doivent choisir entre payer avec leurs propres deniers les soins de leur patient ou contredire leur engagement déontologique, en ne faisant rien. Pour autant, les auteurs se gardent bien d'expliquer l'ensemble des dysfonctionnements repérés par le seul dénuement des soignants.

Ils développent à cet effet leur réflexion suivant deux directions, l'une relative à la culture bureaucratique générale en Afrique, et l'autre à la culture professionnelle propre à

la santé, toutes deux portant les éléments d'intelligibilité des situations décrites. Les auteurs estiment à cet égard que «les bureaucraties africaines d'interface sont restées prisonnières d'un modèle colonial que les innovations post-coloniales ont contribué à empirer (du point de vue du rapport à l'usager)» (p. 282). Modèle colonial fondé sur le mépris de l'usager, l'instauration d'un système de privilèges qui associe «formalisme rhétorique» et «accommodements oraux» (p. 279). S'ajoute à cela le profond décalage existant entre les formations universitaires, très scolaires, et les conditions d'exercice effectives. Dans l'optique, que l'on ne peut que partager, d'expliquer le fonctionnement interne des structures par des situations externes, on regrettera néanmoins quelque peu l'absence de parcours biographiques de soignants, susceptibles, précisément, de situer leurs pratiques, non seulement au regard du contenu de leur formation académique (critiquée mais de fait guère décrite dans ses contenus précis), mais aussi de leur cheminement personnel vers le métier de soignant : qu'est-ce qui les a motivés pour suivre ces études ? quel rôle a joué leur entourage familial ? Cette remarque me semble par ailleurs tout à fait compatible avec la philosophie générale des solutions proposées par les auteurs, consistant à «réformer par le bas» les pratiques des professionnels de santé. Dans l'entreprise, délicate pour l'anthropologue qui n'est ni un gestionnaire de santé publique, ni un médecin, de proposer des améliorations de l'existant, Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan avancent une série de propositions, parmi lesquelles : l'instauration de groupes de paroles, pour permettre aux soignants d'échanger sur leurs difficultés ; la promotion d'une «déontologie du service public» ; la nécessité d'agir sur «les normes pratiques» de soins ; ou encore la mise en place d'une «culture d'entreprise qui fasse exister le malade», de façon à combattre le «désinvestissement relationnel» du soignant (p. 322) et l'anonymat dans lequel il plonge alors le malade qui pénètre dans l'espace de soins.

Tout en étant convaincantes au regard des descriptions faites, ces suggestions d'interventions pour améliorer l'existant me paraissent, parfois, ne pas prendre l'entière mesure des problèmes posés. D'une façon générale, peut-on agir «par le bas» sans se pencher sur les problèmes structurels de la santé. Je pren-

drai un exemple, qui renvoie à la structuration de la santé publique par ailleurs évoquée dans l'ouvrage (autour de l'illusoire efficacité des séances d'«éducation pour la santé»): ne faudrait-il pas étudier au plus près les textes que produisent et les actions que mènent les responsables de programmes nationaux ou de projets «santé» des coopérations bi ou multilatérales, afin de comprendre comment ils sont reçus (s'ils le sont...) et interprétés par les soignants? Concrètement cela signifie ne pas porter l'effort d'amélioration uniquement sur les «normes pratiques» mais aussi sur leurs liens avec les «normes officielles» (de diagnostic, de traitement): elles existent, sont censées être diffusées mais peuvent ne pas être comprises ou ignorées, tout autant que connues mais non appliquées par les soignants. Dans l'étude de ces mécanismes de non prise en compte des normes officielles c'est, aussi, le rapport à la hiérarchie médicale et la défense de son autonomie de praticien qui se trouvent en jeu. Or, on peut émettre l'hypothèse qu'une tension dans ce rapport aux normes officielles n'est pas sans effet, en aval, sur le type de relation établie avec le malade. De même, une attention précise au contenu des enseignements de médecine – par exemple – compléterait utilement les appréciations des médecins sur l'inadéquation de leur formation à «la culture professionnelle locale» qu'ils rencontrent dans les structures de santé: le lien serait ainsi fait entre les propositions de réforme «par le bas» et celles «par le haut» ou «en amont» des pratiques quotidiennes.

Laurent Vidal

---

Bernard HOURS (dir.)  
*Systèmes et politiques de santé.*  
*De la santé publique à l'anthropologie*  
 Paris, Karthala, coll. «Médecines  
 du Monde», 2001, 358 p.

---

L'ouvrage est issu d'un colloque organisé par l'association AMADES (Anthropologie Médicale Appliquée au Développement et à la Santé) à Paris en janvier 1999: «Anthropologie des systèmes et des politiques de santé». Pour autant, le livre publié sous la direction Bernard Hours présente des contributions qui intègrent et dépassent le cadre du colloque en lui-même. En effet, l'ouvrage ne reprend pas toutes les contributions du colloque, d'une part, et les auteurs

ont mis à profit leurs échanges pendant et après cette réunion pour nous livrer un document original, d'autre part. Le premier grand avantage de l'ouvrage est géographique: les contributions portent sur l'Afrique, l'Amérique du Nord, l'Amérique latine l'Asie, et l'Europe de l'Ouest. De plus, la réflexion s'ouvre sur une introduction d'anthropologie critique (B. Hours) puis sur une courte première partie «Politiques de santé publique et systèmes de santé» (D. Fassin, puis R. Massé) qui concernent autant le Sud que le Nord de la planète. Au-delà de cette ouverture géographique, pas si courante en anthropologie où les aires «culturelles» ont par le passé construit des identités professionnelles étanches, l'ouvrage présente une grande diversité de situations. La cohérence de l'ensemble est tenue par le projet même du livre: interpellier «l'espace public de la santé». Les chapitres sont articulés autour de quatre thèmes: politiques de santé publique et systèmes de santé; anciens et nouveaux acteurs; rapports sociaux dans les institutions de santé; et, enfin, logiques et pratiques de la maladie. D'inégale densité, chacune de ces parties informe finalement de l'évolution de l'anthropologie de la santé, notamment dans les années 1990 où l'«anthropologie de la maladie» a cédé du terrain à l'étude des acteurs. Ceux-ci ne sont plus seulement vus comme des réceptacles de représentations étiologiques, au regard de l'anthropologie, mais aussi et surtout comme portés par la volonté d'agir sur et dans des systèmes de pratiques en mouvement. D'où le fait sans doute que la seconde partie concernant les «anciens et nouveaux acteurs» concentre à elle seule, sept chapitres et porte exclusivement sur les pays du Sud (Afrique, Amérique latine et Asie). Le monde change, certes, mais c'est aussi et surtout le regard des anthropologues qui a connu une nette évolution, surtout à partir des études menées dans le champ de la santé. De même, la vision que l'anthropologie a d'elle-même devient résolument critique, comme l'atteste la verve de B. Hours en introduction: «parce que la maladie n'est plus seulement l'occurrence du malheur mais la réalisation d'un risque virtuel passé à l'acte, l'anthropologie doit produire de nouveaux outils d'analyse qui dépassent les banalités liées au constat que "tout est dans tout et rien n'est neuf" ou les litotes d'un culturalisme qui érige la culture en réservoir unique du sens des pratiques.

Les hommes, comme les sociétés, inventent quotidiennement leurs usages et le sens de leurs pratiques» (p. 16). Réflexion importante à deux niveaux différents. D'abord parce que le propos est incisif, critique et pertinent. Mais aussi et surtout parce que Michel Leiris, par exemple, écrivait déjà à peu près la même chose il y a très longtemps sur la même anthropologie: à savoir que le simple fait que des hommes naissent et meurent dans une société faisait déjà changer automatiquement cette dernière. Manifestement, il a été davantage salué qu'écouté. Ce qui veut dire que la critique de l'anthropologie ne change rien à l'anthropologie? Pourquoi l'anthropologie est-elle obligée de rappeler, de manière récurrente de tels truismes? Dans quelle autre discipline est-il pertinent de dire que les sociétés changent? Peut-être que la réponse est encore plus simple, à savoir que les années 1980-1990 ont inauguré, enfin, le passage de l'ethnologie à l'anthropologie, l'évolution du discours sur le «particulier» vers des interrogations sur les universaux chers à C. Lévi Strauss. Allons encore un peu plus loin avec B. Hours. Il semble que la transformation de l'anthropologie soit justement liée à sa proximité et aux désagréments d'avec la biomédecine qui, selon lui, «réduit l'anthropologie à un alibi permanent et les anthropologues au statut de «porteurs de valises» vides» (p. 17). En effet, peu de domaines de ladite anthropologie ont évolué comme «l'anthropologie de la santé», notamment avec l'épidémie à VIH. N'est-ce pas lié à une saine réaction d'orgueil dans la confrontation et l'instrumentalisation de cette discipline par la santé publique globalisée et la biomédecine occidentalisée? Reste que, cette introduction de B. Hours mérite d'être soumise au regard de tous les étudiants qui commencent un cycle d'anthropologie. L'authenticité de la démarche scientifique de B. Hours réside dans la constance de ses interrogations. Personne ne pourra le soupçonner de céder à un effet de mode puisqu'il fut sans doute parmi les premiers, si ce n'est le premier, à considérer la réappropriation cognitive de l'État comme un objet anthropologique (*L'État sorcier au Cameroun*, Paris, Karthala, 1986).

Les parties et chapitres suivants du livre montrent que la «globalisation» est au cœur de la réflexion anthropologique contemporaine et qu'elle «n'a de sens que si elle est comprise comme un processus asymétrique,

inégalitaire et différencié» (D. Fassin, p. 31). Raymond Massé n'est pas moins dubitatif quant à la nature et à la fausse neutralité scientifique de «la santé publique» imposée par les institutions sanitaires: «l'anthropologie doit aussi travailler à la reconnaissance de l'influence de la culture même dans les sphères d'action consacrées de la scientificité et ce, en faisant une analyse des valeurs sous-jacentes, imbriquées à la forme comme au contenu des programmes de prévention» (p. 59).

La vertu des trois dernières parties de l'ouvrage réside dans le fait qu'elles appréhendent «les systèmes» de manière inductive, à savoir à partir des acteurs et des faits dans le champ de la santé et l'univers de la maladie. Ici la «culture» n'est pas (plus) une prescription immuable de... l'anthropologie ou de l'histoire, mais un objet construit par les membres d'un groupe ou d'une société, en contact avec des influences multiples qui vont du global au local et inversement. C'est un juste retour vers la mission de l'anthropologie telle qu'elle a été définie par Lévi Strauss qui disait, par ailleurs, qu'elle est la «science sociale de l'observé».

Les deux dernières parties de l'ouvrage en témoignent et confirment en partant «du bas» le regard critique des deux premières parties. La conclusion de Jean Benoist est une ode à l'apaisement entre les différentes disciplines (anthropologie et santé publique), dans la forme comme dans le fond. Aux antipodes de la verve introductive de B. Hours, J. Benoist prône une reconnaissance des difficultés de l'interdisciplinarité, pour les dépasser sans les nier: «sans doute la compréhension la plus équilibrée des faits n'appartient-elle ni à l'anthropologie ni à la santé publique, mais à leur collaboration dans cette dialectique de l'idéal et du matériel qui préside à toutes les décisions et à toutes les conduites» (p. 353). Il n'est pas sûr que cette dialectique de «l'idéal» et du «matériel», cette collaboration ne soit pas ce que B. Hours a stigmatisé en introduction comme étant du portage de «valises vides». Il n'est pas dit non plus, qu'entre l'idéal et le matériel, le pragmatisme poétique et philosophique de la conclusion de J. Benoist ne soit pas compatible avec la virulence critique et salutaire de B. Hours: pour preuve, l'un introduit, l'autre conclut.

Fred Eboko

Philippe MSELLATI, Laurent VIDAL,  
Jean-Paul MOATI (dir.)

***L'accès aux traitements du VIH/sida  
en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'Initiative  
Onusida/ministère ivoirien de la Santé  
publique. Aspects économiques, sociaux  
et comportementaux***

Paris, Agence nationale de recherche sur le  
sida (ANRS), coll. «Sciences sociales  
et sida», 2001, 327 p.

L'accès aux médicaments de lutte contre le sida dans les pays du Sud, en particulier en Afrique subsaharienne, recouvre des enjeux capitaux : économiques, politiques, sociaux et, bien entendu, sanitaires. L'ouvrage, publié en 2001 avec la contribution d'une vingtaine d'auteurs, est un rapport d'une extraordinaire densité (du quantitatif au qualitatif) qui pose les jalons de la problématique de l'accès aux traitements contre le VIH/sida dans un des premiers pays africains (avec l'Ouganda) à avoir signé des accords avec des partenaires internationaux pour une accessibilité contrôlée aux antirétroviraux, via l'Onusida. L'ambition de cette évaluation ivoirienne est d'emblée multidisciplinaire et multidimensionnelle (de l'épidémiologie à l'économie, en passant par l'anthropologie) : faire le point sur les deux premières années effectives (1998-2000) de cette initiative Onusida/ministère ivoirien de la Santé publique. Un arrière-plan chronologique permet de comprendre, depuis 1996 et la création du Programme inter-agences de l'ONU sur le sida (ONUSIDA), les déterminants épidémiologiques, sanitaires, sociaux, économiques et politiques qui expliquent le choix d'Abidjan et de ses partenaires internationaux de briser la dynamique de la fatalité économique liée aux contraintes de l'accès aux ARV. C'est justement une conjonction de facteurs, locaux et internationaux, qui a permis cette Initiative. D'abord, la Côte d'Ivoire est le pays d'Afrique de l'Ouest le plus touché par l'épidémie à VIH avec près de 11 % de séroprévalence et, au moment du lancement de ce programme pour l'accès aux médicaments, ce pays était en Afrique francophone celui qui payait le plus lourd tribut à cette maladie.

Ensuite, les réponses institutionnelles ivoiriennes, entre 1992 et 1997 notamment, dans la mobilisation pour les traitements. Par exemple, de la création en 1995 du program-

me national de lutte contre le sida, les MST et la tuberculose – PNLS/MST/TUB – jusqu'à la X<sup>e</sup> Cisma d'Abidjan en 1997 qui a permis d'annoncer l'Initiative dite «Onusida» en Côte d'Ivoire, il s'est agi d'un processus continu d'institutionnalisation. Médiatisé et internationalisé lors de cette conférence, ce mécanisme est essentiel pour saisir la place de l'engagement formel des autorités ivoiriennes. Une fois que les institutions prennent le pari des accords internationaux pour un recours accru aux soins, le travail ne fait que commencer, certes, mais il *peut* commencer. Ainsi, les questions essentielles liées à l'organisation du programme sont multiples et le livre s'attache à les déconstruire, autant à travers les difficultés que dans les ressources mobilisées et celles qui restent à mouvoir (recommandations). Les modalités de l'inclusion des patients, tant du point de vue clinique que socio-économique, représentent des contraintes et un défi que la situation de crise économique ivoirienne des années 1980-1990 propulsait au premier plan. Les protocoles thérapeutiques ont été choisis pour être les moins discriminants possibles du côté des critères cliniques, tandis qu'un souci «d'équité» et de «justice distributive» a présidé aux critères d'éligibilité sociale des patients.

La mise en œuvre de tout le programme a été «plus lente que prévue» et les raisons de ce retard ont concerné autant l'organisation des réseaux thérapeutiques («centres accrédités» à prescrire et «centres de suivi» des patients) et de la diffusion des algorithmes de traitement que la formation des personnels, qui n'a pu commencer qu'en 1998. Le système de subvention accordée par l'État ivoirien, dans cette optique, montre encore une fois que l'engagement politique et le soutien économique de l'État représentent une condition nécessaire mais pas suffisante. Se posent ensuite les questions épineuses de la sélection, puis du suivi des bénéficiaires de ces subventions. Ainsi, au niveau des patients, les membres d'association constituent des «catégories prioritaires» de l'Initiative et ont pu à ce titre obtenir une subvention qui est passée de 75 à 95 % grâce au Fonds de solidarité thérapeutique internationale (la FSTI lancé par B. Kouchner). Le second groupe de patients est constitué de ceux que l'on appelle les «démunis», à savoir les personnes qui «sont dans l'incapacité de prendre en charge un traitement à

plein tarif». Les auteurs soulignent que cette définition reste très imprécise, au sein d'un «dispositif complexe d'examen des demandes». Trop «lourd» et trop «lent» ce dispositif représente une des explications du retard dans l'inclusion des patients telle qu'elle était prévue au départ. En 2000, sur 2144 patients ayant effectué un bilan initial dans l'Initiative, seuls 222 (10,4 %) étaient sous traitement. D'autres explications sont prises en compte par les auteurs et permettent de jauger l'interface entre les critères socio-économiques formels et les réalités budgétaires domestiques. Celles-ci peuvent anéantir le suivi de certains patients salariés mais dont le poste budgétaire lié à leur santé personnel cède sous le poids d'autres impératifs familiaux. *A contrario*, on peut constater que le redéploiement ou la création de certains appuis «familiaux et communautaires» permet à certains patients de soutenir le rythme des prescriptions. Ce qui pose la question de la reformulation du lien social dans le contexte de l'épidémie à VIH et donc stimule la réflexion sur la place des relais créés par la lutte contre le sida en Afrique (conseillers, associations).

Les questions relatives à la capacité des patients à suivre ces traitements, autant que les relations soignants/soignés reviennent de manière récurrente dans les débats. Le livre les pose et les expose avec le mérite de la concision, de la clarté et des données empiriques.

L'enjeu scientifique ici est capital dans la mesure où l'un des argumentaires des «mauvaises langues» qui se sont opposées à l'accès aux ARV en Afrique a consisté à avancer l'argument du déficit de formation des médecins africains. Un des apports de cet ouvrage consiste justement, à remettre en place ce qui relève des connaissances en matière d'ARV chez les médecins de tous les continents et ce qui serait «spécifique» aux pays africains: «la diversité des attitudes thérapeutiques est assez générale dans les maladies graves et il n'est donc guère surprenant de retrouver une telle variabilité dans le domaine du sida où l'évolution rapide des connaissances impose leur actualisation intensive, tant au niveau des instances d'expertises qu'au plan individuel pour la formation des praticiens» (chap. 5.2, p. 198).

De fait, ce qui est «particulier» ici concerne l'urgence à laquelle l'impact épidémiologique soumet les pays africains, en l'occurren-

ce la Côte d'Ivoire et non la «compétence» des médecins. Sans concession et sans tabou, le livre propose d'en «finir avec les prophéties autoréalisatrices» (chap. 7.2, p. 317), c'est-à-dire avec les discours performatifs sur «les arguments hostiles» à la diffusion des ARV en Afrique et les attitudes téléologiques sur les carences rédhibitoires du continent.

Fred Eboko



## Résumés

### Mohamed MEBTOUL, «L'introuvable» césure public-privé en Algérie. De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins

Il s'agit ici de montrer la pertinence de construire des objets en santé en partant du fonctionnement du secteur privé, et notamment de celui des cliniques privées. La montée importante de la marchandisation du domaine des soins a conduit à une recomposition des rapports entre les pouvoirs publics, les spécialistes de l'hôpital et ceux du secteur privé. Recomposition qui se traduit notamment par l'émergence de nouveaux «entrepreneurs» dans le champ de la santé et par le déploiement de nouveaux rapports de travail entre le personnel de santé et les «patrons» de la clinique privée, qui contrastent avec ceux de l'hôpital. Celui-ci est pourtant au cœur du renforcement du secteur privé. Nous montrons les multiples imbrications entre les professionnels de la santé des deux secteurs, qui se font au profit du secteur privé. Celui-ci a en effet la possibilité de capter aisément le personnel de santé de l'hôpital, de s'approprier de façon dominante un nombre important de patients contraints d'assurer leurs examens «complémentaires» en son sein, parce qu'il est souvent le seul détenteur de certains moyens techniques, comme le scanner, par exemple. On insistera donc sur l'introuvable césure public/privé. Celui-ci se nourrit en réalité des dysfonctionnements des structures étatiques de soins et des logiques de fonctionnement des pouvoirs publics qui vont eux aussi contribuer, en légalisant l'activité complémentaire assurée par les spécialistes, à renforcer de façon détournée le secteur privé. Il a donc toute la latitude de mobiliser activement et dans une logique de réseaux, le personnel de santé de l'hôpital, tout en n'hésitant pas à intégrer les spécialistes des cabinets privés qui ont la possibilité d'investir la clinique pour opérer leurs malades. Cette alliance tacite entre les «patrons»

des cliniques et les médecins privés, permet d'élargir les assises du secteur privé.

• Mots-clés : soins privés – marchandisation – pouvoirs publics – médecins – mobilisation – imbrication – hôpital – cliniques privées.

### Marc-Éric GRUÉNAIS, Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne

L'offre de soins confessionnelle chrétienne est généralement considérée comme offrant des prestations de meilleure qualité que les structures publiques. L'adhésion des personnels de santé à des valeurs religieuses et l'organisation spécifique des structures de santé confessionnelles semblent pouvoir favoriser les vertus de compassion et d'empathie envers les usagers des structures de soins, et qui sont considérées comme des gages de soins de qualité. Cependant, les opinions favorables largement partagées sur les structures confessionnelles ne correspondent pas toujours à la réalité. Surtout elles se rapportent à des structures faisant partie de puissantes organisations religieuses, disposant d'aides importantes et qui permettent de délivrer des prestations de qualité. Il n'en reste pas moins que ces organisations ont eu à gérer la tension entre la primauté du médical ou du religieux dans l'offre de soins, et à édicter parfois leurs propres règles de fonctionnement, quitte à délivrer des prestations limitées en désaccord avec les directives nationales et internationales. En fait, il convient de ne pas surestimer l'importance de l'adhésion à des valeurs religieuses chrétiennes comme facteur explicatif de la qualité, et de replacer l'offre de soins confessionnelle dans le contexte global de la structuration des espaces sanitaires en Afrique. Au-delà de l'intérêt spécifique porté à la contribution des missions chrétiennes à l'offre de soins en Afrique, le présent article se veut également une contribution à une interrogation sur la

notion de « qualité des soins » tant débattue dans les réflexions de santé publique.

• Mots-clés : Afrique – systèmes de santé – qualité des soins – missions chrétiennes.

Pascal HANDSCHUMACHER, Jean-Pierre HERVOUËT, **Des systèmes pathogènes à la santé publique: une nouvelle dimension pour la géographie de la santé tropicale**

La contribution des études géographiques à la connaissance des grandes endémies tropicales a été importante depuis la mise en place du programme de lutte contre l'onchocercose en 1975. Fortement articulées autour de collaborations avec biologistes et médecins, ces études ont permis de montrer l'importance de la gestion des espaces par les sociétés dans l'apparition, la diffusion et la propagation de ces grandes endémies. Par un jeu d'analyses à de multiples échelles tant spatiales que temporelles, cette approche a permis d'affiner un ensemble de concepts qui sont devenus autant d'outils indispensables à la compréhension du pouvoir épidémiogène des lieux. La multiplication des modèles dans des environnements différents a contribué à augmenter tant la connaissance des phénomènes que leur maîtrise théorique. Cependant, malgré ces progrès dans la connaissance bio-géographique des maladies et surtout ceux effectués dans le domaine de la thérapie et de la lutte, la situation sanitaire ne s'est guère améliorée pour de nombreuses pathologies que l'on pensait pouvoir éradiquer avant la fin du XX<sup>e</sup> siècle. Les nombreuses avancées obtenues dans la mise au point des outils cartographiques et statistiques ainsi que ce constat d'échec relatif d'un point de vue opérationnel nous obligent à resituer la priorité des enjeux sur les déterminants principaux des politiques de santé et sur l'adéquation entre connaissances sur la transmission et application en santé publique. La forte demande sociale contribue à donner une inflexion aux recherches géographiques, qui, en s'appuyant sur les nouveaux outils, s'inscrit délibérément dans une recherche appliquée à la santé publique.

• Mots-clés : maladies parasitaires – PVD – diffusion – propagation – espaces partagés – SIG – imagerie satellitale – santé publique – géographie.

Jean-François WERNER, **D'une image à l'autre ou pourquoi et comment étudier les usages et pratiques de l'imagerie médicale à Dakar**

En prenant comme prétexte une recherche ethnographique menée récemment au Sénégal sur l'usage de la radiographie dans le dépistage des patients tuberculeux, l'auteur explicite les raisons qui l'ont poussé à étudier l'imagerie médicale à partir d'un questionnement d'ordre général sur le rôle que jouent les médias visuels dans le changement social et les dynamiques identitaires à l'œuvre dans les sociétés africaines contemporaines. Les premiers résultats de cette étude montrent que le recours à la radiographie est fréquent de la part de soignants qui partagent avec les soignés une même croyance dans le pouvoir de vérité de l'imagerie médicale alors même que cette pratique est considérée comme inutile voire néfaste par les professionnels de santé publique impliqués dans la lutte contre la tuberculose. À partir d'une première analyse de ses données, l'auteur discute du bien-fondé de sa démarche initiale et met en évidence les similitudes et les différences qui existent entre les technologies visuelles à usage médical et celles, comme la télévision ou la photographie, qui donnent lieu à une consommation de masse.

• Mots-clés : radiographie – tuberculose – image – Sénégal – risque – formation.

Tidiane NDOYE, Véronique POUTRAIN, **L'évolution des savoirs et des pratiques médicales: l'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal**

L'objectif de cet article est de saisir la manière dont se construit et se transforme le savoir médical à la lumière d'un exemple précis: le paludisme au Sénégal. Cette recherche d'anthropologie historique se base sur l'étude des savoirs tels qu'ils se déclinent dans les thèses de médecine. Celles-ci, en effet, sont un des lieux de production du savoir médical et constituent donc une base privilégiée pour comprendre comment le savoir s'établit et évolue. Ce matériau est mis en parallèle avec les documents/directives de l'OMS. Deux niveaux d'analyse sont développés: les politiques de prévention et les méthodes de prises en charge.

• Mots-clés : anthropologie de la santé – histoire – médecine – paludisme – pratiques – savoirs – Sénégal – soignants.

**Bernard CHERUBINI, L'apport de l'anthropologie à la mise en œuvre d'une politique de prévention: du vécu de la maladie à l'analyse du raisonnement préventif**

Le diabète est un thème de santé prioritaire à La Réunion. Il donne lieu, depuis 1995, à un Programme régional de santé (PRS). Il est devenu, en 2001, un PRS de 2<sup>e</sup> génération orienté sur la prévention. La recherche anthropologique, développée depuis 1994 autour du diabète de type 2, est orientée par les demandes qui sont formulées par les épidémiologistes, les nutritionnistes et les médecins de santé publique. L'évolution de notre participation à ces PRS nous a fait passer d'une anthropologie du diabète centrée sur le sujet local à une anthropologie politique de la prévention: de la compréhension des comportements à risques et de la prise en charge médicale et préventive, à la compréhension des incidences de ce type de collaboration sur la gestion des politiques de prévention au niveau institutionnel.

• Mots-clés : Réunion – Diabète – Politiques de santé – Raisonnement préventif – Contexte local – Espace anthropomédical – Épidémiologie.

**Fred EBOKO, De l'intime au politique: le sida en Afrique, un objet en mouvement**

Au terme d'une recherche doctorale sur la question du sida en Afrique (Cameroun), le passage incessant des frontières disciplinaires permet un éclairage rétrospectif. Arrimée à la science politique, cette recherche a connu de longues escapades du côté de la sociologie et de l'anthropologie. Les raisons de ces voyages académiques méritent d'être interrogées, autant que l'expérience empirique qui leur donne sens et les justifie. Les interrogations épistémologiques de cette recherche peuvent se résumer ainsi: comment étudier en science politique une politique publique en l'absence de travaux politologiques sur la question? Autrement dit, comment mettre à profit des questions politistes qui ont été posées par des anthropologues? L'objet de cet article est de tenter de montrer comment s'est construite cette recherche qui a évolué de la question

des «jeunesses urbaines» face au sida au Cameroun, vers l'analyse critique de la politique publique de lutte contre cette pandémie sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne: de l'intime au politique. Ce texte part des questions liées à la sexualité, mise en cause dans l'expansion de la maladie, pour épouser des interrogations politiques sur ce que l'auteur a appelé «un modèle dissonant de politique publique». L'article vise à présenter les liens entre des choix théoriques et des rencontres, entre un voyage interdisciplinaire et des concours de circonstances qui ont construit, de concert, un objet de recherche en perpétuel changement.

• Mots-clés : Sida – Afrique – Cameroun – Politique publique – Jeunes – Science politique – Socio-anthropologie – Interdisciplinarité.

**Bernard HOURS, Trois objets-étapes de la globalisation de la norme de santé**

Cet article met en perspective trois objets construits dans le champ de la santé: la santé publique, l'idéologie humanitaire, la santé parfaite. Le premier objet, la santé publique, porte sur un champ de relations sociales où la puissance symbolique du pouvoir thérapeutique est particulièrement structurante. Un droit à la santé est formulé. L'idéologie humanitaire nous met en présence d'une ingénierie compassionnelle réalisée au nom d'un droit à la vie dont la médecine d'urgence apparaît comme l'outil privilégié. Le droit à la vie se présente comme la forme minimale du droit à la santé. Enfin, la santé parfaite, dont la logique se développe sous nos yeux, constitue un troisième objet, prospectif, qui renouvelle les représentations de la santé, puisqu'il s'agit d'un devoir de santé, dont le caractère impératif amène à reformuler les positions respectives des acteurs réels et symboliques et la construction du lien social par la santé.

• Mots-clés : globalisation – humanitaire – santé publique.



## Abstracts

### **Mohamed MEBTOUL, The “undetectable” link point between public and private sectors in Algeria. New objects in health in the field of health care privatisation**

The question here is to show the relevance of constructing objects in health by starting from the way things work in the private sector, and especially in private clinics. The rapid increase in merchandisation of health care has led to structural changes in relationships between the public powers, hospital specialists and their private-sector counterparts. That results effectively in a modified configuration expressed by the emergence of new health “entrepreneurs” and the setting in place of new working relations between health personnel and the private clinic “chiefs”, sharply different from those in the hospital sphere. This is nevertheless the crux of the strengthening of the private sector. Here are shown the many points of interweaving between the health professionals of the two sectors, which are forming to the benefit of the private sector. The latter can easily capture hospital health personnel, and take over as dominant player a large number of patients, who become obliged to have their “complementary” examinations dispensed in that sector, because private structures are often the only ones that have technical equipment such as scanners. Emphasis is thus placed on the undetectable link-point between the public and private sectors. The latter in reality feeds on the malfunction of state health structures and on the public powers’ working logic. These authorities are also going to contribute indirectly to reinforcement of the private sector, by legalising the complementary services the specialists provide. The private sector therefore has freedom of movement actively to mobilise hospital health care personnel in a network, while not hesitating to incorporate private-practice specialists who have the possibility to place their trust in the clinics to perform

their patients’ operations. This tacit alliance between clinic “chiefs” and private doctors gives the conditions for the private sector to extend its base.

• Key-words : private care – merchandisation – public powers – physicians – mobilisation – interweaving – hospital – private clinics.

### **Marc-Éric GRUÉNAIS, The qualities of religious health care in Sub-Saharan Africa**

Health care provision by Christian missions is generally considered to offer better quality services than public sector structures. Their health care personnel’s adherence to religious values and the specific organisation of missionary health structures seem able to encourage the virtues of compassion and empathy towards the users of such health care facilities, attitudes considered as guarantees of a high standard of service. However, the favourable opinions widely shared about denominational health facilities do not always correspond to reality. Such views relate largely to structures belonging to powerful religious organisations, with substantial aid at their disposal enabling them to deliver high-quality services. Nevertheless even these organisations still have to deal with tension between the relative priority accorded to the medical or the religious in the supply of health care. Sometimes they have to decree their own rules of operation, even if it means delivering limited services at variance with national and international directives. It is advisable not to underestimate the importance of adherence to Christian religious values as an explanatory factor of the quality offered, and to place the supply of denominational health care in the global context of the structure of health service provision in Africa. This article reports on the specific focus on the contribution of Christian missions to health care delivery in Africa. But, further than this, it is intended also

as a contribution to wider reflection on the notion of "quality of care" that is much debated in discussions on public health.

• Key-words : Africa – health systems – health care quality – Christian missions.

Pascal HANDSCHUMACHER, Jean-Pierre HERVOUËT, **From knowledge on the mechanisms of the major tropical endemic diseases to public health applications: a new aspect for the geography of health**

Geographical investigations have made a substantial contribution to knowledge about the major tropical endemic diseases since the onchocerciasis (river blindness) control programme was set in place in 1975. Closely hinged on multidisciplinary work with biologists and medical practitioners, these studies showed the importance of land management by societies related to the outbreak, diffusion and propagation of such endemic diseases. This approach deploys a set of multiple-scale spatial and temporal analyses, helping to refine a set of concepts which have become key tools for evaluating the potential epidemic-generating capacity of certain places. A multiplication of models for different environments has contributed to enhanced knowledge of situations and processes and an improved theoretical grasp of what happens. However, in spite of such advances in biogeographical knowledge of diseases -and especially those achieved in therapy and control- the public health situation has hardly seen any improvement for many pathologies for which eradication before the end of the XXth century was thought possible. The many advances achieved in cartographic and statistical tools and this relative failure on the operational front forces us to reset the priority of the issues at stake in line with the first determining factors of public health policies and on the degree to which knowledge about transmission matches up with its application for public health purposes. The strong social demand is a factor behind a reorientation of geographical research, which, drawing on modern tools, is attaching itself resolutely to research applied to public health.

• Key-words : parasitic diseases – PVD – diffusion – propagation – shared spaces – GIS – satellite imaging – public health – geography.

Jean-François WERNER, **From one image to another: why and how to study the uses and practices of medical imaging in Dakar**

Taking as a pretext ethnographic research recently conducted in Senegal on the utilisation of radiography in scanning tuberculosis patients, the author sets out his reasons for studying medical imaging on the basis of a general inquiry into the role that visual media play in social change and the identity-related dynamics at work in contemporary African societies. The study's first results show that health care providers frequently call on radiography. They share with their patients the same belief in the power of medical imaging to represent reality, whereas this practice is considered of little utility or even harmful by public health professionals involved in tuberculosis control campaigns. The author takes a primary analysis of his data, to discuss the well-foundedness of his initial approach. He brings into evidence the similarities and differences which exist between the visual technologies for medical use and those, such as television or photography, which give rise to mass-consumption.

• Key-words : image – radiography – risk – Senegal – training – tuberculosis.

Tidiane NDOYE, Véronique POUTRAIN, **Changes in medical knowledge and practice: the example of malaria control in Senegal**

The objective of this article is to assess the way in which medical knowledge builds up and changes. The authors take a specific example: malaria in Senegal. This research in historical anthropology is based on the study of knowledge as conveyed in doctoral theses in medicine. Such theses constitute elements of production of medical knowledge and therefore are a prime basis for understanding how knowledge is established and evolves. This material is examined in comparison with directives and other documents issued by WHO. Two levels of analysis are developed: of prevention policies and of treatment methods.

• Key-words : anthropology of health – care providers – history – knowledge – malaria – medicine – practices – Senegal.

**Bernard CHERUBINI, The contribution of anthropology to the implementation of a prevention policy: from experience of the disease to analysis of preventive reasoning**

Diabetes is a priority public health question in Réunion. Such concern gave rise to a regional health programme, run since 1995. In 2001, it became a 2nd generation regional health programme oriented towards prevention. Anthropological research has been developing since 1994 around type 2 diabetes. Its approach is determined by the demands formulated by epidemiologists, nutritionists, and public health physicians. The way in which our involvement in the regional health programme has evolved has prompted us to switch from an anthropology of diabetes centred on the local subject to a political one focusing on prevention: from the understanding of risk behaviours and medical and preventive treatment, to an appreciation of the impact of this type of joint operation on the handling of prevention policies at institutional level.

• Key-words : Réunion – diabetes – health policies – preventive reasoning – local context – anthropomedical sphere– epidemiology.

**Fred EBOKO, From private matter to politics: Aids in Africa, a moving subject**

On the conclusion of doctoral research on Aids in Africa (Cameroon), the continual crossing of disciplinary borders provides the opportunity of a retrospective examination of the question. This research, closely attached to political science, entailed long forays into sociology and anthropology. The reasons for these academic expeditions deserve to be investigated, as does the empirical experience that gives them their meaning and their justification. Questions on the epistemological aspect of this research can be summarised as: how can a public policy be studied through political science when there are no political-science studies on the question? In other words, how can we draw the benefit from politicological questions that anthropologists have been asking? The aim of this article is to show how this research has been constructed, developed as it was out of the question of “urban youth” in Cameroon in the face of Aids, towards a critical analysis of the public policy on the control of this pandemic over the whole of Sub-Saharan

Africa: from the private matter to the political dimension. The paper begins with questions related to sexuality, implicated in the spread of the disease, to espouse political questioning on what the author terms “a discordant model of public policy”. The article aims to bring out the links between the theoretical choices and encounters, between a cross-disciplinary journey and the combining of circumstances which together have built a subject of research that is perpetually changing.

• Key-words : Aids – Africa – Cameroon – Public policy – Young people – Political science – Socio-anthropology – Interdisciplinarity.

**Bernard HOURS, Three subject-stages in the globalisation of the health standard**

This article puts in perspective three subjects constructed in the field of health: public health, humanitarian ideology, and perfect health. The first object, public health, focuses on the field of social relations where the symbolic force of therapeutic power has a particularly structuring effect. A formulation is made of a right to health. Humanitarian ideology brings in compassion-inspired intervention carried out in the name of a right to live for which emergency medicine appears as the prime tool. The right to live is presented as the basic minimum form of the right to health. The notion of perfect health, the logic for which is developing under our very eyes, constitutes a third prospective subject, which renews representations of health, because it involves a duty with regard to health, whose imperative nature leads to reformulation of the respective positions of real and symbolic actors and the construction of social bonding by way of health.

• Key-words : globalisation – humanitarian ideology – public health.

---

**Sommaire**

- Madeleine Akrich**    Problématiser la question des usages  
**Cécile Méadel**
- Michael Hardey**    Internet et société : reconfigurations  
du patient et de la médecine ?
- Sally Wyatt**        L'extension des territoires du patient :  
**Flis Henwood**      Internet et santé au quotidien  
**Angie Hart**  
**Hazel Platzer**
- Finn Olesen**        Du stylo à l'ordinateur : la médication  
**Randi Markussen**    comme pratique sociotechnique
- Lorenza Mondada**    Téléchirurgie  
et nouvelles pratiques professionnelles :  
les enjeux interactionnels  
d'opérations chirurgicales  
réalisées par visioconférence

**Note de lecture**

**La rédaction a reçu**

**Tarifs d'abonnement 2004 (4 numéros par an)**

	FRANCE	UE ET SUISSE	AUTRES PAYS
Étudiants	60 €	70 €	75 €
Particuliers	90 €	100 €	110 €
Institutions	160 €	170 €	180 €

*Les abonnements sont annuels et partent du premier numéro de l'année en cours. Le paiement est à effectuer à l'ordre de John Libbey Eurotext et doit être adressé à :*

*John Libbey Eurotext, 127, avenue de la République, 92120 Montrouge, France  
Tél. (33) 01.46.73.06.60*

**Sciences Sociales et Santé**

*publié par l'Association pour le Développement des Sciences Sociales de la Santé (ADESSS)  
avec l'aide du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS)*



# Géographie et cultures

n° 45, printemps 2003

*Lieu de confrontation d'idées et d'expériences, Géographie et cultures répond à l'intérêt renouvelé de la géographie pour les faits de civilisation, et des sciences sociales pour l'environnement.*

*Quel est le rôle de l'espace dans la structuration d'une culture ? Comment se perçoit l'influence d'une civilisation dans l'organisation par les hommes de leur espace et de leur milieu ? Un domaine fécond et encore peu exploré s'ouvre à l'analyse, lorsqu'on observe les relations entre phénomènes géographiques (espace, milieu, territoire, paysage, régions...) et phénomènes culturels (identité, valeur, mémoire, représentation...).*

*Cette revue de géographie culturelle et d'ethno-géographie s'adresse à tous ceux qui s'interrogent sur les interactions entre espace et culture, sous toutes les latitudes et à toutes les échelles : historiens, ethnologues, sociologues, psychologues, économistes, géographes ou écrivains.*

## L'américanité du Nord au Sud

- B. Andres*..... Quelle latino-américanité pour le Québec et le Brésil ?
- S. W. Hoefle*..... Violence sur le front pionnier dans les États-Unis  
..... au XIX<sup>e</sup> siècle. Quel héritage pour la société américaine actuelle ?
- F. Ferreira*..... Le carnaval de Rio au XIX<sup>e</sup> siècle :  
..... influences parisiennes et tensions urbaines
- J.-L. Klein, A. Latendresse, J.-M. Fontan et M.-P. Paquin-Boutin*  
..... Le local comme nouvelle scène de développement  
..... et de gouvernance à Montréal et Montevideo
- T. Fournel*..... De Chinatown à la banlieue hongkonguaise.  
..... La métamorphose de la communauté chinoise de Vancouver
- A. Suberchicot*..... Nature et société dans la culture nord-américaine
- A.-F. Hoyaux*..... Les constructions territoriales à l'heure d'internet :  
..... de la mobilité à la mobilisation

Abonnements et achats au numéro : Éditions  
L'Harmattan, 5-7 rue de l'École Polytechnique,  
75005 Paris, France. Tel : 01 40 46 79 20.  
Chèques à l'ordre de L'Harmattan.

	France	Étranger
Abonnements 2004	55 Euros	59 Euros
Prix au numéro	16 Euros	16 Euros

# Géographie et cultures

n° 46, été 2003

*Lieu de confrontation d'idées et d'expériences, Géographie et cultures répond à l'intérêt renouvelé de la géographie pour les faits de civilisation, et des sciences sociales pour l'environnement.*

*Quel est le rôle de l'espace dans la structuration d'une culture ? Comment se perçoit l'influence d'une civilisation dans l'organisation par les hommes de leur espace et de leur milieu ? Un domaine fécond et encore peu exploré s'ouvre à l'analyse, lorsqu'on observe les relations entre phénomènes géographiques (espace, milieu, territoire, paysage, régions...) et phénomènes culturels (identité, valeur, mémoire, représentation...).*

*Cette revue de géographie culturelle et d'ethno-géographie s'adresse à tous ceux qui s'interrogent sur les interactions entre espace et culture, sous toutes les latitudes et à toutes les échelles : historiens, ethnologues, sociologues, psychologues, économistes, géographes ou écrivains.*

## Accès publics à Internet et nouvelles sociabilités

---

*J. Boase, W. Chen, B. Wellman et M. Prijatelj..... Y a-t-il du territoire  
.....dans le cyberspace ?  
..... Usages et usagers des lieux d'accès publics à Internet*

*K. Williams et A. Alkalimat.....L'espace public numérique à Toledo, Ohio*

*F. Mancebo et F. Durand-Tornare.....Entre espace tangible et espace  
virtuel : inscription territoriale des accès publics parisiens à Internet*

*O. Vendina..... Accès public à Internet et espace public à Moscou*

*B. Dumortier et M. Menaut ..... La société de l'information au  
.....cœur de la ville : les cybercafés à Dublin*

*P. Cadene et J.-L. Morel..... Le développement d'Internet en Inde*

*E. Eveno, A. Lefebvre, G. Puel et F. Mancebo .....Déploiement territorial  
.....et inscription institutionnelle des accès publics à Internet*

Abonnements et achats au numéro : *Éditions  
L'Harmattan, 5-7 rue de l'École Polytechnique,  
75005 Paris, France. Tel : 01 40 46 79 20.  
Chèques à l'ordre de L'Harmattan.*

	<i>France</i>	<i>Étranger</i>
<i>Abonnements 2004</i>	<i>55 Euros</i>	<i>59 Euros</i>
<i>Prix au numéro</i>	<i>16 Euros</i>	<i>16 Euros</i>

## TERRITOIRES EN QUESTIONS

Numéro 2004/1 de la revue *Ethnologie française*  
(Octobre-Décembre - paru le 4 janvier 2004)



Espaces appropriés matériellement et symboliquement par des groupes ou des individus, les territoires sont aussi instruments de gestion et de développement. Efficaces si l'on en croit la multiplication des découpages contemporains (parcs naturels régionaux, « pays »,

terroirs et autres entités), et ce malgré leur fin annoncée par certains sociologues de la mobilité et des réseaux.

La notion de territoire, dont la bonne fortune n'est pas à démontrer, ne se laisse pourtant pas aisément définir. Les territoires peuvent en effet être institués par des pouvoirs établis, par des individus ou des collectifs, et prendre parfois consistance par le regard des tiers, voire par l'intervention de chercheurs qui contribuent à leur manière à les rendre visibles. Certains d'entre eux relèvent du temps long, tandis que d'autres sont de création toute récente. Souvent ils se chevauchent, ce qui rend problématique leur coexistence et leur emboîtement. Tantôt ils valorisent le particulier, la singularité et les constructions identitaires, tantôt ils portent les modalités communes du « vivre ensemble ».

Cette complexité est au cœur des articles, avec des thèmes aussi divers que le patrimoine, la multiplication des petites régions à des fins de promotion touristique, les différents modes de distanciation ou d'appartenance à un espace tant rural qu'urbain, etc. Manières de « faire territoire » qui intègrent sédentarité et mobilité, singularités locales et mise en réseau, regards sur le passé et souci de l'avenir, nous invitant à repenser la notion de territoire dans ses apparentes contradictions, comme dans son actualité.

Pierre Alphonse et Martine Bergues  
(responsables scientifiques du numéro)  
*Territoires en questions. Pratiques des lieux, usages d'un mot*  
André Micoud  
*Des patrimoines aux territoires durables. Ethnologie et écologie dans les campagnes françaises*  
Yannick Sencébé  
*Etre ici, être d'ici. Formes d'appartenance dans le Diois (Drôme)*  
Sylvie Sagnes  
*Cultiver ses racines. Mémoire généalogique et sentiment d'autochtomie*  
Christophe Traïni  
*Territoires de chasse*  
Geneviève Decrop  
*La montagne, le hameau et le prophète de malheur. Histoire d'un risque moderne*  
Catherine Neveu  
*Une « petite fabrique de territoire » : quartiers et citoyenneté à Roubaix*  
Martin de la Soudière  
*Lieux dits : nommer, dé-nommer, re-nommer*  
Pascale de Robert  
*« Terre coupée ». Recompositions des territorialités indigènes dans une réserve d'Amazonie*  
Michel Marié  
*L'anthropologue et ses territoires*  
  
*Itinéraires en territoires*  
Pierre Bergounioux  
*L'empreinte (Extraits de l'ouvrage)*

Jean-Pierre Castelain  
*Insularités*  
Anousheh Karvar  
*Appeler un chat un chat*  
Catherine Dulaurent  
*Tout dépend de la lognette...*  
Daniel Percheron  
*Côte court*  
**VARIA : GESTION DE LA NATURE**  
Nicole Girard  
*La région : une notion géographique*  
Frédérique Chlous-Ducharme  
*L'Archipel de Molène et « l'Autre bord »*  
Christophe Granger  
*(Impressions atmosphériques. Histoire du beau temps en vacances)*  
Patricia Pellegrini  
*Les races bovines rustiques et leur domestication*  
Anna Zisman  
*L'ego-objet*  
  
**Notes de lectures**  
Philippe Bonnin  
*Journal d'un ethnologue et des pays laudais*  
Roberto Motta  
*Interpénétration des « races », des religions et des idées*  
Michel Marié  
*Penser le local comme lieu de l'universel*

Rédaction : Musée national des Arts et Traditions populaires - 6, Avenue du Mahatma Gandhi - 75116 Paris  
tél : 01 44 17 60 84 - fax : 01 44 17 60 60 - e-mail : ref@culture.gouv.fr

Abonnement (4 numéros par an) et vente au numéro : Presses Universitaires de France -  
6, Avenue Reille - 75014 Paris  
tél : 01 58 10 31 62 - fax : 01 58 10 31 82 - e-mail : revues@puf.com

Prix de l'abonnement pour 2004 : Particulier : 70 Euros  
(les abonnements partent du premier fascicule de l'année en cours) Institution : 93 Euros  
Etudiant : 50 Euros

Vente au numéro : 22 euros (par l'intermédiaire de votre libraire habituel et PUF)

## VOIX, VISIONS, APPARITIONS

Numéro 2003/4 de la revue *Ethnologie française*  
(Octobre-Décembre - paru le 4 octobre 2003)



Fantômes et spectres, visages d'anges ou de dieux,  
formes d'esprits, photos d'ectoplasmes, voix des morts :

Christine Bergé  
*Les chemins du visible.*  
Jean-Claude Schmitt  
*Récits et images de rêves au Moyen Âge.*  
Anne Polo de Beaulieu  
*Paroles de fantômes. Le cas du revenant d'Alès, 1323*  
Hervé Huot  
*Spectres ou pas spectres : telle était la question*  
Jacques Maître  
*Contemplatrices de l'invisible.*  
Nicole Edelman  
*L'invisible (1870-1890) : une inscription somatique.*  
Régis Ladous  
*Voix et images d'ailleurs.*  
*Les deux fables de dom Ermetti.*  
Christine Bergé  
*La peau du mort : enveloppes, écrans, ectoplasmes.*  
Antoine Faivre  
*Sir Arthur Conan Doyle et les esprits photographiés.*

voilà une cohorte d'objets énigmatiques déroulants pour une phénoménologie ordinaire. Des êtres qui désignent des zones floues de la perception, des incertitudes de la vision.

Nous avons voulu, non pas trancher sur leur existence, ni les vider de leur contenu, mais au contraire les prendre à bras-le-corps, dans leur épaisseur de vivants phénomènes, perçus par des êtres doués de toute leur raison. Les voix sont ici ce qui est réellement entendu ; les visions ce qui est réellement vu ; les apparitions ce qui apparaît réellement. Historiens et ethnologues abordent la façon dont ces objets apparaissent, c'est-à-dire collectivement produits, légitimés, rehaussés dans des réseaux de discours multiples, dans de riches œuvres d'art qui prennent le relais des visions. Ils décrivent la façon dont ces mêmes objets sont oubliés, refoulés, comment ils disparaissent de l'Histoire, puis reviennent, transformés mais reconnaissables. Entre le deuil et l'essor vers l'au-delà, spectres et anges dans leurs voiles sont l'image réalisée d'une hantise qui ne cesse d'interroger l'envers du monde.

Marie-Claire Latry  
*La voie des anges (1810-1850).*

Paolo Apolito  
*Visions mariales sur Internet au cours de la fin du XXe siècle.*

Postface

Daniel Vidal

*De la vision en archipel.*

VARIA : NATURE, ENFANCES...

Vanessa Doutrelcau

*Elfes et rapports à la nature en Islande.*

Marie-Ange Abras *Comment les enfants*

*perçoivent-ils la mort à travers les médias ?*

Lucie Désidéri *Alphabets initiatiques.*

»

Marc Perrenoud *La figure du musico.*

*Musiques populaires contemporaines et pratique de masse*

Marie Buscatto *La Jam vous fait chanter.*

*Des multiples vocations d'une nouvelle pratique du jazz.*

Christine Bergé *Arrêt sur image.*

Rédaction : Musée national des Arts et Traditions populaires - 6, Avenue du Mahatma Gandhi - 75116 Paris  
tél : 01 44 17 60 84 - fax : 01 44 17 60 60 - e-mail : ref@culture.gouv.fr

Abonnement (4 numéros par an) et vente au numéro : Presses Universitaires de France -  
6, Avenue Reille - 75014 Paris

tel : 01 58 10 31 62 - fax : 01 58 10 31 52 - e-mail : revues@puf.com

Prix de l'abonnement pour 2004 :  
(les abonnements partent du premier  
fascicule de l'année en cours)

Particulier : 70 Euros  
Institution : 93 Euros  
Étudiant : 50 Euros

Vente au numéro : 21 euros (par l'intermédiaire de votre librairie habituel et PUF)

## CONDITIONS DE PUBLICATION

Les manuscrits sont publiés en français et exceptionnellement en anglais. Toutefois, le Comité de rédaction accepte les manuscrits rédigés en espagnol et portugais, à charge pour l'auteur, quand le manuscrit est retenu pour publication, d'en assurer la traduction. Les manuscrits sont soumis à l'appréciation de deux lecteurs. Les propositions de corrections sont transmises à l'auteur par le Comité de rédaction.

### Recommandations générales

Tous les manuscrits doivent être adressés en triple exemplaire (photocopies lisibles). Ils doivent impérativement comporter : le nom de l'auteur ; une adresse précise pour la correspondance ; un numéro de téléphone.

### Présentation des manuscrits

Le titre est suivi des nom, prénom, qualité, affiliation et adresse professionnelle de l'auteur.

Les articles ne doivent pas excéder 50 000 signes (caractères + espaces) incluant : l'espace des figures (en moyenne 1 500 signes), les notes de bas de page, la bibliographie, un résumé (1 000 signes maximum), des mots clés (10 maximum).

Le nombre de notes infrapaginales maximum est de 20.

### Illustrations

Les figures (cartes, graphiques et tableaux) sont numérotées en continu et, dans la mesure du possible, elles sont présentées sous forme de fichiers informatiques (préciser le logiciel utilisé) si possible dans les formats Excell (tableaux), Illustrator (graphiques schémas, etc.), Photoshop (photographies, résolution à 300 dpi), à défaut dans les formats de fichier : tiff, eps. De manière générale il est demandé que les figures soient fournies achevées et sous leur forme finale dès le premier envoi du manuscrit. Par ailleurs il ne faut pas oublier de faire figurer sur les cartes ou croquis géographiques : l'orientation géographique (Nord-Sud), l'échelle géographique, et le titre de la carte, la légende éventuelle, la provenance éventuelle des données de base (source).

### Bibliographie

Les appels bibliographiques apparaissent dans le texte entre crochets avec le nom de l'auteur en minuscules, l'année de parution et, dans le cas d'une citation, la page concernée. Exemple [Vidal, 1996, p. 72].

Ne pas inscrire les références bibliographiques en notes infrapaginales mais les regrouper en fin de manuscrit selon un classement alphabétique par noms d'auteurs en respectant la présentation suivante :

Benoît M. [1988], « Les Bowébés du Kantoora (Sénégal) : à propos de l'état pastoral », *Cahiers des Sciences humaines*, vol. 24, n° 3, p. 379-384.

Garry G. et Grassin J. [1994], « La prise en compte du risque d'inondation dans l'urbanisme », in *Crises et inondations dans le paysage français*, Paris, SHF, p. 763-880.

Savignac E. [1996], *La Crise dans les ports*, Paris, La Documentation française, 200 p.

## Abonnements et vente au numéro

Armand Colin

11-15, rue Pierre Rigaud 94207 Ivry-sur-Seine cedex

Tél. (indigo) : 0820 065 095 — étranger +33 (0)1 40 64 89 02

Fax : +33 (0)1 40 64 89 92

Internet : [www.editions-sedes.com](http://www.editions-sedes.com) / [abonnement@editions-sedes.com](mailto:abonnement@editions-sedes.com)

Chaque abonnement donne droit à la livraison des 4 numéros annuels d'*Autrepart*

et à l'accès en ligne aux articles en texte intégral aux conditions prévues par l'accord de licence disponible sur le site [www.editions-sedes.com](http://www.editions-sedes.com)

## Vente aux libraires

Le numéro 19 €

**Numéros de l'année/Current issues**

**Interforum**

BP 11

45331 Malesherbes cedex

Tél. : 02 38 32 71 00

Fax : 02 38 32 71 28

Les sciences sociales de la santé travaillant dans les pays du sud ne peuvent plus faire l'économie d'une réflexion sur les conditions et les modalités de construction de leurs objets. Prises entre la complexité des évolutions sanitaires (nouvelles pathologies ou réactivations d'anciennes ; places de la technique, du religieux, du privé ou de l'associatif dans les soins...), les apports de disciplines jusqu'alors peu mobilisées et l'incitation à une «interdisciplinarité» souvent mal définie, elles voient leurs démarches se transformer.

Pour ne pas en être les spectateurs passifs, elles doivent s'interroger sur la «demande» (médicale, sociale ou politique), sur les concepts mobilisés par la santé publique et les acteurs du «développement sanitaire», sur la collaboration avec les autres disciplines et sur leurs propres méthodes de recherche. Cet exercice de rénovation vise à les doter des moyens d'aborder de façon originale, aussi bien des objets nouveaux que des objets plus traditionnels «revisités».

Singularité de la démarche qui associe retour sur soi et travail aux marges des autres disciplines de la santé que sont la santé publique et l'épidémiologie mais aussi la science politique ou la philosophie.

## LES OBJETS DE LA SANTÉ

Laurent Vidal

Laurent Vidal

**Réfléchir l'objet : pour une rénovation des sciences sociales de la santé**

Mohamed Mebtoul

**« L'introuvable » césure public-privé en Algérie. De nouveaux objets en santé dans le champ de la privatisation des soins**

Marc-Éric Gruénais

**Les qualités de l'offre de soins confessionnelle en Afrique subsaharienne**

Pascal Handschumacher, Jean-Pierre Hervouët

**Des systèmes pathogènes à la santé publique : une nouvelle dimension pour la géographie de la santé tropicale**

Jean-François Werner

**D'une image à l'autre ou pourquoi et comment étudier les usages et pratiques de l'imagerie médicale à Dakar**

Tidiane Ndoye et Véronique Poutrain

**L'évolution des savoirs et des pratiques médicales : l'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal**

Bernard Cherubini

**L'apport de l'anthropologie à la mise en œuvre d'une politique de prévention : du vécu de la maladie à l'analyse du raisonnement préventif**

Fred Eboko

**De l'intime au politique : le sida en Afrique, un objet en mouvement**

Bernard Hours

**Trois objets-étapes de la globalisation de la norme de santé**

Sommaire

Prix 19 €  
ISSN 2-200-92004-0



9 782200 920043