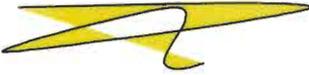


Sp2S



Santé Publique & Sciences Sociales

Les mondes des professionnels de la santé face aux patients

Médecine des preuves

Relations soignants/soignés en Afrique

La douleur

Le mensonge : une pratique médicale

Numéros 8 & 9

juin 2002



Revue Semestrielle

ISSN 1112-2285

EDITIONS DAR EL GHARB

Sp2S


Santé Publique
&
Sciences Sociales

**Les mondes des professionnels de la
santé face aux patients**

Médecine des preuves
Relations soignants/soignés en Afrique
La douleur
Le mensonge : une pratique médicale

Numéros 8 & 9

juin 2002



ISSN 1112-2285

Revue Semestrielle

Santé Publique et Sciences Sociales

publiée par :

Le Laboratoire de Biostatistique de la Faculté de Médecine-CHU Oran
et le Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé de l'Université d'Oran,
avec le soutien de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Publication et rédaction

Bouziani M.
Mebtoul M.
Mesli M.F.

Secrétariat
Messaoud A

www.biostat-oran.com

Correspondants Scientifiques

Aïach P. (CRESP, Paris), Belkaid R. (Faculté de Médecine Alger),
Benhabylès N. (INSP-Alger), Benoist J. (Université d'Aix en Provence),
Bungener M. (C.E.R.M.E.S., Paris), Cook J. (C.E.R.M.E.S., Paris), Dekkar
N. (OMS, Alger), Desjeux D. (Université Paris V), Fassin D. (CRESP,
Paris), Fyad A. (Université d'Oran), Goldberg M. (INSERM, Paris), Guérid
D. (Université d'Oran), Hours B. (I.R.D. Paris), Mohamed Brahim B.
(Toulouse), Moulin A.M.(C.N.R.S., Paris) Nezzal L. (Université de
Constantine), Ouchfoune A. (Université d'Alger), Sbaa F.Z. (Université
d'Oran) Soulimane A. (Université de Sidi Bel Abbès), Thébaud A. (CRESP,
Paris), Touhami M. (Université d'Oran), Tursz A. (C.E.R.M.E.S., Paris).

Editions Dar El Gharb – Oran
Tel fax : 041 41 65 31 & 41 94 31

SANTE PUBLIQUE ET SCIENCES SOCIALES

Revue Semestrielle

**Les numéros 8 et 9 de la Revue Santé Publique et Sciences
Sociales ont été coordonnés par
Marc-Eric Gruénais et Mohamed Mebtoul**

**Avec le soutien financier
De l'Institut de recherche pour le développement (I.R.D.)
France
Et du Laboratoire Environnement, Epidémiologie
et Santé de l'Enfant (EnvESE) Oran**



Santé Publique et Sciences Sociales

Numéro 8 & 9 juin 2002

Revue semestrielle

SOMMAIRE

		Page
Marc-Eric Gruénais	Introduction	11
Mohamed Mebtoul		
Bruno Dujardin	Le médecin des systèmes de santé publique : un extra-terrestre malgré lui.	17
Nicolas Dodier	Recomposition de la médecine dans ses rapports avec la science. Les leçons du sida.	37
Françoise Bouchayer	La construction du rôle du soignant : proposition pour une approche socio-anthropologique de la bienveillance et de l'indifférence.	53
Sylvie Fainzang	Le mensonge : une pratique médicale.	69
Jean-Pierre Olivier de Sardan	Le soignant face au soigné anonyme en Afrique.	91
Yannick Jaffré	Trop proche et trop lointain : la construction de la relation entre soignants et soignés dans un service d'hémo-oncologie au Mali.	119
Mohamed Mebtoul	La profession médicale peut-elle se construire dans un espace social banalisé et déprécié ?	145
Sylvia Chiffolleau	Les médecins égyptiens entre déclassement et vocation sociale.	171
Jacques Gelis	La profession des couches.	187
Anne-Marie Arborio	Les aides-soignantes, catégorie d'assistance aux professionnels : une impossible professionnalisation ?	203
Marc-Eric Gruénais	La professionnalisation des « néo-« tradipraticiens » d'Afrique centrale.	217
Jean-Pierre Peter	De la douleur subie à l'anesthésie opératoire -chemin d'esquive; naissance d'une spécialité praticienne hospitalière (XVIe-XXe siècle).	241

INTRODUCTION

Du 18 au 21 mars 2002, dans le cadre de la formation doctorale en sciences sociales-Marseille de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, avec l'appui de l'Unité de Recherche « Socio-anthropologie de la santé » de l'Institut de Recherche pour le Développement, a été organisée la réunion « Professionnalisation et actes professionnels », animée par Marc-Éric Gruénais, Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan. Marc-Éric Gruénais et Mohamed Mebtoul, avec la collaboration du comité de rédaction de la revue Santé publique et Sciences sociales ont assuré l'édition scientifique des communications présentées à l'occasion de cette réunion.

Dans le prolongement de travaux célèbres de la sociologie des professions pour laquelle les professions de santé ont souvent constitué un champ de recherche privilégié, nous voulions revenir sur la question de la constitution des corps professionnels et de leur structuration autour d'innovations techniques et de changements d'approche dans la relation entre personnels de santé et usagers des structures de soins. On sait qu'au-delà de la stricte compétence technique, les « difficultés sociales » auxquelles les personnels de santé sont confrontés, leurs systèmes de valeurs, leurs expériences individuelles, les spécificités de leur corporation, le type d'insertion qui leur est réservé dans les systèmes nationaux de santé interfèrent avec les pratiques de soins et influent sur la qualité et la nature de l'offre de soins.

Il s'agit donc là d'un champ d'investigation particulièrement important pour apprécier ce qu'on désigne comme « soins de qualité ». C'est à partir de regards croisés de spécialistes de santé publique, de sociologues, d'historiens, d'anthropologues, portant sur différentes époques et différents pays, du Nord et du Sud, mais aussi sur différents registres de pratiques, que nous sommes revenus sur ces questions. Pourquoi le fameux « colloque singulier » entre les patients et les personnels soignants, dont toutes les analyses montrent désormais à l'envi qu'il est envahi du « bruit » des conditions de vie des uns et des autres, est-il de si mauvaise qualité ? Cette question,

Bruno Dujardin - médecin de santé publique, faut-il le préciser ? - la pose en ouverture tant pour des situations observées au Nord qu'au Sud. Précisant que la médecine est une discipline jeune, mise en forme récemment par Pasteur, dont le modèle dominant s'avère en fait particulièrement inadapté pour donner aux patients toute la place qui devraient être la leur pour qu'une relation de qualité, pour des soins de qualité, pourrait-on dire, s'instaure entre le soignant et le soigné.

Pour Nicolas Dodier, les difficultés que rencontre la médecine au Nord sont à relier à une évolution des conditions d'exercice du métier : on est passé successivement d'une « médecine de tradition », où seul comptait le savoir faire de la personne du médecin, à une « médecine des preuves », au sein de laquelle règne la biologie, pour aboutir aujourd'hui aux tensions inhérentes à la « démocratie sanitaire » liées à un désenclavement de la médecine, et caractérisées par le rôle croissant des associations de malades ; l'exemple des dispositifs de lutte contre le sida permet d'illustrer cette évolution.

Selon les contextes, notamment au Nord et au Sud, on peut observer une plus ou moins grande disjonction des « mondes sociaux » du soignant et du soigné ; la disjonction maximale n'est-elle pas alors observable à partir des violences exercées par les soignés à l'encontre des soignants, phénomène qui attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics en France (Françoise Bouchayer) ? Paradoxalement, la mauvaise qualité de la relation entre usagers et personnels de santé ne serait-elle pas aussi à mettre en relation avec une pratique médicale qui semble toujours se justifier par la préservation du patient, et qui consiste alors parfois à ne rien lui dire ? La notion technique de « secret médical » est insuffisante pour rendre compte de la nature d'une relation qui se dessine le plus souvent autour de stratégies de dissimulation, de rétention d'information, et au bout du compte de mensonge qui contribuent à la définition du pouvoir du médecin (Sylvie Fainzang).

Presque toutes les observations réalisées dans des structures de soins en Afrique attestent des mauvaises relations entre patients et personnels de santé, à moins, que pour certains patients, la

surpersonnalisation du rapport avec certains soignants leur donne tous les droits. Jean-Pierre Olivier de Sardan revient sur le mauvais traitement des usagers dans les structures de soins en Afrique subsaharienne en proposant un essai de mise en perspective diachronique permettant de préciser comment un héritage historique prenant ses racines dans un modèle d'administration, la bureaucratie coloniale, a contribué à dessiner le contexte de travail des personnels de santé en Afrique.

Il s'agit d'un contexte de travail où règne l'arbitraire, et au sein duquel les personnels de santé abusent de leur position pour maltraiter les usagers ou, au contraire, pour faire preuve d'une bienveillance extrême envers certains. Les systèmes de santé nationaux et leur évolution y sont évidemment pour beaucoup dans la mise en forme de ce contexte de travail. Yannick Jaffré oriente autrement le regard. Il évoque comment ces difficultés sont vécues de l'intérieur par les soignants et souligne les différences entre des structures obstétricales toujours liées à l'urgence et celles qui, comme le service d'hématologie qu'il décrit, accueillent longuement des patients. Mais d'un article à l'autre, à des niveaux différents, de semblables questions se retrouvent: comment construire un espace public et comment construire un espace relationnel ? Les systèmes de santé nationaux et leur évolution sont évidemment pour beaucoup dans la mise en forme de ce contexte de travail.

En Algérie, les médecins des structures publiques doivent exercer au cœur de tensions avec l'administration de la santé, les autres corps de métier de la santé, les patients, l'attrait de l'exercice privé, et cela dans un univers éclaté, totalement segmenté au sein duquel l'État n'exerce plus pleinement son rôle de régulation (Mohamed Mebtoul).

En Egypte (Sylvia Chiffolleau) l'étatisation du système de santé s'est accompagné d'un lent déclassement de la profession de médecin, et d'une chute des performances du système de santé et des compétences des personnels soignants ; c'est alors avec l'appui de la

Banque Mondiale que des stratégies de revalorisation de la profession médicale sont aujourd'hui envisagées.

Bien évidemment, si, pour reprendre Freidson, on peut postuler l'existence d'une « profession médicale », et qui permet alors de parler des relations entre personnels de santé et patients en général, cette profession médicale est constituée par une multiplicité de métiers qui ont eu à s'affirmer. L'histoire de l'obstétrique (Jacques Gellis) montre combien le passage de la matrone, à la sage-femme, puis à l'accoucheur est aussi l'histoire d'une professionnalisation marquée par une évolution d'une pratique empirique à une médicalisation de l'accouchement, mais aussi par une intervention croissante de l'État et par un changement de mentalités quant au rapport à la naissance et au monde.

L'univers des soins est aussi constitué par les « petits métiers », comme les aides-soignantes, catégorie de « l'entre deux » (entre personnel infirmier et agents de service), qui travaillent par délégation (des infirmiers et parfois des médecins), qui exécutent les « sales boulots » dans les services hospitaliers, mais dont « l'estime de soi » peut néanmoins se forger du fait du contact direct avec les malades, contrairement, par exemple, aux agents de service (Anne-Marie Arborio).

En Afrique subsaharienne, les « petits métiers » de santé (mais qui peuvent parfois donner lieu à l'émergence de véritables entrepreneurs) se constituent au sein de la diversité des pratiques « alternatives », « informelles », qui se parent des atours de la « tradition africaine » ou d'autres registres (christianisme, médecines asiatiques, ésotérisme, produits naturels, etc.), ce qui amène Marc-Eric Gruénais à qualifier ces « spécialistes de la guérison » de « néo-tradipraticiens ». Le marché des soins est extrêmement concurrentiel pour ces néo-tradipraticiens dans les grandes villes africaines, qui trouvent des registres de légitimation dans le christianisme, les systèmes de santé nationaux et la recherche scientifique et universitaire, et sont plutôt à la recherche d'une clientèle « moderne ».

L'histoire des métiers de santé et de la profession médicale se construit aussi autour d'une technique; mais la généralisation de l'emploi d'une nouvelle technique peut venir se heurter au savoir faire revendiqué d'une profession. Qu'y a-t-il de plus important, pour un patient, que la douleur, serait-on tenté de dire ? Qu'y avait-il de moins important, pour un médecin, que le traitement de la douleur, semble nous dire Jean-Pierre Peter ? L'histoire de l'anesthésie, ou plutôt de la résistance des chirurgiens à utiliser cette technique, permet d'illustrer à quel point les « mondes sociaux » de la profession médicale et des patients sont disjoints.

De la multiplicité des approches, des expériences, des situations présentées ici nulle synthèse ne saurait être tirée sur la profession médicale, les métiers de la santé et le rapport des personnels de santé avec les patients. Si une conclusion générale devait être tirée de l'ensemble des textes rassemblés ici, elle pourrait revenir à souligner combien ce domaine des professions de santé, pourtant ayant déjà fait l'objet de nombreuses et célèbres analyses, reste un champ de recherche qui mérite largement que l'on s'y attarde encore, et notamment par des mises en parallèles des situations du Nord avec des situations du Sud.

Marc-Éric Gruénais & Mohamed Mebtoul

Le médecin des systèmes de santé : un extra-terrestre malgré lui ?

Bruno Dujardin *

Résumé. L'article tente d'expliquer les raisons profondes de la dichotomie entre les professionnels de la santé et les patients aussi bien au Nord comme au Sud. Il fait notamment référence à la prégnance du paradigme pasteurien pour tenter d'expliquer les postures déployées par une majorité de médecins au cours de leurs activités quotidiennes. Sa mise en œuvre a pour effets majeurs de construire leur propre monde détaché de celui des patients, de leur donner un pouvoir important qui leur permet de se focaliser sur la recherche fondamentale, l'innovation technologique et la structure hospitalière, devenant le lieu de traitement et de guérison. Le modèle pasteurien apparaît donc profondément inadapté pour permettre la construction d'un espace d'échange avec les patients. L'article montre enfin le rapport de distanciation que les médecins vont nouer avec la mort.

Mots clés : médecine, qualité des soins, formation médicale, relations avec les patients.

Au Nord comme au Sud, les individus et les communautés se plaignent très souvent de la qualité des soins reçus et plus particulièrement de l'incapacité des médecins spécialistes -mais parfois aussi des généralistes- à établir avec eux une relation de qualité dite emphatique. Cette demande répétée que l'on retrouve dans de nombreux témoignages de patients, est le reflet d'une demande pressante des populations : être mieux informées pour pouvoir mieux

* Médecin de santé Publique Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles

participer aux décisions de santé qui les concernent. Comment expliquer ce décalage important entre la capacité du médecin à communiquer et les attentes des patients ? Quels sont les facteurs qui peuvent être invoqués pour mieux comprendre les causes profondes de cette situation ? Pour commencer et définir le cadre du débat, nous voudrions citer quelques histoires vécues récemment.

Quelques histoires de patients, au Nord et au Sud

Au Nord. Monsieur X a 66 ans, il est atteint d'un cancer du larynx en phase terminale, la douleur est importante, difficile à traiter et le patient commence à s'étouffer suite à l'extension locale du cancer. Il n'a pas encore été question de décès ni de la part du patient ni de sa famille ou du corps médical. Un dimanche matin, la femme du patient vient lui rendre visite à l'hôpital universitaire où il est hospitalisé depuis une dizaine de jours. Elle le trouve particulièrement endormi. Se demandant ce qui se passe, elle le fait se lever de son lit et le fait se promener dans les couloirs pour tenter de le réveiller. La fille de Monsieur X vient le visiter plus tard dans la journée. Elle trouve elle aussi que son père a un comportement anormal, fatigué, détaché de la réalité. Elle demande à l'infirmière ce qui se passe et l'infirmière lui confirme que le traitement a été modifié par le médecin. La fille de Monsieur X demande que le traitement soit arrêté. L'infirmière lui explique que ce n'est pas possible car elle doit absolument respecter le protocole établi par le médecin qui est absent ce week-end. La fille de Monsieur X insiste et devant la résistance de l'infirmière, elle prend la responsabilité d'ordonner l'arrêt du nouveau traitement. Le lundi matin, la fille de Monsieur X revient à l'hôpital, une discussion tendue et orageuse a lieu avec le médecin, discussion au cours de laquelle, la fille comprend qu'un protocole d'euthanasie active a été mis en route puisque la situation sans espoir, n'était plus maîtrisée et devenait tout à fait difficile à gérer d'un point de vue médical.

Au Nord. Madame Y, 27 ans, se meurt lentement d'un cancer de l'estomac. Le nouveau traitement ne semble pas être très efficace. Elle est hospitalisée dans un hôpital et exprime à son infirmière les

difficultés qu'elle a d'entrer en contact et d'établir une relation avec les médecins. Elle ne parvient pas à se faire comprendre ni à comprendre l'ampleur de son état. La réaction directe de l'infirmière est de proposer une assistance psychologique.

Au Nord. Monsieur Z. a eu une fracture complexe du pied gauche et doit subir une intervention chirurgicale. Il bénéficie d'une anesthésie péridurale et l'opération se passe sans complications. De retour dans sa chambre, le patient se sent très bien mais à une heure du matin, la douleur se réveille brutalement suite à la disparition de l'action de l'anesthésie péridurale. Monsieur Z fait appel au personnel infirmier qui accourt rapidement et qui, au courant de la situation et selon le protocole établi par le médecin, injecte de la morphine pour calmer la douleur. Après une demi heure, n'ayant toujours pas d'apaisement et la douleur étant toujours extrêmement violente, Monsieur Z demande à l'infirmière une seconde injection qui lui est refusée. Il demande alors à l'infirmière de pouvoir avoir d'autres médicaments pour apaiser cette douleur. Des antalgiques oraux lui sont prescrits, qui resteront sans effet et pendant six heures, Monsieur Z va vivre cette douleur intolérable. Épuisé, à neuf heures du matin, il retrouve le médecin qui l'a opéré qui explique à son patient que, de fait, cela peut arriver que la morphine ne soit pas efficace dans ce type de situation et qu'à ce moment là, une injection d'anti-inflammatoire peut donner de bons résultats. Cette injection lui est prescrite et après dix minutes, la douleur disparaît comme par enchantement.

Au Sud. Madame A est enceinte pour la troisième fois, mais cette fois ci, le travail se passe mal, ne progresse pas et une dystocie est diagnostiquée nécessitant la référence vers un hôpital pour pratiquer une césarienne. Madame A n'a pas l'argent suffisant pour payer le coût de la césarienne ni pour aller acheter le matériel médical nécessaire : sutures, antibiotiques, champs, etc. Madame A va attendre pendant dix huit heures avant que sa famille qui l'accompagne, puisse contacter la famille élargie vivant en ville et obtenir auprès d'elle l'argent nécessaire à l'achat du matériel pour la césarienne. Trois jours après,

Madame A, épuisée, meurt sans avoir pu récupérer de l'intervention chirurgicale finalement réalisée.

Au Sud. Monsieur B vient consulter le médecin du centre de santé pour une angine non compliquée mais qui, douloureuse, l'oblige à demander l'aide d'un professionnel de la santé. Il est examiné brièvement et reçoit une prescription comprenant cinq médicaments dont des céphalosporines de troisième génération, antibiotique qui coûte dix fois plus cher qu'un autre antibiotique comme l'ampicilline prescrite sous forme de médicament essentiel générique. Arrivé à la pharmacie, Monsieur B demande ce qu'il peut acheter avec la somme dont il dispose. Il doit se contenter de deux ou trois comprimés sur les 24 dont il a besoin pour se traiter.

Au Sud. Monsieur C habite dans un pays d'Afrique francophone où un nouveau programme de lutte contre la tuberculose vient d'être mis en place dans le début des années 1990. Monsieur C se sent affaibli depuis longtemps. Une toux rebelle l'ennuie et l'inquiète de plus en plus. Au dispensaire, l'infirmier qu'il consulte le réfère au laboratoire pour un examen d'expectoration. Le diagnostic de tuberculose est posé. Monsieur C habite loin de ce dispensaire et a déjà dépensé beaucoup de temps et d'argent pour pouvoir se déplacer pour la consultation et pour l'examen du laboratoire. L'infirmier du dispensaire qui commence le traitement, avertit Monsieur C qu'il devra venir chaque jour au dispensaire pour recevoir le traitement et qu'il devra avaler ce traitement devant l'infirmier pour être sûr qu'il a pris tous les médicaments pendant les six mois nécessaires au traitement. Monsieur C se rend bien compte qu'il ne pourra venir chaque jour au dispensaire, les coûts du déplacement sont trop élevés et s'il doit se rendre chaque jour à ce dispensaire, les absences à son lieu de travail seront trop importantes, et il sera renvoyé. Monsieur C ne commencera jamais son traitement.

Ces histoires, au Nord comme au Sud, chacun d'entre nous qui a côtoyé de près ou de loin les services de santé et les professionnels de la santé peuvent en raconter, témoignages de ce mal-être profond qui

caractérise la relation entre patients et professionnels de la santé. Ce qui est intéressant de se rendre compte c'est que ces histoires, dans le Nord comme dans le Sud, ont toutes un même point commun : la non prise en considération des attentes et des priorités des patients et de leurs familles. Monsieur X en phase terminale d'un cancer du larynx est en fait dépossédé de sa mort. Sa famille comme sa femme n'ont pu lui dire adieu que grâce à l'intervention décidée de sa fille qui a pris sur elle la décision de suspendre le nouveau traitement instauré d'autorité. Il a donc fallu un acte fort de la famille du patient pour que celui-ci ait le droit d'apprendre qu'il allait mourir et qu'il ait la possibilité de dire adieu à sa famille et à ses enfants. Le plus inquiétant dans cette histoire est que le médecin qui a décidé cette euthanasie active était en fait convaincu de faire de son mieux pour le bien de son patient. Mais il ne percevait que les aspects médicaux de la pathologie, la douleur, et n'a pas tenu compte, ni même pensé à prendre en considération les éventuels désirs du patient et de sa famille. L'histoire de la jeune femme et de son cancer est également édifiante de la difficulté d'établir une relation d'égal à égal entre patients et professionnels de la santé. Une demande, simple et naturelle, est perçue comme dérangement, et la référence faite au psychologue montre bien que dans l'esprit de l'infirmière, c'est la patiente qui a un problème !

Qui, dans son contexte familial, n'a pas vécu une relation complexe et conflictuelle avec le corps médical, notamment, en ce qui concerne l'accès à une information de qualité et compréhensible, une information pertinente qui permettrait au patient de pouvoir jouer correctement son rôle de patient, et prendre une décision éclairée entre les différentes alternatives que le monde médical et les techniques disponibles peuvent lui offrir.

Au Sud, également des histoires semblables sont nombreuses, des histoires de femmes en travail nécessitant une césarienne et dont le mari passe des heures –et parfois des journées– à récolter en ville auprès de familiers, l'argent nécessaire pour pouvoir payer le matériel, les fils de suture, le médicament, et souvent les dessous de table

exigés par les professionnels de la santé avant de réaliser cette césarienne qui sauvera peut-être la vie de sa femme. Un autre exemple concerne les prescriptions médicales faites lors des consultations curatives. Les infirmiers comme les médecins, au lieu de prescrire le médicament le plus efficace (à la fois efficace et en tenant compte des ressources financières du patient) comme les médicaments essentiels sous forme générique, préférera presque toujours prescrire des antibiotiques de dernière génération (céphalosporines et autres médicaments de luxe) en sachant très bien que le patient n'a pas la capacité financière d'acheter ces médicaments à la pharmacie privée et donc de se traiter correctement. Au traitement efficace et efficient, les professionnels, souvent mal conseillés par les délégués pharmaceutiques, préfèrent montrer leur connaissance médicale par la prescription des dernières molécules mises sur le marché.

Une dernière histoire. Au milieu des années 1990, une stratégie a été mise en place dans le cadre des programmes de lutte contre la tuberculose, stratégie visant à assurer la régularité du traitement en exigeant que les patients prennent chaque jour leur médicament devant les professionnels de santé. Cette stratégie a au moins deux inconvénients : elle part du principe que les patients sont toujours incapables d'assurer la prise régulière des médicaments dont ils ont besoin, et surtout cette stratégie ne tient aucun compte des conséquences pour le patient : frais indirects importants liés au transport, perte de temps de travail, garde des enfants à domicile, etc. Conséquence de cette stratégie, les patients tuberculeux qui vivent loin des centres de santé ne prennent pas leur traitement régulièrement, alors qu'ils pourraient y arriver en recevant les médicaments une fois par semaine pour des prises à domicile. La différence ici est que cette stratégie a été mise au point par les meilleurs spécialistes mondiaux de la tuberculose. Il ne s'agit pas d'un problème de formation mais d'une incapacité à se mettre à la place des patients. Après plusieurs années d'une bataille scientifique dans les journaux spécialisés, la situation s'est enfin améliorée et les spécialistes de la tuberculose ont commencé à assouplir leur stratégie. Ces histoires dont les variantes sont innombrables, caractérisent encore trop souvent les relations

entre professionnels et patients, entre le monde médical, les individus et les communautés, et ceci est vrai au Nord, au Sud, à l'Est et à l'Ouest.

Des questions

Devant une telle répétition, universelle, qui perdure depuis plusieurs dizaines d'années, il faut se poser certaines questions :

- * Pourquoi cette attitude distante, et même parfois méprisante, des professionnels de la santé envers leurs patients et les communautés dont ils sont responsables ?
- * Pourquoi cette incohérence entre les compétences des professionnels, notamment les spécialistes, et les attentes et besoin des patients ?
- * Pourquoi très souvent, les connaissances techniques et médicales sont-elles inversement corrélées avec la capacité relationnelle des professionnels ? Pourquoi le spécialiste est-il trop souvent incapable d'entamer un réel dialogue avec son patient ? Pourquoi le généraliste y réussit-il déjà un peu mieux, et pourquoi l'infirmier est-il généralement capable d'expliquer de manière compréhensible ce qui se passe ?
- * Pourquoi ce refuge des professionnels de la santé dans leur pouvoir médical, et pourquoi cette peur et ce rejet de l'empathie envers leurs patients ?
- * Comment les professionnels de la santé peuvent-ils *in fine* se satisfaire d'une situation aussi peu valorisante en terme de relation humaine ?
- * Pourquoi l'évidence de cette réalité n'est-elle pas évidente dans le sens qu'elle n'est toujours pas un sujet privilégié d'enseignement dans les facultés de médecine et dans les écoles d'infirmiers ?

Dans les paragraphes suivants, nous allons donc essayer d'identifier certains déterminants de cette réalité, en se basant sur notre expérience et sur les échanges avec les patients, les communautés et les professionnels de la santé.

Tout d'abord il importe d'expliquer que cette situation que nous venons de décrire est connue depuis longtemps. Différents livres ont été écrits à ce sujet, notamment « La Médecine en question » de Guy Caro, « Némésis médical » d'Yvan Illich, pour ne citer que deux des livres qui ont eu un certain écho dans les années 1970. Une autre remarque préalable s'impose : les enjeux sont les mêmes au Nord et au Sud, même si au Sud les systèmes de santé présentent certaines particularités. Les systèmes de santé y sont en fait plus visibles en comparaison des systèmes de santé de la Belgique et de la France. Ils sont aussi plus fragiles, plus complexes. Il y a moins d'acteurs et une plus grande interaction entre les différents niveaux du système : le ministre de la santé du Sud est bien plus accessible que son alter ego du Nord. Le Sud se caractérise également par une présence moins importante de l'État en tant qu'agent contrôleur et organisateur. L'influence exogène sur les politiques nationales de santé est plus grande que dans le Nord, et finalement des problèmes de sous financement chronique et les conséquences sociales de la crise économique et des ajustements structurels font que la corruption s'est aggravée et est devenue quasi universelle dans les institutions du Sud. Associé à cette corruption, il existe actuellement un déficit important de la morale professionnelle, différence importante par rapport aux systèmes de santé du Nord.

Troisième remarque: l'enjeu de cette réflexion n'est pas de comprendre les déterminants et les facteurs associés qui ont déjà été identifiés par ailleurs, mais bien plus d'essayer d'identifier les paradigmes, les enjeux culturels et l'inconscient collectif qui sont les facteurs explicatifs premiers de ce conflit latent et parfois ouvert entre professionnels de la santé et population.

Trois niveaux de réponse

De manière caricaturale et pour illustrer le premier niveau de réponse, je pense à cette réaction d'un patient énervé, rendu agressif par l'incapacité des professionnels à lui expliquer en termes clairs quelle était la gravité de son problème de santé et les alternatives qui se

présentaient à lui : « les médecins ? c'est tous des salauds ! ». En fait, si on veut traduire cette exclamation de manière plus scientifique, la réponse serait la suivante : l'incapacité de communiquer et d'échanger dans un réel dialogue entre professionnels de la santé, patients et population, serait due à une différence en terme de classe sociale, au fait d'exercer un pouvoir basé sur des connaissances techniques médicales, à l'appât du gain, etc. Cette explication, bien entendu, peut se révéler vraie, mais seulement dans un nombre restreint de cas. Elle explique le sommet de l'iceberg, mais des facteurs plus profonds, plus prenants, plus massifs doivent intervenir, des facteurs qui expliquent pourquoi, malgré des études, des efforts, des remises en question, il y a si peu de changements réels et des comportements des professionnels toujours aussi inadéquats. On a l'impression qu'une force incontrôlable, une espèce de lame de fond emporte les professionnels de la santé et les empêche d'établir ce dialogue, cet échange si ardemment souhaité par les patients. Ce premier déterminant identifié n'explique la réalité que pour un faible pourcentage de professionnels et surtout ne permet pas de comprendre pourquoi nous ne parvenons pas à sortir de ce cercle vicieux. Par exemple, l'appât du gain en tant que tel n'est pas un déterminant majeur puisque dans la majorité des cas, que ce soit au Nord comme au Sud, d'autres secteurs également accessibles auraient pu déboucher sur des gains plus importants : commerce, banque, etc. Et il faut reconnaître que la majorité des étudiants en première candidature de médecine déclarent comme principales motivations pour entrer dans cette profession le désir de se rendre utile, de répondre à des problèmes sociaux, etc.

Un deuxième niveau de réponse plus profond dans l'enracinement des déterminants, est donc nécessaire. Le deuxième niveau de réponse concerne la formation qui déforme les futurs professionnels. Cette hypothèse qui explique au moins en partie cette dichotomie entre professionnels de la santé et patients se base sur un constat évident : les candidats en médecine, pendant leur première année, ont un esprit plus ouvert, des intérêts plus variés que lorsqu'ils arrivent à la fin de leur formation professionnelle. Tout se passe comme si les futurs

médecins désapprenaient à réfléchir (ce qu'on peut qualifier comme une sclérose de l'esprit), se montraient distants et « désaffectivés » (pour se protéger de la souffrance et de la douleur ?), en présentant souvent une certaine suffisance (donnant l'impression de tout connaître) et qui peut être associée à une certaine peur de continuer à apprendre pendant sa vie entière. Ainsi, personnellement, à 25 ans, diplômé docteur en médecine, chirurgie et accouchement, j'avais inconsciemment la certitude de tout connaître dans ma profession et de ne pas devoir continuer à apprendre. Il m'aura fallu la confrontation avec la réalité de tous les jours pour changer de paradigmes et en premier lieu apprendre à réapprendre pour finir par trouver le goût de l'apprentissage continu. Tout se passe comme si une vision simpliste, à la limite mécaniste, en tout cas a-systémique -nous y reviendrons -, était inculquée aux futurs médecins. Ce qui fait que les professionnels seront très à l'aise devant une pathologie, mais souvent insécurisés devant le malade. Je pense à cette réflexion d'un médecin spécialiste (et ce n'était pas une boutade !) : la tuberculose est une pathologie extrêmement intéressante à diagnostiquer et à traiter, dommage qu'il y ait des patients tuberculeux, car alors tout se complique !

Encore actuellement, même si certains changements ont été organisés depuis quelques années, la formation médicale est avant tout centrée sur l'hôpital et les aspects techniques et très peu sur le social, le relationnel, et le psychologique. Ainsi, naturellement, le professionnel aura tendance à médicaliser le social et le psychologique d'autant plus que, formé principalement dans les structures hospitalières il sera, en tous cas en début de carrière, mal à l'aise en rencontrant son patient en dehors de ce type de structure¹. La formation en milieu hospitalier est également très hiérarchisée (notions de mandarin, de chef de service) et pour des raisons parfois évidentes, notamment en cas d'urgence, cette hiérarchie qui est censée

¹ Il ne s'agit pas ici de dénigrer le contenu technique et médical de la formation des futurs médecins, elle est bien entendu essentielle pour assurer la qualité et l'efficacité des soins. Le problème est que les médecins soignent des êtres complexes et les aspects médicaux sont nécessaires mais insuffisants pour prendre correctement en charge les problèmes de santé de leurs patients.

assurer une meilleure fonctionnalité de l'hôpital peut envahir également la formation médicale. Le « mon Maître m'a enseigné que... » n'est pas si vieux que cela, et dans bien des esprits, n'a toujours pas disparu. La stratégie de la « Médecine basée sur l'évidence » est une approche récente qui ne date que de quelques années.

Le futur médecin sera donc quelqu'un généralement mal à l'aise dans le cadre d'un travail d'équipe, peu intéressé par l'interdisciplinarité, et généralement caractérisé par un comportement centré sur l'individualité parfois l'individualisme. Si la grande majorité des médecins, du moins en Belgique, votent pour le parti Libéral, ce n'est peut-être pas seulement en fonction de leur classe sociale d'origine mais peut-être surtout par rapport à la relation privilégiée portée sur l'individu et sa réalisation personnelle.

La formation professionnelle est avant tout centrée sur les aspects cliniques de diagnostic et de traitement mais très peu sur les aspects épidémiologiques et encore moins sur les aspects de santé publique et de gestion des services de santé. Très souvent donc, le médecin aura une attitude maximaliste en ayant des difficultés à gérer des notions de probabilité telles que les valeurs prédictives, positives et négatives, ou la notion de faux positif, dans le sens où poser d'un diagnostic représente inconsciemment pour le médecin une certitude de 100%. Le futur médecin reçoit très peu de formation et d'informations sur la gestion des soins et des services, sur les aspects économiques et financiers et notamment sur les notions de rendement marginal, d'efficacité, de coûts d'opportunité, etc., toutes notions pourtant fondamentales à la gestion et à la planification des systèmes de santé. Il est donc extrêmement mal outillé pour pouvoir jouer le rôle qui lui revient en tant qu'acteur d'un système complexe, les systèmes de santé.

Ce deuxième niveau de réponse est donc certainement une réalité à ne pas sous estimer mais de nouveau, ces aspects sont connus depuis plusieurs dizaines d'années et malgré tout on a l'impression que rien ne

change. Il y a donc sans doute des facteurs sous-jacents encore plus profondément enracinés qui doivent jouer. Certains avancent un troisième niveau de réponse : une crise actuelle de la médecine, mais dont les causes sont plus éloignées dans le temps. Les constats du premier niveau de réponse et la formation déformante expliquent pourquoi les professionnels de la santé s'adaptent difficilement aux exigences nouvelles d'une société en profonde transformation. Il est vrai qu'au Nord comme au Sud, les acteurs des systèmes de santé et notamment les professionnels de la santé sont déstabilisés et sont parfois à l'origine de grèves comme en France et en Belgique récemment, en fait surtout pour une redistribution du pouvoir et des légitimités entre les différents acteurs des systèmes de santé. Redistribution du pouvoir entre généralistes et spécialistes : les généralistes veulent retrouver leur rôle prépondérant qu'ils avaient jusque dans les années 1960 ; redistribution du pouvoir entre le corps médical proprement dit et les professionnels dits paramédicaux (kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmières), le personnel paramédical revendiquant une position plus importante en tant qu'acteur face au corps médical établi. Et finalement une redistribution du pouvoir entre l'État et l'ensemble des professionnels de la santé : l'État devient de plus en plus interventionniste, avant tout pour des critères économiques, mais également dans la perspective de mieux utiliser les ressources limitées existantes au profit du plus grand nombre.

A notre avis ce troisième niveau de réponse, avancé parfois par certains chercheurs, n'est pas pertinent quant au débat évoqué dans ces lignes. Cette crise bien réelle est avant tout un épiphénomène par rapport aux enjeux discutés, à savoir cette profonde dichotomie entre professionnels de la santé et patients. Il est vrai que le médecin moderne doit développer de nouvelles compétences et de nouvelles connaissances, et que la complexité de son rôle s'amplifie d'année en année. Il doit notamment développer de nouvelles connaissances en économie, informatique, administration, suivre des formations continues. Les aspects sociologiques, anthropologiques, épidémiologiques et de santé publique sont de plus en plus

nécessaires, et les compétences médicales doivent être remises en question de plus en plus fréquemment.

Il existe donc un autre niveau de réponse que l'on peut qualifier de quatrième niveau et qui concerne les déterminants sous-jacents à ces différentes hypothèses. Nous en retenons deux, le paradigme pasteurien et cette relation extrêmement ambiguë qui existe entre le corps médical et la mort. Commençons par le paradigme pasteurien, et par un peu d'histoire : le droit à la santé et la médecine moderne.

La médecine : une très jeune science

La médecine, est une science vieille comme le monde, et pourtant son efficacité est d'acquisition toute récente. En effet en 1789 la Révolution française et la Déclaration universelle des droits de l'homme ne faisaient en aucune manière référence à la santé. Pourquoi? Tout simplement parce que la santé était considérée comme un don de la nature ou un don de dieu, selon les croyances religieuses de chacun, ce qui montre bien le peu de confiance que la société de cette époque faisait dans la capacité des médecins et des professionnels de la santé à sauvegarder la santé des individus et des populations.

Lors de la révolution industrielle du XIX^{ème} siècle différentes sciences connurent un essor extraordinaire : la physique, la chimie, les communications, l'ingénierie, etc., toutes sauf la médecine extrêmement limitée dans ses traitements et interventions chirurgicales. Jusque dans les années 1860-1870, la médecine peut-être considérée comme la science pauvre de la révolution industrielle et les médecins étaient vus, et se percevaient, comme des pseudo-scientifiques puisque incapables de faire montre d'une quelconque efficacité dans leur traitement des pathologies les plus courantes à cette époque : pneumonie, infections diverses, tuberculose, etc. On se trouve donc devant une situation paradoxale : une impuissance quasi-totale du monde médical à intervenir de façon efficace dans le décours

des maladies alors que tout autour, les découvertes s'accumulent et les autres sciences progressent à pas de géant.

Assez logiquement, les populations et les médecins eux-mêmes ont une piètre image de leur profession. Les médecins sont souvent vus comme des charlatans, des apprentis sorciers par leurs patients. Bien sûr la chirurgie avait fait d'énormes progrès, notamment la chirurgie de guerre, mais on oublie trop souvent que la mortalité postopératoire était extraordinairement élevée et atteignait par exemple 92% après les amputations pratiquées chez les soldats lors de la guerre de Crimée. C'est l'époque où le patient refuse de monter sur la table d'opération car, mourir pour mourir, autant éviter la souffrance d'une intervention dont il a si peu de chances de survivre. Il y a moins de 150 ans de cela !

C'est en fait Pasteur qui, à partir des années 1870 donnera à la médecine et aux professionnels de santé leurs premières lettres de noblesse en tant que science et scientifiques modernes. En moins de quinze ans Louis Pasteur va révolutionner la médecine en mettant au point et prouvant l'efficacité d'une logique implacable : une cause, les germes ; un effet, une maladie spécifique ; un traitement, le vaccin dans le cas de la rage.

On peut parler de réelle révolution dont la portée ne peut être comprise qu'en se rappelant le désespoir des scientifiques avant l'ère Pasteurienne. Un texte du chirurgien Alphonse Guérin rapporté par P. Dubois exprime très bien cette désespérance ; lors d'une communication en 1873 à l'Académie de Médecine de Paris, le chirurgien Alphonse Guérin déclarait : *« Dans mon désespoir, cherchant toujours un moyen de prévenir cette terrible complication des plaies, j'eus la pensée que les miasmes dont j'avais admis l'existence, parce que je ne pouvais pas expliquer autrement la production d'infection purulente, pourrait bien être des corpuscules animés de la nature de ceux que Pasteur a vu dans l'air, et dès lors l'histoire des empoisonnements miasmatiques s'éclaira pour moi d'une clarté nouvelle. Si, dis-je alors, les miasmes sont des ferments, je pourrais prémunir les blessés contre leurs funestes influences en filtrant l'air, comme Pasteur l'avait fait... J'imaginai alors un*

pansement ouaté et j'eus la satisfaction de voir mes prévisions se réaliser ». Ce trait de génie permit au chirurgien Guérin en 1871 à l'hôpital St Louis de sauver 19 de ses 24 opérés, blessés de la Commune. Un succès tout à fait extraordinaire pour l'époque.

Le génie de Pasteur fut non seulement d'être un scientifique hors pair, mais également d'être doté d'un charisme redoutable : tribun, contacts avec la grande presse, écrivain de qualité, dont la plume acide interpellait avec efficacité non seulement les journalistes mais également les hommes politiques. Pasteur a notamment écrit une lettre fameuse à Napoléon III exigeant des financements pour sa recherche. Ces qualités lui ont permis d'ouvrir de nombreuses portes et de vaincre les nombreux opposants à ces théories révolutionnaires. Le 20 août 1885, le petit Joseph Maister, garçon de dix ans qui avait été sauvagement mordu par un chien enragé, est sauvé grâce au premier vaccin inventé par Pasteur. Cette date du 20 août 1885 pourrait être reprise comme date d'entrée de la médecine dans le cénacle des « sciences modernes » puisque pour la première fois, le cycle était bouclé : la cause identifiée, l'effet reconnu, et le traitement disponible. Cette date est le début de l'histoire de la toute puissance des médecins sur la maladie.

À la fin des années 1880, la médecine se trouve dans une situation tout à fait exceptionnelle où la recherche a pris une ampleur extraordinaire. L'important est en fait l'innovation technologique, l'accès à de nouveaux traitements qui vont donner une puissance certaine et nouvelle au corps médical et aussi assurer aux médecins leur renom, leur visibilité et leur financement par les patients et la société. L'hôpital n'est plus un mouvoir mais devient un centre de technique et de recherche et un lieu de guérisons quasi-miraculeuses. Le rôle du patient est marginal puisque c'est avant tout le traitement qui va le guérir, le médecin qui a posé le diagnostic et qui instaure le traitement, et l'État devient de plus en plus financeur sous la pression sociale.

En 1895, Pasteur eut droit à des funérailles nationales et un éloge prononcé par le Président Poincaré sur le parvis de Notre Dame de Paris. Son corps repose dans la crypte de l'Institut Pasteur. Ce qui est intéressant pour notre histoire, c'est que Louis Pasteur a très vite acquis par les différentes facettes de sa personnalité, non seulement

une image quasi mythique de sauveur de l'humanité, mais avant tout de celui qui a donné à la médecine ses premières lettres de noblesse. Pour bien se rendre compte du « mythe Pasteur » il vaut la peine d'aller visiter son tombeau à Paris où l'ambiance est extrêmement recueillie : les visiteurs font silence devant la magnificence de la crypte qui donne l'impression qu'un Pape ou encore un Roi de France est enterré en cet endroit. La dédicace faite par les scientifiques, « à Notre Maître Vénéré », exprime bien cette adulation du monde scientifique pour Louis Pasteur.

On pourrait écrire plusieurs romans sur le règne de Pasteur et son influence encore actuelle sur les systèmes de santé au Nord comme au Sud, mais revenons-en à notre propos. La principale conséquence de l'irruption de Louis Pasteur dans le domaine scientifique et médical à la fin du XIX^{ème} siècle est d'avoir donné en quelques années une toute puissance au corps médical, puissance basée sur la recherche fondamentale, l'innovation technologique et la structure hospitalière comme lieu de traitement et de guérison. S'instaure dès lors une nouvelle culture médicale et un paradigme qui vont dominer le monde médical non seulement dans les pays industrialisés, mais aussi dans les milieux médicaux des pays du Sud.

La conséquence inévitable de cette logique pasteurienne est la spécialisation médicale et la création de nouvelles professions spécifiques : bactériologue, immunologue, virologue, phtisiologues, etc., spécialisations renforcées par la création au début du 20^e siècle d'une prestigieuse revue scientifique : les *Annales de l'Institut Pasteur*, où les débats scientifiques les plus pointus sont publiés. La tendance à la spécialisation sera d'autant plus grande qu'elle assure une reconnaissance professionnelle et sociale importante : le découvreur de l'agent pathogène donne son nom au germe spécifique identifié, et la course à la renommée est alors lancée ; la majorité des germes bactériens responsables des grandes endémies et épidémies du début du siècle (pathologies infectieuses essentiellement) est identifiée en quelques années.

Les conséquences du paradigme pasteurien sur le fonctionnement du monde médical, conséquences dont les effets sont encore présents actuellement, peuvent être résumées en quelques grands traits : au

Nord comme au Sud, aujourd'hui encore, les professionnels de la santé ne se sentent pas partie prenante d'un système, ils ne se sentent pas concernés par les déterminants socio-politiques de la santé ; en fait peu intéressés par le comportement du patient, ils se centrent bien plus sur la pathologie qu'il présente. Les petites phrases si souvent entendues telles que « c'est mon foie qui est malade » expriment bien cette réalité où le centre des échanges entre professionnels de la santé et patients sont les organes et non pas l'individu. Comme autre conséquence on peut observer un décalage croissant entre les attentes des professionnels de la santé et les attentes des patients pour lequel le contexte socio-économique et culturel des deux dernières décennies est source de nombreux maux et problèmes de santé, peu vulnérables aux seules techniques médicales. Il s'en suit souvent un mal-être du corps médical qui se sent incompris, de moins en moins reconnu, et aussi de moins en moins puissant dans un monde où les déterminants médicaux de la santé ont une importance de plus en plus relative.

Au Nord comme au Sud, les problèmes de santé sont de plus en plus liés à des problèmes de dysfonctionnements des systèmes de santé (iatrogénéicité, infections nosocomiales), de dégradation de l'environnement physique (pollution, empoisonnements par la chaîne alimentaire), mais surtout psychologique (stress au travail), socio-économique (perte du pouvoir d'achat et marginalisation sociale), et culturel (familles monoparentales, isolement urbain). Les solutions miracles issues du paradigme pasteurien sont de moins en moins fréquentes et pertinentes.

Le médecin et la mort : une relation plus qu'ambiguë

L'image d'Epinal que nous avons souvent du corps médical est un médecin seul, en blouse blanche, en train d'affronter la mort qui guette son patient. En fait, dans cette image d'Epinal, plusieurs sous-entendus sont intéressants à expliciter. La santé est dans certains cas un enjeu vital et bien évidemment, devant cet enjeu, le patient est déstabilisé. Il se sent impuissant et a le désir de confier sa destinée à une personne compétente ayant les connaissances techniques et l'expérience suffisante pour prendre en charge le problème qui le préoccupe. Le

médecin est ainsi investi par le patient d'une « mission sacrée ». Grâce à l'héritage de Pasteur et à l'image qu'ont donné de lui la Presse et les médias, le médecin se sent également tout puissant. L'hôpital est le lieu clos où se déroule ce combat singulier entre le médecin et la mort ; c'est donc un lieu protecteur pour le médecin, où le patient est généralement infantilisé. Logiquement, le « bon patient » sera celui qui laisse le médecin combattre sa maladie, ne pose pas trop de questions et remercie le professionnel de l'avoir guéri. En fait, toujours selon cette image d'Epinal, le « bon patient » ne participe pas à la décision médicale, n'interfère pas dans le combat du médecin contre la mort.

Cette image d'Epinal n'a jamais été vécue par la grande majorité des médecins, ni dans leur quotidien (on ne meurt pas si souvent heureusement !), ni dans leur formation professionnelle, ce qui est plus étrange et intéressant à analyser. En effet, rares sont les internes (les futurs médecins qui font leur stage de formation dans les hôpitaux) qui ont accompagné les patients hospitalisés lors de leur agonie. Ils sont généralement protégés de cette réalité par des aides-soignantes, des infirmières qui, elles, sont les réelles accompagnatrices des mourants et de leurs derniers instants. Il se crée ainsi une distance parfois inconsciente mais très réelle entre la mort et le professionnel de la santé. Et la mort au lieu de devenir une alliée est vécue toujours comme une ennemie (ce qui explique entre autres l'acharnement thérapeutique généralisé pendant les années 1960-1970, qui est encore d'actualité dans de nombreuses structures hospitalières), et le manque de compréhension et d'accompagnement du médecin par rapport notamment au mourant et à la famille de ce mourant. Il serait raisonnable d'exiger dans la formation médicale que tout futur médecin ait l'occasion d'assister des patients en soins palliatifs, des patients en fin de vie, et d'avoir vécu avec eux la beauté d'une fin de vie pour pouvoir en tirer toute la richesse et toute la compétence sociale, relationnelle qu'elle implique. Cette expérience toujours significative permettrait enfin aux médecins et aux autres professionnels de la santé de vivre un événement extrêmement riche d'un point de vue humain, et de mieux apprendre à tenir compte des aspects culturels et sociaux des patients et des communautés dont ils

sont responsables. En tant que médecins, on nous a appris à accompagner les être humains lors de leur naissance, mais jamais on ne nous a enseigné l'art d'accompagner les mêmes être humains lors de leur agonie.

Les solutions

Quelles solutions peut-on donc proposer pour essayer de réduire cette fracture constante et habituelle entre le monde médical d'un côté, les patients et la communauté de l'autre ? De façon non exhaustive, nous présentons ci-dessous quelques propositions de solution:

Il faudrait apporter de nombreuses modifications à la formation professionnelle des médecins notamment leur offrir la possibilité de côtoyer la mort pour qu'elle ne soit plus une ennemie mais une alliée. Il faut recentrer la formation professionnelle non pas sur l'apprentissage par cœur de connaissances mais sur l'ouverture d'esprit et l'interpellation ; dans ce sens l'irruption de la stratégie *evidence based medicine* est un atout. Il faut surtout proposer aux futurs médecins des activités de terrain comme l'accompagnement des mourants, les interviews des hospitalisés quand ils sont de retour dans leur maison pour voir comment ils ont vécu leur séjour hospitalier et leurs échanges avec le corps médical, les problèmes qu'ils ont rencontrés, etc.

Nous devons arriver à réformer la formation du corps médical pour changer le regard du médecin sur lui-même et sur ses patients. Il faut favoriser les approches interdisciplinaires, conjuguant santé publique, sociologie, anthropologie, épidémiologie, et médecine clinique. Favoriser également le partenariat entre les différents acteurs des systèmes de santé et donner une priorité à l'interaction entre citoyen, professionnel de la santé et État.

Il faut favoriser aussi les approches transdisciplinaires des programmes de développement et des interventions sanitaires. Réaliser des projets de démonstration basés sur une approche systémique, au Nord comme au Sud : il n'y a plus de solution miracle basée sur une recherche de causalité simple entre une cause, un effet et une solution. Le paradigme pasteurien est de fait dépassé dans de

nombreuses situations, et là où c'est nécessaire, il faut le remplacer par le paradigme systémique.

Et puis il faut aussi résoudre les problèmes aigus que rencontrent beaucoup de professionnels de la santé non seulement du Sud mais également du Nord : problèmes de salaire, de financements insuffisants, de reconnaissance éthique, de sanctions prises mais non appliquées notamment au Sud. Il faut mettre en place un financement continu du système de santé qui ne soit pas basé sur la seule approche par projets et programmes où *de facto* ce sont les priorités et les modes d'intervention des partenaires du développement qui priment sur les priorités nationales.

En conclusion, on pourrait rappeler cette phrase a priori étonnante : « Louis Pasteur et la Banque Mondiale : même cause, même effet ? ». La logique de cette comparaison est évidente si on se souvient que les deux entités que sont Louis Pasteur et la Banque Mondiale ressortissent au même paradigme sélectif d'une logique simple mécanique : un agent, une cause qui produit une maladie ou un effet pour lequel un traitement, une solution identique existe. Le paradigme pasteurien, aujourd'hui simpliste a envahi la pensée de la Banque Mondiale pour laquelle la même stratégie (efficacité, décentralisation, diminution du rôle de l'État, renforcement du secteur privé) représente une panacée universelle imposable aux systèmes de santé du Nord comme du Sud, quels que soient leurs différences culturelles sociales et économiques.

Références

P. Dubois P., « *Louis Pasteur : une légende plus vraie que nature. Deuxième partie : de la microbiologie aux applications médicales humaines* », *Ann. Med. Milit. Belg.*, 10 (1), 1966 : 1-13.

Bordet, pour *Bordetella Pertussis* (coqueluche) ; Yersin, pour le bacille de Yersin (peste) ; Koch, pour le bacille de Koch (tuberculose).

Recomposition de la médecine dans ses rapports avec la science. Les leçons du sida.

Nicolas Dodier*

Résumé. L'article met en évidence comment la mobilisation collective autour du sida s'est inscrite dans une transformation plus profonde du monde médical, qu'elle a elle-même contribué à infléchir. L'auteur part d'une analyse du travail politique conduit sur vingt ans par les différents acteurs (médecins, militants associatifs, firmes pharmaceutiques, etc.) qui sont intervenus autour de la recherche et de la mise à disposition du traitement contre le sida. Il met en évidence deux étapes importantes dans les changements contemporains du monde médical : passage, dans un premier temps, *d'une médecine de tradition à une médecine des preuves*, puis désenclavement de cette médecine des preuves, qui permet d'éclairer l'émergence récente, en France, de la *démocratie sanitaire* parmi les modèles politiques de référence. La prise en compte de ces changements permet de penser le nouvel agencement des pouvoirs qui s'esquisse dans le monde médical, et les nouvelles manières d'aborder l'éthique de la médecine.

Mots clés : *médecine des preuves, travail politique, démocratie sanitaire.*

Les sociologues ont longtemps considéré la médecine comme l'exemple paradigmatique d'une profession au sens fort, c'est-à-dire un ensemble de spécialistes dotés d'une *autonomie professionnelle*. Talcott Parsons (1955) voyait le médecin comme l'exemple même du professionnel qui applique non seulement un savoir spécialisé, mais

* Sociologue, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales

également l'ensemble des valeurs véhiculées et inculquées par son groupe de référence. Eliot Freidson (1970/1984) voyait les médecins comme un groupe qui a réussi, historiquement, à se constituer un monopole dans la définition de son domaine d'exercice et dans l'établissement des pratiques légitimes à l'intérieur de ce domaine, les médecins étant seuls habilités, du fait de leur autonomie professionnelle, à juger de ce que doivent faire les médecins.

La profession, au sens fort du terme, est ainsi longtemps restée, dans les travaux sociologiques, l'horizon de référence, défendu ou critiqué, pour l'organisation des pratiques médicales. Cette situation est aujourd'hui remise en cause dans les pays occidentaux par les transformations de la médecine, et notamment par l'érosion de l'autonomie professionnelle. Plusieurs évolutions sont souvent mentionnées dans ce processus d'érosion : l'encadrement de plus en plus poussé de la médecine par les administrations chargées de la santé et par les systèmes d'assurances sociales ; la dépendance accrue des médecins par rapport aux stratégies des firmes pharmaceutiques ; le contrôle des pratiques par les assurances privées ; les interventions émergentes des malades dans la mise en oeuvre des soins.

Pour bien saisir le sens global de ces transformations, il est utile de conduire une analyse dynamique du monde médical. La notion de *monde médical* paraît elle-même plus appropriée que celle de médecine *stricto sensu*, dans un contexte d'interdépendances accrues entre les médecins et les autres acteurs qui composent ce monde : les firmes, l'administration de la santé, les associations de malades, les médias, etc. Cet objet dessine les contours d'une sociologie politique du monde médical. Celle-ci peut s'orienter plus précisément vers l'analyse du *travail politique*, entendu comme l'ensemble des opérations par lesquelles les acteurs problématissent, de façon publique, les rapports de pouvoirs existants, et cherchent, le cas échéant à établir de nouveaux pouvoirs. Les recherches que j'exposerai aujourd'hui visent à restituer le travail politique actuel dans une évolution plus longue, en me centrant sur le cas de la France et en gardant une attention particulière aux Etats-Unis, qui jouent un

rôle important, à la fois comme modèle et comme antimodèle, dans la dynamique du travail politique français.

La recherche a été menée dans l'optique d'une sociologie "compréhensive" ou "pragmatique" du travail politique, c'est-à-dire attentive au détail de l'argumentation des acteurs concernant la justification publique des agencements de pouvoirs. Mais il s'est agi également de renouer les fils entre la sociologie pragmatique et la pratique de l'histoire. Dans cette perspective, l'intervention présentera une sociologie du monde médical "issue" de l'épidémie de sida : la réflexion que je conduirai ici concernant la médecine s'ancre dans une étude de l'invention politique propre à cette épidémie, et c'est celle-ci qui nous guide pour identifier les évolutions politiques de la médecine et de la science auxquelles la mobilisation propre au sida a elle-même contribuées. L'hypothèse d'ordre historique peut être formulée en deux temps : passage, dans un premier temps, d'une *médecine de tradition* à une *médecine de preuves*, puis désenclavement de cette médecine de preuves, qui permet d'éclairer l'émergence récente, en France, de la *démocratie sanitaire* parmi les modèles politiques de référence.

De la médecine de tradition à la médecine de preuves

La *médecine de tradition* peut être caractérisée par la grande légitimité accordée au jugement individuel du médecin concernant les malades dont il a la charge, tant sur le plan cognitif que sur le plan éthique. L'exemple paradigmatique de cette médecine de tradition est la médecine hospitalière française, telle qu'elle s'est développée depuis la fin du XVIII^{ème} siècle jusque dans les années 1950. Cette médecine s'appuie sur la conception de la clinique propre à l'École de Paris (voir M. Foucault, 1963), même si elle emprunte par la suite une référence, plus rhétorique que véritablement instrumentée, à l'essor des sciences biologiques.

Sur le plan cognitif, ce qui fonde la légitimité du médecin traitant, dans la médecine de tradition, c'est son expérience clinique individuelle, au lit du malade. Celle-ci est transmise au jeune médecin par l'enseignement de ses maîtres, et elle se consolide par la

confrontation permanente, sur le terrain, à des cas cliniques fortement individualisés. Sur le plan éthique, on considère dans la médecine de tradition que c'est l'autonomie du médecin qui est garante de l'éthique. Le médecin-traitant est le plus à même de juger, en son âme et conscience, des cas difficiles, sur la base des valeurs qui lui ont été inculquées et sur la base de l'expérience éthique qu'il a pu là encore acquérir au lit des malades (voir G.Weisz, 1990)¹.

La montée de la *médecine de preuves* correspond à la crise de légitimité du jugement médical individuel, sous ses deux aspects principaux, cognitif et éthique. Sur le plan cognitif, le déclin de la médecine de tradition renvoie à la montée de la référence aux essais thérapeutiques comme forme canonique d'administration de la preuve concernant les traitements légitimes.

On peut ici se reporter aux recherches de H. Marks (1999). Celui-ci met en évidence l'action d'un groupe d'acteurs relativement hétérogènes, formé de pharmacologues, médecins, statisticiens, fonctionnaires, directeurs de revue, les "réformateurs de la thérapeutique", qui ont réorganisé la médecine depuis le début du 20ème siècle, aux Etats-Unis, avant que ces nouveaux standards de l'évaluation médicale ne se diffusent au niveau international.

Selon ces réformateurs de la thérapeutique, la médecine de tradition ne pouvait pas faire face à la montée du capitalisme pharmaceutique. Equipés de leur seule expérience clinique et éthique, les cliniciens n'étaient pas en mesure de séparer le bon grain de l'ivraie parmi la multitude des médicaments que les firmes pharmaceutiques commencent, à la fin du 19ème siècle, à mettre sur le marché. D'où le projet d'encadrer désormais les soins médicaux par une évaluation scientifique très codifiée des nouveaux médicaments, sous l'égide d'une administration de la santé puissante basée sur la science (la Food and Drug Administration).

Ce projet se concrétisera par l'imposition aux Etats-Unis des essais contrôlés randomisés comme point de passage obligé de tout nouveau

¹ Le texte de B. Dujardin reproduit ici mentionne l'exemple d'un médecin qui défend la légitimité d'une décision d'interruption des traitements qu'il a prise en son âme et conscience face à une personne atteinte d'une maladie en phase terminale.

médicament mis sur le marché, puis par la constitution de cette méthodologie comme *gold standard* du monde médical au niveau international².

En France, la montée de la médecine de preuves a été portée par une critique d'autant plus vive du médecin de tradition que celui-ci occupait une place centrale dans l'univers hospitalier, beaucoup plus encore qu'aux Etats-Unis. Le personnage du "mandarin hospitalier", archaïque et autoritaire, a ainsi été brocardé par la génération des jeunes médecins qui, à partir des années 1950, a commencé à s'imposer dans l'élite médicale française (H. Jamous, 1969). Ces jeunes médecins s'appuyaient sur les sciences biologiques pour lutter contre ce qu'ils percevaient comme le « déclin de la médecine française ». Ils se sont par la suite saisi des essais randomisés contrôlés pour continuer à instrumenter leur critique de la médecine de tradition. Le recours aux essais contrôlés s'est trouvé ensuite renforcé par la montée de l'économie de la santé, dans le cadre des nouveaux instruments destinés, en particulier à partir des années 1980, à maîtriser les dépenses de santé dans les pays occidentaux (D. Benamouzig, 2000).

Sur le plan éthique, le déclin de la médecine de tradition correspond à la montée des institutions de la "bioéthique". Dans la médecine de tradition, l'autonomie du médecin était garante de l'éthique. Dans la médecine de preuves, au contraire, le jugement éthique est d'autant mieux fondé qu'il est le fait d'instances "distantes" de la pratique clinique quotidienne. D'où l'invention des comités d'éthique, hospitaliers ou nationaux, comme nouveaux acteurs destinés à réguler l'éthique médicale, et l'instauration des procédures destinées à réglementer le recours à ces comités. Plusieurs épisodes marquants ont jalonné cette montée des institutions de la bioéthique. Initialement, celles-ci se sont développées à partir des nouvelles questions posées par l'organisation de la recherche médicale, avant de voir s'étendre leur domaine d'exercice à d'autres dimensions de la médecine.

² L'essai contrôlé randomisé est basé sur le principe d'un partage des malades en deux groupes, l'un qui reçoit le médicament testé, l'autre qui reçoit le médicament de référence ou un placebo. On recourt au tirage au sort (la randomisation) pour affecter les malades dans l'un ou l'autre des groupes. Le médecin et le malade sont maintenus dans l'ignorance du traitement dispensé au malade pendant la durée de l'essai (principe du double aveugle).

La réaction aux expériences médicales conduites sous le régime nazi est à l'origine, à la fin des années 1940, des premières tentatives, encore peu précises, pour codifier l'éthique de la recherche médicale (Code de Nuremberg) (Ambroselli, 1988).

L'établissement des nouvelles institutions de la bioéthique a par la suite été catalysée par les scandales éthiques relatifs aux expérimentations médicales qui ont marqué les Etats-Unis dans les années 1960-1970, alors que la médecine devenait, de plus en plus, une médecine orientée vers la recherche. La nouvelle culture politique axée sur la défense des minorités, et des groupes stigmatisés (les Noirs, les malades mentaux, les handicapés,...) a fourni une assise inédite pour l'instauration de ces nouvelles instances de contrôle des pratiques médicales (D.Rothman, 1990).

Ces deux mouvements (cognitif et éthique) se sont renforcés l'un l'autre, pour former un ensemble de règlements, d'instances, et d'instruments très liés les uns aux autres. Vont ainsi dans le même sens l'autorisation de mise sur le marché (obligatoire pour les médicaments en France depuis 1972), la loi Huriot-Sérusclat relative à la protection des personnes qui se soumettent à des recherches biomédicales (1987), puis la création de l'Agence du médicament (1993). Il est ainsi indispensable, aujourd'hui, si l'on veut obtenir la mise sur le marché d'un médicament, de montrer que l'on est passé par des comités d'éthique dans le développement de la molécule. Inversement il s'avère essentiel de recourir à la méthode des essais contrôlés randomisés pour qu'une expérimentation soit jugée véritablement « scientifique », et donc « éthique », par un comité d'éthique. C'est cette nouvelle forme politique qui est aujourd'hui l'horizon principal du monde médical.

Le désenclavement de la médecine de preuves dans le cadre de l'épidémie de sida

Parallèlement à la montée de la médecine de preuves, on assistait à une montée, toute relative encore, de la référence à une certaine autonomie du malade. L'extension de la notion de "consentement éclairé du malade", dans l'ensemble des procédures qui régissent la

médecine, en est un indice. Il s'agit néanmoins d'une version encore faible de l'autonomie du malade. Une version beaucoup plus forte, qui accorde plus d'initiatives aux malades, va apparaître avec la montée de la démocratie sanitaire, comme nouveau travail politique interne à la médecine de preuves. L'épidémie de sida a joué ici, dans plusieurs pays, depuis le début des années 1980, un rôle important. Quels ont été plus précisément les processus à l'œuvre dans cette démocratisation de la médecine, c'est ce que je vais maintenant présenter, à partir d'une recherche que nous avons conduite au CERMES concernant le sida³.

Il peut être intéressant pour cela de s'appuyer sur les deux notions symétriques d'*enclavement* et de *désenclavement* des institutions. On dira qu'une institution est enclavée lorsqu'elle construit sa légitimité sur sa capacité à protéger ses activités contre l'intrusion des acteurs extérieurs à cette institution (l'Ecole républicaine, en France, est un bon exemple d'enclavement d'une institution). On dira à l'inverse qu'une institution est désenclavée lorsqu'elle tire sa légitimité de sa capacité à intégrer les avis d'acteurs extérieurs à cette institution. Le fait qu'elle sache « s'ouvrir à l'extérieur » devient alors central dans le jugement qui est porté sur son activité.

On peut affirmer qu'en France, dans un premier temps, la médecine du sida a été instituée comme une médecine de preuve, sous une forme particulièrement *enclavée*. Les responsables des institutions médicales et scientifiques spécialisées dans le sida, et notamment l'ANRS (Agence nationale de recherches sur le sida) ont cherché, en créant et en organisant ces institutions, à ne pas être débordés par des pressions venant de l'extérieur du monde spécialisé des scientifiques. Il s'agissait tout d'abord pour les médecins-chercheurs responsables de ces institutions de lutter contre les velléités

³ Le programme s'est fait en collaboration avec Janine Barbot et Sophia Rosman, avec la participation de Andrei Mogoutov pour la partie méthodologique. Je ne reviendrai pas, dans le cadre de cet exposé, sur les détails d'une méthode d'investigation basée à la fois sur l'analyse du débat public autour des traitements du sida, et sur l'appréhension des pratiques des médecins-chercheurs dans le domaine des essais thérapeutiques. On pourra se reporter à J. Barbot (2002) et à N. Dodier (soumis).

d'indépendance des cliniciens rapidement mobilisés sur le sida (certains d'entre eux se réclamant eux-mêmes de la médecine de tradition pour justifier leur autonomie, notamment dans l'expérimentation et l'utilisation des nouveaux traitements). Selon les responsables des institutions médico-scientifiques du sida, la trop grande autonomie des cliniciens était symptomatique du retard français dans la recherche thérapeutique contre le sida, et contribuait à entretenir ce retard. Ce point est apparu particulièrement clair aux responsables des institutions scientifiques lorsque la firme Wellcome a décidé, fin 1986, de ne fournir la France en AZT qu'au compte goutte, alors que la molécule était autorisée pour une diffusion à grande échelle. Il s'agissait également, pour les responsables des institutions, de se prémunir en France contre les "pressions folles" exercées, dans le cadre du sida, sur les scientifiques par les médias, et par les activistes particulièrement mobilisés aux Etats-Unis sur le front de la recherche médicale, dès le début des années 1980⁴.

Pour lutter contre ces débordements, ces institutions médicales cherchaient à s'appuyer sur l'outil de référence de la médecine de preuves, les essais contrôlés randomisés. Ils se heurtent dans un premier temps à un front d'acteurs formé à la fois par les "jeunes médecins" engagés les premiers dans la lutte contre le sida, dès le début de l'épidémie en 1982, et par les associations de lutte contre le sida. Les uns et les autres considèrent comme non éthique que les médecins et les malades soient soumis aux procédures du double aveugle, de la randomisation, ou du placebo. Ils refusent que le médecin traitant ou le malade perde d'une manière radicale toute capacité de jugement en cours d'essai. Ces nouveaux acteurs sont en faveur de la vitesse, ils défendent un accès rapide aux traitements y compris expérimentaux. Les uns et les autres développent une critique très vive de l'ensemble des institutions médicales et scientifiques. Pour les jeunes médecins du sida marqués par les luttes politiques des années 1970, cette défiance s'inscrit dans une critique plus large du pouvoir médical, et des institutions dans leur ensemble. Pour les militants associatifs, souvent engagés dans la lutte en tant que

⁴ Concernant la mobilisation des malades aux Etats-Unis, voir S. Epstein (2001).

militants homosexuels, cette défiance prolonge une culture politique basée sur la défense des minorités, défiance d'autant plus forte dans le cas des homosexuels que le contentieux était particulièrement lourd entre les militants homosexuels et un corps médical qui avait pendant longtemps considéré l'homosexualité comme une maladie.

On assiste ensuite à un alignement de ce front de contestataires sur le standard des essais contrôlés randomisés, standard déjà adopté par l'ensemble de l'industrie pharmaceutique, et par les administrations sanitaires. Ces contestataires convertissent alors leur méfiance pour les institutions médicales et scientifiques en demande de "transparence". Les débats en France autour de l'arrivée en 1990 de la molécule DDI sont à cet égard très significatifs. C'est à cette époque que l'Agence nationale de recherche sur le sida, pour répondre à la demande de transparence concernant les conditions d'expérimentations et de mise à disposition de la DDI mettent en place des réunions « d'information » à l'attention des associations. Tant vis-à-vis des jeunes médecins du sida, que des militants associatifs, se met alors en place un "rapport pédagogique" destiné à faire comprendre et faire passer les instruments de la médecine de preuves.

Pendant les années 1990, on peut alors observer le processus très intéressant de *subversion* de ce rapport pédagogique. Les associations de lutte contre le sida (et notamment les associations de malades) acceptent, pour une grande partie d'entre elles, de participer aux réunions d'informations sur les essais cliniques⁵. Et les militants découvrent progressivement qu'ils sont à même de *négoier* les protocoles : à l'intérieur du moule général des essais thérapeutiques, ils peuvent faire valoir le point de vue des malades, et cela ne rend pas les essais moins scientifiques pour autant (Barbot, 2002). Ce nouveau rapport à la science est renforcé chez certaines associations, telle que Act Up-Paris, par deux éléments. Une nouvelle vigilance vis-à-vis des

⁵ Je me centrerai dans le cadre de ce séminaire sur la subversion opérée par les militants associatifs. Concernant les jeunes médecins du sida, on pourra se reporter à N. Dodier et J. Barbot (2000).

institutions médicales et scientifiques résulte de l'importance prise en France par l'affaire du sang contaminé (Hermitte, 1996). Par ailleurs, la volonté d'apparaître au grand jour, dans l'espace public, comme des personnes malades du sida et homosexuelles, qui revendiquent à la fois une fierté publique à être ce qu'ils sont, et une connaissance intime de la maladie et des traitements, renforce une mobilisation orientée explicitement vers "l'auto-formation" des militants dans le domaine médico-scientifique.

La mobilisation associative se déplace alors vers la sphère économique : après avoir commencé à se concerter avec l'Agence publique et avec les firmes sur les essais thérapeutiques, les associations de malades interviennent pour une autorisation de mise sur le marché plus rapide des médicaments. Elles organisent de véritables mobilisations collectives en direction des industries pharmaceutiques, avec des actions parfois spectaculaires (sit-in dans la rue, jets de sang sur les sièges sociaux des firmes, ...). Elles acquièrent des connaissances leur permettant de critiquer précisément les stratégies de telle ou telle firme sur telle ou telle molécule (par ex : la gestion des stocks), et donc de passer d'une critique globale du capitalisme pharmaceutique à une critique beaucoup plus circonstanciée, nettement plus opératoire.

A partir de 1996, et de l'arrivée de médicaments plus efficaces contre le sida (les multithérapies à base d'antiprotéases), la critique économique se déplace vers la question de la mise à disposition des traitements dans les pays du Sud. Les associations de lutte contre le sida, en liaison avec les organisations émanant de la médecine humanitaire (Médecins sans Frontière, Médecins du Monde) réalisent que les mises sur le marché dans différents Etats sont liées à des stratégies précises de rentabilisation du capital conçues dans l'industrie pharmaceutique au niveau international. De nouveaux objets de revendications se dégagent alors (en particulier concernant les brevets de médicaments), qui visent à agir sur les règles du commerce international.

Globalement, on peut donc parler, à propos de la deuxième décennie du sida en France, d'un désenclavement de la médecine et de la science, c'est-à-dire de leur ouverture à la controverse publique, y compris lorsque celle-ci émane de malades ou de représentants de malades. Ce désenclavement ne remet pas en cause la médecine de preuves. Au contraire, c'est en s'appuyant sur une meilleure maîtrise de ses instruments (et notamment les essais contrôlés) que les médecins et les militants associatifs ont été en mesure de faire évoluer les relations de pouvoirs dans un monde médical organisé initialement autour d'institutions enclavées.

La montée de la démocratie sanitaire

Cette évolution est propre au sida, mais elle rencontre, dans la deuxième moitié des années 1990, d'autres fronts de mobilisation, pour d'autres pathologies. On peut dire que l'épidémie, à cet égard, sort de son régime d'exception. Elle devient un maillon dans la montée de la démocratie sanitaire, un vecteur politique qui va dans le sens d'une redistribution des pouvoirs en direction des mouvements de la société civile, et des personnes directement concernées par les questions de santé.

Cette rencontre entre mouvements collectifs se manifeste sous plusieurs formes. On observe tout d'abord, en France depuis la fin des années 90, une mobilisation intense pour l'extension des pouvoirs des malades dans la médecine. Celle-ci concerne notamment le droit à l'information, et en particulier l'accès des malades aux dossiers médicaux. Le modèle de la « décision partagée » est opposé, comme modèle de référence, à la « relation paternaliste » héritée de la médecine de tradition.

Des rencontres apparaissent entre les militants du sida et des militants travaillant dans des associations de lutte contre d'autres pathologies (la Ligue contre le Cancer par exemple). Dans d'autres secteurs, on peut observer par ailleurs une mobilisation pour l'extension des pouvoirs des malades dans la recherche médicale. C'est notamment le

cas de l'Association française contre les myopathies (Rabeharisoa et Callon, 1999).

La mobilisation des activistes du sida concernant les essais thérapeutiques s'inscrit par ailleurs dans un mouvement plus général qui vise à réorganiser les procédures de choix collectifs concernant les risques technologiques ou sanitaires, avec une participation accrue du public ou de la société civile, et une plus grande rapidité des mises en débat (qui tend à s'appuyer aujourd'hui, sur le plan réglementaire, sur le principe de précaution).

On pensera par exemple au secteur nucléaire, soumis en France à de nouvelles exigences de transparence depuis les années 1990 (Barthe, 2000 ; Callon, Lascoumes et Barthe, 2001), aux controverses autour des OGM (Marris et Joly, 1999), à la gestion de la crise de la vache folle, aux polémiques autour du caractère cancérigène de l'amiante (Chateauraynaud et Torny, 1999).

Enfin l'activisme propre au sida concernant l'accès aux médicaments dans les pays du Sud (via notamment sa participation à la querelle des brevets) converge avec les mouvements collectifs qui critiquent les conditions actuelles de la mondialisation, et qui demandent notamment une plus grande transparence des décisions prises par l'Organisation Mondiale du Commerce, notamment en matière d'expertise sanitaire. Des associations comme Act Up-Paris se sont ainsi retrouvées mêlées aux manifestations de Seattle contre l'OMC en décembre 1999.

Ressorts et perspectives de la démocratie sanitaire

Plusieurs remarques peuvent être formulées concernant ces changements politiques de la médecine. Tout d'abord, on notera qu'il existe un lien étroit entre la reconfiguration des pouvoirs relatifs à la santé, et les luttes relatives à d'autres *sphères de justice*, pour reprendre la terminologie de M. Walzer (1997). Ce point milite pour une sociologie de la santé très ouverte en même temps à l'examen des autres sphères de justice.

Ce qui est ainsi central dans le travail politique autour du sida, c'est la conversion dans le domaine de la santé des luttes contre la stigmatisation (des homosexuels, des malades). Le fait d'être stigmatisé peut jouer dans des sens très contrastés, qui sont présents à différentes étapes de l'épidémie de sida. La stigmatisation joue tout d'abord, pendant la période d'enclavement, en faveur du silence, de la discrétion (années 1980). Passée un certain stade, cette discrétion peut se transformer en son contraire, la « provocation » (début des années 1990, avec l'arrivée de la deuxième génération d'associations). On passe alors à l'affirmation publique d'une fierté du stigmatisé. Les personnes stigmatisées sont alors d'autant plus portées à revendiquer des pouvoirs de contrôle sur les institutions qu'elles souffrent justement d'un manque de reconnaissance.

La deuxième leçon concerne le mouvement historique à l'œuvre avec le sida. On remarquera que la médecine de preuves est un maillon intermédiaire central entre la médecine de tradition et la démocratie sanitaire. Car la médecine de preuves crée une situation tout à fait nouvelle dans l'économie des pouvoirs : elle offre aux malades (ou aux jeunes médecins) des prises pour critiquer les pratiques médicales, ce que ne faisait pas la médecine de tradition. A cet égard, le mouvement concernant le sida n'est pas sans rapports avec le schéma proposé par Ulrich Beck (2001) : passage de la tradition à la *modernisation primaire*, puis dépassement de celle-ci par la *modernisation réflexive*, caractérisée par la multiplication des mobilisations organisées autour de groupes d'individus exposés aux mêmes risques.

La nouvelle économie des pouvoirs liée à l'émergence de cette démocratie sanitaire reste actuellement très instable. Car cette redistribution des pouvoirs génère des réactions en retour, et de nouvelles interrogations. Ainsi en est-il aujourd'hui en France des mouvements collectifs de médecins. Ces mouvements sont liés notamment aux tensions créées par la nouvelle place des malades dans un contexte caractérisé en même temps par la force des contraintes économiques.

On pourra mentionner le fait que les médecins généralistes, lorsqu'ils se mobilisent pour une revalorisation de leurs honoraires, mentionnent en même temps que les difficultés actuelles de leur travail résident, pour une part, au fait qu'ils sont « mal traités » par leurs patients. Ces médecins s'estiment très préoccupés par le nouveau profil de patients avec lequel ils doivent composer. On mentionnera également les grèves récentes des échographistes : devant la montée de la menace des procès intentés par des parents d'enfants nés handicapés, et face à l'augmentation considérable, en retour, des primes d'assurance, les spécialistes du diagnostic prénatal s'estiment dans l'impossibilité d'exercer convenablement leur métier.

L'érosion de la médecine de tradition est donc, globalement, un processus relativement avancé dans le monde médical en France. Il conviendrait d'en étudier plus précisément les différentes figures qu'il peut prendre selon les spécialités médicales. La médecine des preuves est devenue très présente, mais les nouveaux modèles liés à la démocratie sanitaire sont fragiles, et génèrent des tensions d'un nouveau type. Cette situation n'est pas propre à la médecine. Elle concerne également d'autres domaines de la vie sociale (l'Ecole, la famille,...) qu'il pourrait être intéressant de comparer, sous cet angle, avec l'histoire politique spécifique du monde médical.

Références bibliographiques

- Ambroselli, C., 1988, *L'éthique médicale*, Paris, Que Sais-Je.
- Beck, U., 2001, *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier (édition originale en allemand : 1986).
- Benamouzig, D., 2000, *Essor et développement de l'économie de la santé en France, une étude empirique de sociologie cognitive*, Thèse de sociologie pour l'obtention du grade de docteur, Université Paris IV Sorbonne.
- Boltanski, L., Thévenot, L., 1991, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- Callon, M., Lascoumes, P., Barthe, Y., 2001, *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil.

- Chateauraynaud, F., Torny, D., 1999, *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Editions de l'EHESS.
- Dodier, N., soumis, *Le désenclavement de la médecine et de la science. Leçons politiques de l'épidémie de sida.*
- Dodier, N., Barbot, J., 2000, " *Le temps des tensions épistémiques. Le développement des essais thérapeutiques dans le cadre du sida (1982-1996)* ", *Revue française de sociologie*, XLI (1), 79-118.
- Epstein, S., 2001, *La grande révolte des malades* (Histoire du sida, tome 2), Paris, Seuil. (édition originale en anglais : 1996).
- Foucault, M., 1963, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, Paris, PUF.
- Freidson, E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot (édition originale en anglais : 1970).
- Hermitte, M-A., 1996, *Le sang et le droit. Essai sur la transfusion sanguine*, Paris, Seuil.
- Jamous, H., 1969, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, Editions du CNRS.
- Marks, H., 1999, *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Synthélabo, Les Empêcheurs de penser en rond (édition originale en anglais : 1997).
- Marris, C., Joly, P-B., 1999, « *La gouvernance technocratique par consultation ? Interrogation sur la première conférence de citoyens en France* », *Les cahiers de la sécurité intérieure*, Numéro « Risque et démocratie : savoirs, pouvoir, participation...vers un nouvel arbitrage ? », 38 (4), 97-124.
- Parsons, T., 1955, "*Structure sociale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne*", dans *Le système social*, Paris, Plon. (publié également dans Herzlich, C., 1970, éd., *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, p169-189).
- Rabeharisoa, V., Callon, M., 1999, *Le pouvoir des malades. L'association française contre les myopathies et la recherche*, Paris, Les Presses de l'Ecole des Mines.
- Rothman, D., 1990, "*Human experimentation and the origins of bioethics in the United States*", in Weisz, G., éd., *Social perspectives*

on medical ethics, Dordrecht-Boston, Kluwer Academic Publishers, 185-200.

Walzer, M., 1997, *Sphères de justice. Une défense du pluralisme et de l'égalité*. Paris, Seuil.

Weisz, G., 1990, "The origins of medical ethics in France : the international congress of *morale médicale* of 1955", in Weisz, G., éd., Social perspectives on medical ethics, Dordrecht-Boston, Kluwer Academic Publishers, 145-161.

La construction du rôle de soignant : propositions pour une approche socio-anthropologique de la bienveillance et de l'indifférence

Françoise Bouchayer*

Résumé. Considérant que la relation soignant-patient est une forme particulière de la relation d'aide ou de service à autrui, cet article s'interroge sur les faits et processus sociaux présidant à la mise en œuvre d'attitudes de bienveillance ou d'indifférence, voire de maltraitance, à l'égard des patients. Après une présentation de l'émergence actuelle, en France, de la question de la violence dans les relations entre professionnels de santé et usagers, plusieurs processus susceptibles d'être reliés aux attitudes des soignants dans différents contextes sociaux et culturels sont examinés. Ainsi en est-il de la correspondance ou de la discordance pouvant être repérées entre les caractéristiques des systèmes de solidarité opérant dans une société donnée d'une part, les modalités de mise en œuvre du rôle de soignant en tant qu'aidant à l'égard d'autrui quel qu'il soit d'autre part. . A cet égard il est rappelé que la relation soignant est aussi sous-tendue par les dynamiques de positionnement social des acteurs en présence. Les marges de manœuvre dont disposent les soignants et les attitudes qu'ils initient pour faire face à la présence, au quotidien, des patients, de leurs demandes et de leurs attentes, sont examinées dans un second temps, sous l'angle d'abord des incidences des fonctionnements institutionnels et des relations entre collègues. La prise en compte, au niveau de l'analyse, de l'enchâssement du rôle de soignant dans les processus sociaux et institutionnels peut contribuer à apporter de nouveaux éclairages à la question de la professionnalisation dans le champ de la santé.

Mots clés : soignant, indifférence, bienveillance.

* Sociologue, Mission Recherche (MiRe) – DREES, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (Paris)

Quels sont les données et processus sociaux qui président à la mise en œuvre du rôle de soignant ou qui, à l'inverse, n'y sont pas propices, ne favorisent pas l'instauration d'une relation interpersonnelle avec les patients ? Qu'est-ce qui permet aux soignants de supporter, au quotidien, les patients, le foisonnement de leurs plaintes et la diversité de leurs comportements, ou bien qui rendent cette confrontation difficilement supportable, voire insupportable ? Ces questions renvoient à l'idée selon laquelle le rôle de soignant ne saurait être approché comme étant le simple produit d'une compétence acquise lors de la formation initiale et d'une légitimité conférée par le titre et par le poste. Il s'élabore aussi largement sur la base de l'expérience et de l'implication dans des situations de travail, et notamment au contact des patients. Même si notre propos concerne les professionnels de santé, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, nous utiliserons volontiers ici le terme de soignant dans la mesure où il s'accorde tout particulièrement avec une approche en terme de relation d'aide ou de service à autrui qui constitue le cadre général de notre problématique. Le rôle de soignant s'apparente en effet à celui d'autres professionnels en contact avec le public : travailleurs sociaux, enseignants, policiers, employés des transports collectifs, guichetiers, etc¹. Il s'en distingue toutefois par le fait que les bénéficiaires du service qu'ils assurent se trouvent le plus souvent en situation de demande liée à un mal être ou à une souffrance physique et morale. Pour traiter ces questions, nous avons choisi de faire appel aux notions de bienveillance et d'indifférence, qui expriment des valeurs et qualifient des attitudes. Toutefois, notre approche ne correspond en rien à une démarche normative, référée à des critères administratifs, idéologiques, religieux, etc. ou fondée sur un jugement de valeur qui établirait une partition entre les « bons » et les « mauvais » soignants. Nous pensons par contre que le recours à ces notions peut contribuer à problématiser ce qu'il en est de la construction du rôle de soignant et peut constituer un bon vecteur pour en dégager et en analyser certaines composantes. Les deux termes retenus -bienveillance et indifférence- doivent en fait être considérés comme des notions ouvrant sur toute

¹ Sur ces questions on peut se référer au numéro que la revue *Lien social et politiques* a consacré au thème « Relation de service et métiers relationnels », n° 40, Automne 1998.

une série de substantifs, souvent utilisés d'ailleurs dans les recherches relatives au travail des soignants. De façon non limitative, on peut évoquer le respect, l'estime, l'empathie, la compassion, la considération, la cordialité, la prévenance, etc. d'un côté, et de l'autre le mépris, le rejet, la maltraitance, l'irrespect, la violence, le cynisme, le laxisme, etc. Sans doute les conduites des soignants relèvent-elles fréquemment d'un panachage, aux pondérations diverses, entre ces deux séries d'attitudes.

La question de la violence dans les relations soignants-patients

Nous avons pris le parti méthodologique de considérer ici plus spécifiquement les « ratés », les dysfonctionnements du rôle de soignant : désintérêt, négligence, mépris, violence, etc. Nous pensons en effet que l'examen de ces dysfonctionnements peut être éclairant pour s'interroger plus à fond sur ce qui fonctionne, à peu près ou tout à fait, dans la rencontre entre soignants et patients, autrement dit pour comprendre les fondements et processus qui sous-tendent la construction sociale du rôle d'aidant et de soignant. Les chercheurs en anthropologie de la santé ayant travaillé en Afrique ou dans d'autres pays en voie de développement ont largement fait état des problèmes de violence dans les situations de délivrance de soins². Ces dysfonctionnements sont également documentés « au Nord », même s'il s'agit là d'une question dont l'émergence, en particulier en France, est assez récente, et même si ces phénomènes sont, jusqu'à présent, principalement portés et diffusés par des préoccupations d'ordre politico-administratif plutôt que par des démarches de recherches.

Ainsi, deux groupes de travail ont été initiés par les pouvoirs publics à propos des manifestations de violence des professionnels de la santé et du travail social envers les patients, respectivement à l'encontre des enfants et des jeunes placés en institution et envers les personnes

² Voir, par exemple, *Les dysfonctionnements des systèmes de soins*, Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.P. (eds), Projet « Santé urbaine », UNICEF-Coopération française, Mars 2002, 289 p.

âgées. Ces travaux ont donné lieu à la publication d'un guide³ et d'un rapport⁴. Ces phénomènes de maltraitance existent de longue date, mais sans doute n'est-ce pas un hasard s'ils émergent de manière formalisée et « affichée » au moment où est votée la « Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », qui était en gestation depuis plus de deux ans⁵. Ce texte vise notamment à fournir un cadre législatif sur les questions relatives au respect de la personne, à l'information et la représentation des usagers (Titre II) ainsi qu'à la prise en compte et la réparation des accidents médicaux et des risques iatrogènes (Titre IV). Le communiqué ministériel accompagnant la parution de cette loi souligne « qu'elle instaure une nouvelle relation entre les praticiens et les malades » et qu'elle « n'a d'autre objectif que de renforcer la confiance de nos concitoyens dans leur système de santé »⁶, suggérant qu'un déficit de confiance se serait instauré entre patients et professionnels de la santé.

Parallèlement, les violences émanant des patients ou de leurs accompagnants à l'encontre des professionnels de santé ont amené le ministre de l'Emploi et de la solidarité à demander, en 2001, un rapport à l'Inspection Générale des Affaires Sociales⁷. Les auteurs de ce rapport, qui ont conduit une vaste enquête, distinguent deux types de violence : les violences physiques (morsures, coups, gifles, tentatives de strangulation...) et les violences psychologiques ou morales (agressivité, insultes, dénigrement, menaces verbales -de mort, de viol-, harcèlement...). Ces phénomènes s'observent en pratique de ville, « notamment dans certains quartiers sensibles en raison de la délinquance » ainsi qu'en milieu hospitalier, avec une fréquence plus élevée dans les services d'urgences, de psychiatrie, de médecine et de longs séjours. Les victimes sont en premier lieu les

³ *Prévenir, repérer et traiter les violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales*, guide méthodologique, Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Direction de l'Action sociale, Editions de l'ENSP, 2000, 96 p.

⁴ *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées*, sous la présidence de Monsieur le Professeur Debout, membre du conseil économique et social. Rapport remis à Madame Paulette Guinchard-Kunstler, secrétaire d'Etat aux personnes âgées, 22 Janvier 2002, 81 p.

⁵ Loi publiée au J.O. n° 54 du 5 mars 2002.

⁶ Voir le site Internet du ministère de la santé : www.santé.gouv.fr

⁷ *Rapport sur les violences subies au travail par les professionnels de santé*, IGAS, Octobre 2001, 71 p + annexes, 23 Novembre 2001.

infirmier(e)s, puis les aides-soignant(e)s, les agents de service hospitaliers et les autres paramédicaux. A l'hôpital, les médecins semblent rarement être l'objet de ce type d'agression. Les auteurs du rapport de l'IGAS estiment que ces manifestations de violence sont de nature sociétale et que, même si elles sont d'apparition assez récente dans le domaine de la santé -sauf pour les pharmaciens- « ce sont les mêmes violences qui s'exercent à l'encontre des transporteurs, des enseignants, des pompiers, etc. ». Les rapporteurs ont regroupé en sept rubriques leurs propositions et recommandations : mieux connaître ces phénomènes ; les prévenir ; traiter le risque professionnel ; faire évoluer le droit ; accompagner les victimes ; favoriser le partenariat ; améliorer l'exercice professionnel dans les quartiers sensibles. Le ministre de l'Emploi et de la solidarité a donné suite à ce rapport en annonçant la mise en place d'un « Plan sur la sécurité pour les professionnels de santé »⁸.

Récemment, s'est tenu un colloque, organisé par les psychiatres hospitaliers, qui avait pour intitulé « Droit d'être soigné, droits des soignants »⁹. Un des ateliers de ce colloque portait sur « Les violences en psychiatrie ». Plusieurs participants à cet atelier ont été étonnés de découvrir qu'il y était exclusivement question des violences émanant des malades et subies par le personnel, notamment infirmier, et non de celles, historiquement plus connues et plus médiatisées, vécues par les patients. Les différents exposés faits par les sociologues, infirmiers et psychiatres qui se sont succédé à la tribune montraient l'ampleur du phénomène et les effets amplificateurs de la non reconnaissance, par l'institution, des violences subies. D'où le sentiment, pour ces personnels, d'être doublement victimes, du comportement des patients tout d'abord, de l'indifférence de leur employeur ensuite. Plusieurs centres hospitaliers ont d'ores et déjà mis en place des dispositifs associant le recueil des plaintes de cet ordre exprimées par le

⁸ Discours de clôture d'E. Guigou à la journée de travail avec les professionnels de santé sur les mesures d'amélioration des conditions d'exercice, 5 mars 2002.

⁹ Dijon, 22-23 Novembre 2001. Ce colloque était organisé par la Conférence Nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Etablissement (CME) des Centres Hospitaliers Spécialisés (établissements psychiatriques) et l'Association des Psychiatres Présidents et vice-présidents des CME des Centres Hospitaliers, en liaison avec les deux associations nationales d'usagers de la santé mentale, l'UNAFAM et la FNAP psy.

personnel, l'accompagnement de ces personnes, l'étude qualitative et quantitative de ces violences et de leur évolution. Ces divers dossiers et avancées réglementaires, et leur concomitance, semblent dessiner la trame d'une nouvelle donne dans les relations et les rôles respectifs des professionnels de santé et des patients, dans un contexte où la bienveillance et la confiance apparaissent quelque peu perturbées par des tensions sous-jacentes et par les ressacs relationnels qu'elles engendrent¹⁰.

Pour tenter de comprendre les déterminants de ces dysfonctionnements il nous paraît utile de situer ces phénomènes en regard de processus plus généraux relatifs aux systèmes de solidarité et aux rapports sociaux d'une part, aux modes d'exercice et aux fonctionnements institutionnels d'autre part.

L'inscription du rôle de soignant dans les systèmes de solidarité et les rapports sociaux

De l'entraide à la prestation de soins professionnalisée : correspondances et discordances

Les pays « du Nord » (ou industrialisés) disposent, depuis plusieurs générations, de systèmes de solidarités institutionnalisés et généralisés : les différentes branches de la protection sociale, parmi lesquelles la branche maladie, auxquelles s'adjoignent divers dispositifs d'aide sociale destinés aux plus défavorisés. Dans ces contextes, les rôles de soignant et de patient sont définis et activés sur la base de ce paradigme de solidarité, institué par la loi et s'appliquant à l'ensemble du corps social (ou presque). Les solidarités de proximité, ou informelles, en premier lieu les solidarités familiales sont également à l'œuvre dans ces sociétés et viennent s'articuler, le plus souvent sur le mode de la complémentarité, avec celles institutionnalisées (Attias-Donfut 1995).

Dans les pays en voie de développement les solidarités portées par les dispositifs de protection sociale sont loin d'être généralisées. Lorsqu'elles existent, elles n'offrent le plus souvent qu'une aide

¹⁰ Voir aussi la série d'articles que Le Monde du 3 Avril 2001 a consacré au sentiment d'insécurité et au malaise des médecins.

minime à quelques catégories de salariés, une forte majorité de la population restant à l'écart de tout dispositif de protection sociale systématique ou même d'aide sociale instituée en faveur des groupes les plus démunis. Les systèmes d'entraide fonctionnent avant tout sur la base des multiples formes de la proximité sociale : liens familiaux, villageois, de camaraderie, entre collègues, etc. (Abega et Ngo Yegba 2001, Fassin 1992). Ce paradigme de solidarité parcourt aussi le « monde social »¹¹ de la santé. Dans ces contextes, la relation d'aide qu'est la relation de soins ne s'enclenche, le plus souvent, sur un mode attentif et bienveillant que si, en amont, « ailleurs » que dans l'espace-temps de la rencontre, le lien préexiste. C'est ce qui est fréquemment observé lorsque le patient est un parent, un camarade ou une personne « bien placée », ou encore lorsque le malade est introduit par un tiers lui-même déjà « en lien » avec un soignant, du fait d'une proximité familiale, villageoise, de camaraderie, etc.. Ce lien peut aussi s'opérer par la médiation de personnes intégrées au fonctionnement institutionnel et faisant fonction d'intermédiaire entre soignants et patients. Par contre, lorsque le demandeur de soins est un inconnu et qu'il ne bénéficie d'aucune médiation, l'instauration de la relation achoppe sur cet anonymat, la prestation de soins « contrainte » se trouve dévoyée et le soignant se défait de l'aide à fournir par la mise à distance, la désinvolture, les brimades, la violence, etc.

Or ces processus, qui président à l'accueil ou à la mise à distance du patient, s'inscrivent dans des ensembles sociaux où les rôles de soignant et de soigné, sont, eux, officiellement institués : il existe « au Sud » des hôpitaux, des dispensaires, des cabinets de ville où travaillent des médecins, des sages-femmes, des infirmiers, etc. censés accueillir tout le monde. Sans doute cette disjonction entre les règles de fonctionnement des systèmes de solidarité (par le lien préexistant) et les rôles socioprofessionnels « officiels » en matière d'aide à autrui (quel qu'il soit) explique-t-elle en partie les dysfonctionnements observés dans les relations soignants/patients dans les pays en voie de développement.

Ainsi, l'existence de systèmes de solidarité généralisés et institutionnalisés constituerait un facteur propice à ce que la relation

¹¹ Nous nous référons ici à la terminologie d'A. Strauss (1992).

d'aide s'instaure, même en situation d'anonymat réciproque, tandis que dans les sociétés où prévalent les formes d'entraide basées sur la préexistence de liens, l'absence de proximité préétablie constituerait a priori un obstacle à l'attention portée au demandeur d'aide, et contribuerait à l'entretien d'interactions en chassés-croisés, où soignants et patients se côtoient et se défient tout autant qu'ils entrent en relation dans le cadre d'un échange prestation/demande de soins. Dans ces circonstances, c'est le statut du demandeur de soins à l'égard du soignant (connu ou inconnu) qui déclenche chez celui-ci une conduite professionnalisée (mise en œuvre de ses compétences, respect de l'autre, etc.).

Cette mise en perspective, qui vise à rapprocher les configurations de l'enchâssement de la fonction soignante professionnalisée dans les solidarités informelles et instituées mériterait d'être testée à partir de données empiriques diversifiées et pourrait apporter de nouveaux éclairages à la notion de professionnalisation dans le champ médico-sanitaire. L'émergence des phénomènes de violence dans le domaine de la santé, en France, pourrait, nous semble-t-il, être considérée dans cette perspective : ces manifestations peuvent-elles être reliées à certaines évolutions relatives à la manière dont les professionnels de santé vivent et s'approprient leur rôle à l'égard des usagers ainsi qu'aux modalités de perception et d'activation des solidarités, tant chez ces professionnels que chez les usagers ?

Positionnement social et relation soignant-patient

Quel que soit le contexte social dans lequel elle s'inscrit, la relation soignant/soigné est aussi un rapport social, dont la tonalité et le déroulement sont façonnés par les appartenances culturelles et sociales des protagonistes, lesquels se trouvent être en situation de plus ou moins grande proximité ou distance sociale et culturelle. Parallèlement, les soignants tendent à attribuer une plus ou moins grande « valeur sociale » aux patients, en fonction de divers critères d'appréciation : profession exercée, statut familial, âge, comportements déviants, type de pathologie présentée, etc. (Freidson 1984, Hahonou 2001). De plus, ce qui se joue pour le soignant dans sa

relation au patient -comme pour tout acteur social en situation de mise en scène de soi-même et d'interaction avec autrui- c'est aussi la recherche et l'affirmation d'un positionnement identitaire et social (De Montlibert 1980, Autès 1998, Piotet 2002). Ce « souci de positionnement » imprègne la relation, les échanges entre soignants et patients de manière différenciée dans les pays industrialisés et dans les pays en voie de développement. Dans ces derniers, les places sociales professionnellement qualifiées et assurant (en principe) des revenus réguliers sont relativement rares et nettement minoritaires au sein de l'ensemble de la population. Les soignants, a fortiori s'ils disposent d'un titre de professionnel de santé, se trouvent donc être le plus souvent en position de distance et de statut social supérieur vis à vis des patients.

Cette distance -réelle et intériorisée par les acteurs en présence- se trouve confortée par la structuration « à deux vitesses » des sociétés des pays en voie de développement, ou trois vitesses, s'il existe une classe moyenne relativement stabilisée. Aussi, lorsqu'un individu est parvenu à se rapprocher d'une place sociale « meilleure » il convient pour lui de s'y maintenir et de prévenir les risques de déclassement qu'une trop grande proximité et compassion à l'égard d'autrui « mal classé » pourrait faire ressentir¹².

Inversement, cette crainte tombe lorsque le patient dispose d'une place sociale prestigieuse ; dans ces cas, le risque de déclassement se mute, pour le soignant, en bénéfices relationnels et symboliques. Ces données ont pour corollaire le maintien à distance d'autrui « sans titre social », sa non reconnaissance faisant fonction de garant de la propre reconnaissance sociale du soignant. Dans les sociétés « du Nord », la distribution relativement plus généralisée des positionnements socioprofessionnels qualifiés et assurant des revenus réguliers confère aux soignants un statut plus assuré, qui peut davantage faire l'économie de conduites socialement défensives. Là encore, ces approches mériteraient d'être affinées et modulées mais il nous semble que la mise en perspective conjointe du rôle de soignant et des

¹² Dans cette optique le développement de recherche prenant en compte les trajectoires de mobilité sociale des professionnels de santé, au Nord comme au Sud, devrait s'avérer très éclairantes.

stratifications sociales -approchées sous l'angle de leur structure et de leur dynamique- des sociétés où ils exercent permet de progresser dans la compréhension des déterminants sociaux des dysfonctionnements observés.

Les modes d'exercice et les fonctionnements institutionnels

Dans cette partie nous porterons l'attention sur la manière dont les modes d'exercice et les fonctionnements institutionnels ont des incidences sur les attitudes des soignants à l'égard des patients. Compte tenu de la complexité des affects et de l'ambivalence qui sous-tendent et animent les relations humaines et sociales -où rien ne justifie a priori la bienveillance comme règle de conduite « naturelle »- l'attitude qui consiste à être systématiquement accueillant et avenant à l'égard d'autrui mérite d'être questionnée : quels sont les facteurs qui permettent aux soignants de faire face à la réalité de la présence des patients et de supporter le poids de leurs demandes, plaintes et souffrances ?

Ceci a fait l'objet de recherches portant sur des contextes de travail particulièrement difficiles, du fait notamment de la gravité et du caractère létal des pathologies prises en charge (cancer, sida, soins palliatifs, mucoviscidose, etc). Or nous pensons que ce type d'approche peut tout à fait concerner des situations plus habituelles et « légères » de prestations de soins tout venant.

Les effets de la présence des patients et la maîtrise du mode d'exercice

Je me référerai ici à la recherche que j'ai réalisée sur les trajectoires et les identités professionnelles de médecins généralistes et de kinésithérapeutes exerçant en libéral qui se sont orientés vers un mode d'exercice majoritairement ou exclusivement fondé sur la pratique de médecines hétérodoxes, dites douces, ou parallèles, etc.¹³. (Bouchayer 1987, 1994).

Les entretiens approfondis conduits auprès de ces praticiens ont permis de dégager deux principaux registres de déterminants,

¹³ Par exemple l'acupuncture, l'homéopathie, l'ostéopathie, la phytothérapie, etc.

interagissant entre eux, qui sous-tendent les orientations professionnelles choisies. Tout d'abord, le recours à d'autres corpus de savoirs et de pratiques diagnostiques, préventives et thérapeutiques que ceux appris durant leurs études constitue, pour ces professionnels, une manière de maintenir ou de retrouver un intérêt pour le métier choisi. En effet, l'appréciation qu'ils ont été amenés à porter sur leur activité, dès les premières années d'exercice, souvent à l'occasion des remplacements effectués, ou après plusieurs années de pratique de première ligne sur un mode classique, n'a guère été positive.

Le constat dominant, de leur point de vue, est celui d'une activité assez prosaïque, répétitive, guère passionnante intellectuellement et professionnellement et en outre doublement décalée : par rapport à ce qu'ils ont appris et vu pendant leur années de formation ainsi que par rapport aux troubles présentés par leurs patients. Aussi ont-ils éprouvé quelque difficulté à se projeter dans un avenir par trop identique à leur situation initiale. Le fait de se positionner ailleurs et autrement leur a offert une ouverture sur d'autres horizons diagnostiques et thérapeutiques ainsi que sur ce qu'ils estiment être une meilleure mise en concordance de leurs référentiels cognitifs et pratiques avec les plaintes et les attentes des patients. Ce réaménagement de leur univers professionnel leur permet de vivre sur un mode enrichissant et satisfaisant leur quotidien et de passer d'un vécu de la présence des patients pesant et fastidieux à un vécu non seulement supportable mais aussi « ré-enchanté ».

En outre, cet engagement dans des modes d'exercice spécifiques et son affichage auprès de la clientèle réelle ou potentielle leur offre la possibilité d'opérer, de manière informelle mais efficiente, un certain filtrage de leur clientèle et une sélection du type de patients et de troubles qu'ils souhaitent préférentiellement prendre en charge. Certains kinésithérapeutes par exemple cherchent à suivre des personnes présentant des désordres organiques « objectivés » (traumatismes par exemple), d'autres se trouvant à l'aise avec des patients exprimant des troubles d'ordre fonctionnel vis à vis desquels

ils développent des modes d'approche personnalisés de type psychosomatique¹⁴.

Cette recherche a été l'occasion de repérer, parmi ces deux catégories de praticiens, les processus d'aménagement des modes d'exercice et des pratiques professionnelles initiés « en réaction » au bilan qu'ils ont établi de leur confrontation quotidienne avec les patients. Nous pensons que ces dynamiques sont à l'œuvre, selon des modalités et des espaces de possibles divers, pour la plupart des soignants. On peut alors penser que leurs relations aux patients sont en partie fonction de la marge de manœuvre dont ces professionnels ont disposé et disposent pour choisir et construire leur style et leur métier de soignant : des marges de manœuvre assez ouvertes seraient propices à l'orientation vers un type d'exercice estimé satisfaisant par le professionnel, et par là à l'instauration de relations bienveillantes avec les patients, tandis que le maintien contraint dans une situation de travail vécue comme pesante et peu enthousiasmante contribuerait à l'usure des ressources nécessaires pour gérer au quotidien les échanges avec les patients, et par là à l'émergence d'attitudes davantage marquées par l'indifférence, le manque de considération voire la violence.

A cet égard on pourrait évoquer, comme exemple « en négatif », les choix faits par les professionnels de santé qui s'orientent vers des métiers où ils ne sont plus en contact régulier avec les patients, ou plus du tout en contact, ou encore ceux qui choisissent de changer de profession ou de s'arrêter de travailler. Il semblerait en outre qu'il existe une relation inversement proportionnelle entre le temps passé au contact des patients et la gamme des situations de travail disponibles pour un professionnel donné, compte tenu de son titre. Aux deux pôles de cette répartition on pourrait par exemple situer d'une part les aides soignantes, amenées par leurs fonctions à être en

¹⁴ Les dynamiques d'aménagement de leur rapport aux patients et à la clientèle sont apparues assez semblables pour les généralistes et les kinésithérapeutes. Par contre, en terme de positionnement professionnel en regard de leur titre initial, ces deux catégories de praticiens se situent en partie dans des logiques différentes : les premiers demeurent vivement attachés à leur titre tandis que les seconds cherchent parfois à s'en démarquer, choisissent de se déconventionner et de ne plus se présenter comme kinésithérapeute mais comme acupuncteur, ostéopathe, etc..

présence fréquente et pour des séquences de soins assez longues avec les malades et dont les débouchés professionnelles sont concentrés sur le secteur hospitalier ou d'autres services d'hébergement médicalisés, d'autre part les médecins hospitaliers, qui passent sensiblement moins de temps au lit du malade, qui peuvent se consacrer à d'autres activités telles que la recherche, l'administration hospitalière, etc. et qui disposent en outre d'un éventail d'orientations professionnelles et de métiers assez diversifié. Ce type d'approche a été développé dans certains travaux concernant les professionnels médicaux, sociaux ou éducatifs de la petite enfance (Cresson, 1978). C'est également dans les caractéristiques du fonctionnement des institutions de santé que les déterminants contribuant au façonnage de la relation soignants-patients sont à rechercher.

L'encadrement institutionnel et les régulations interprofessionnelles

Les mondes sociaux de la prestation de soins se trouvent spécifiés, au sein des sociétés dans lesquels ils s'inscrivent, par tout un système de normes, de réglementations, de règles éthiques et déontologiques qui en marquent les contours et les principes. Cette spécification, ou autonomisation, ne signifie pas pour autant que les espaces de soins sont totalement « imperméables » vis à vis du reste de la société et du monde extérieur. Les modalités de cette perméabilité varient selon le type d'exercice et d'institution considéré, notamment en fonction de leur insertion dans leur environnement local (Freidson 1970). Or, il est des situations où les règles d'encadrement du monde de la prestation de soins se trouvent affaiblies ou inopérantes. Le fonctionnement institutionnel procède alors d'un pilotage par des logiques autres, parfois contraires aux principes réglementaires et déontologiques en vigueur.

Ces fonctionnements « déviants » peuvent être engendrés par un fort degré de perméabilité entre le monde social et le monde de la santé, comme l'ont bien montré certains travaux conduits dans les pays en voie de développement, en particulier en Afrique. A l'inverse, des désordres peuvent également être favorisés par des fonctionnements autarciques et confinés, qualifiés par certains auteurs de « huis clos institutionnels ». Les rapports récemment publiés en France sur la

maltraitance à l'encontre des jeunes ou des personnes âgées rendent compte de ces phénomènes. Ce sont également des scénarios de cet ordre que C. Navelet et B. Guérin-Carnelle (1997), psychologues, analysent dans l'ouvrage qu'elles ont consacré aux violences envers les enfants mais aussi entre les diverses catégories de professionnels et au sein de la hiérarchie institutionnelle, dans des structures de prise en charge d'enfants handicapés, malades mentaux ou en situation de désinsertion sociale.

De telles situations sont propices à l'émergence de phénomènes de « délinquance professionnelle », se manifestant notamment par des conduites de violence physique et morale, par des négligences thérapeutiques plus ou moins activement mises en œuvre, par des dérives déontologiques et par l'expression de jeux de pouvoirs arbitraires, dont les destinataires des soins sont les premières victimes. Les attitudes des professionnels à l'égard des patients apparaissent aussi comme la résultante des régulations interprofessionnelles à l'œuvre dans les équipes et les structures de soins. Plusieurs travaux, conduits sur des terrains « au Nord » ou « au Sud » ont ainsi rendu compte de la prégnance des phénomènes de contrôle par les pairs. Par exemple, au sein de certaines équipes, le soignant qui adopte une ligne de conduite humaine, proche des patients, consciencieuse, « honnête » se voit marginalisé, rejeté voire dénigré par ses collègues, pour lesquels ce changement de référentiels dans la mise en œuvre de leur rôle constitue une menace vis à vis d'un équilibre socioprofessionnel marqué par le maintien, de diverses manières, d'une distance vis à vis des patients, équilibre au sein duquel ils ont construit leur place et leurs repères et qu'il convient de préserver. Ce sont des processus de contrôle social et professionnel du même ordre qui se jouent lorsque les jeunes soignants nouvellement affectés se trouvent progressivement socialisés, par les plus anciens, aux modes de fonctionnement et aux pratiques en vigueur (Vega 1997, Mahé-Vasseur 2001). Autrement dit, les attitudes des soignants vers plus ou moins de bienveillance ou d'indifférence s'élaborent aussi sur un mode collégial, lequel n'est pas sans effets sur le caractère « corporativement » recevable ou irrecevable de certaines conduites.

En France comme dans la plupart des pays industrialisés on assiste à l'élaboration progressive de corpus de normes et de références, de guides de bonnes pratiques diagnostiques, thérapeutiques et organisationnelles par les instances d'encadrement du système de santé, en premier lieu l'ANAES¹⁵. Certains segments des professions de santé se saisissent également de ce type de démarche aux fins de maîtriser, en l'internalisant, cette production de normes de qualité. Il semble que ce travail de normalisation ne porte pas sur le registre relationnel de l'activité de ces professionnels, autrement dit sur leurs attitudes -disponibilité, écoute, respect de la personne, etc- à l'égard des patients (Robelet, 2001). Parallèlement, ces évolutions vers un encadrement standardisé de la pratique médicale et soignante commencent à se diffuser dans les pays en voie de développement à partir des critères de financement et d'intervention des bailleurs de fond multilatéraux et par l'intermédiaire des agences et des ONG internationales.

On peut alors s'interroger sur les effets, différentiels selon les contextes sociaux et institutionnels, de la coexistence entre ces nouveaux référentiels pour la pratique des soins et les autres composantes des attitudes des soignants vis à vis des patients.

Bibliographie

Abega S.C., Ngo Yegba N.S., 2001, « La prise en charge de la santé par les associations du quartier Biyem Assi (Yaoundé) », *Bulletin APAD*, 21 : 123-132.

Attias-Donfut C. (eds), 1995, *Solidarités entre générations*, Nathan, 352 p

Autes M., 1998, La relation de service identitaire, ou la relation de service sans services, *Lien social et politiques*, n° 40, 47-54

Bouchayer F., 1987, *Les praticiens des nouvelles thérapies. Stratégies de rétablissement professionnel et d'ajustement à la demande*, rapport final, programme MIRE-CNRS Santé-Maladie-Société, IRESCO, 157 p + annexes

¹⁵ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Voir le site Internet : www.anaes.fr

- Bouchayer F., 1994, *Les voies du réenchantement professionnel*, dans Aïach P. et Fassin D. (eds), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoirs et quête de légitimité*, Anthropos, 201-225
- Cresson G., 1978, *Formations et compétences dans les métiers de contact direct avec les petits enfants : quelques enjeux, conflits et paradoxes*, *Lien social et politiques*, n° 40, 25-37
- De Montlibert C., 1980, *L'éducation morale des familles. L'extension du métier de puéricultrice*, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 32-33, 65-76
- Fassin D., 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, PUF, 359 p
- Freidson E., 1970, *L'influence du client sur l'exercice de la médecine*, dans Herzlich C.(Eds), *Santé, maladie, société*, Mouton, 1970, 225-238
- Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Payot, 369 p
- Hahonou E., 2001, *Apprentissage de la violence infirmière en milieu hospitalier au Niger*, dans *Les professionnels de santé, Réseau anthropologie de la santé, IRD-SHADYC (EHESS-CNRS), U.R. Socio-anthropologie de la santé*, bull. n° 2, 133-148
- Mahe-Vasseur P., 2001, *Etude de la socialisation de sages-femmes jeunes diplômées dans la vie professionnelle dans la zone urbaine de Dakar*, dans *Les professionnels de santé, Réseau anthropologie de la santé, IRD-SHADYC (EHESS-CNRS), U.R. Socio-anthropologie de la santé*, bull. n° 2, 127-132
- Navelet C., Guerin-Carnelle B., 1997, *Psychologues au risque des institutions. Les enjeux d'un métier*, Editions Frison-Roche, 206 p
- Piotet F., 2002, *La révolution des métiers*, PUF, 362 p
- Robelet M., 2001, *La profession médicale face au défi de la qualité : une comparaison de quatre manuels de qualité*, *Sciences sociales et santé*, Vol 19, n°2, 73-97
- Strauss A., 1992, *Une perspective en termes de monde social*, dans Bazzanger I. (Eds), *La trame de la négociation*, L'harmattan, 269-282
- Vega A., 1997, *Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles*, *Sciences sociales et santé*, Vol. 15, n°3, 103-130.

Le mensonge : une pratique médicale

Sylvie Fainzang*

Résumé. Parmi les pratiques médicales, il en est une dont on parle peu, mais qui pourtant est accomplie de manière massive et récurrente, c'est celle du mensonge. Pratiqué à l'égard des patients, le mensonge s'inscrit dans une relation de pouvoir entre médecin et malade, comme l'illustrent les exemples ethnographiques sur lesquels s'appuie cette réflexion. Après avoir examiné les liens que le mensonge des médecins entretient avec le secret, l'auteur montre que, par delà les tentatives de rationalisation qui en sont faites, l'exercice du mensonge se présente comme un paradoxe au regard des objectifs, affirmés par le corps médical, d'œuvrer pour l'information et l'éducation du patient, paradoxe témoignant d'une véritable collision entre logique thérapeutique et logique sociale.

Mots clés : mensonge, secret, relation de pouvoir.

Proposer une intervention sur le mensonge des médecins a quelque chose d'un peu iconoclaste, car il est considéré, a priori, que les actes médicaux sont tout entiers tournés vers un objectif noble : le bien et la santé du patient, alors que le terme même de « mensonge » est emprunt d'une forte moralisation et chargé d'une connotation éminemment négative.

Pratiqué par les médecins, le mensonge est justifié, voire légitimé, tant par la littérature médicale que par le sens commun. De ce point de vue, il est généralement présenté et étudié sous ses aspects moraux et thérapeutiques mais non pas sociaux. Toutefois, par-delà les approches subjectives et éthiques de la question du mensonge, mettant en avant l'opinion que l'on peut se faire de son accomplissement par un sujet déterminé et dans un contexte donné, on peut aborder le

* Anthropologue, Inserm/Cermès, Paris

mensonge comme n'importe quelle autre pratique sociale, pour en analyser, d'un point de vue anthropologique, les ressorts et les significations.

Je me propose d'examiner ici, à partir de deux recherches de terrain, divers types de situations où l'on peut observer la pratique du mensonge par les médecins, non pour porter un quelconque jugement moral sur cette pratique, mais pour analyser ce qui se joue, socialement, lors de sa mise en œuvre. Je montrerai d'une part ce que le mensonge a à la fois de commun et de distinct avec le secret, en vue de cerner le lien qu'il entretient avec le pouvoir, et, d'autre part, ce que cette activité, toute rationnelle qu'elle puisse être au sens où elle a ses « raisons », sociologiques et/ou thérapeutiques, n'en est pas moins paradoxale au regard des autres logiques qui sous-tendent les conduites des acteurs.

Les médecins et le traitement de l'alcoolisme

La première situation examinée ici est celle qu'offrent les médecins amenés à soigner des malades alcooliques, et dont j'ai pu recueillir le discours dans le cadre d'une étude sur une association d'anciens buveurs (Fainzang 1996). On pourrait s'attendre à ce que la question du mensonge dans le contexte du traitement des alcooliques, me conduise à examiner celui qu'accomplit le buveur, connu de façon proverbiale pour affirmer qu'il ne boira plus et dont la parole est couramment rapportée au moyen de l'expression : « parole d'alcoolique ». Il n'en est rien. Ce qui m'intéresse ici, c'est le mensonge accompli par les médecins à l'attention des anciens buveurs, présenté sous la forme d'un discours savant, et volontiers relayé par les associations d'anciens buveurs elles-mêmes, du moins lorsqu'elles se veulent les porte-parole du discours médical. C'est le cas du discours qui consiste à affirmer qu'il est absolument impossible, pour quiconque a été alcoolique dans sa vie, de pouvoir, un jour, boire de nouveau normalement de l'alcool, même bien longtemps après avoir été désintoxiqué, sous peine de rechute. La plus grande partie des « alcoologues » français (terme utilisé pour désigner

les médecins spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme) insistent sur le fait que la consommation d'un seul verre d'alcool fait « retomber » le malade dans l'alcoolisme, et que l'abstinence doit être totale et définitive. L'impératif dont elle fait l'objet est justifié par les recherches médicales qui ont mis en évidence le risque prolongé pour les alcooliques de retour à la dépendance lié à l'atteinte de leurs membranes cellulaires, consécutive à leur alcoolisation excessive passée. Bien que ce point de vue soit partagé par la très grande majorité des alcoologues en France, il semble être controversé outre-Atlantique.

Des études américaines ont ainsi établi qu'un certain pourcentage d'anciens alcooliques pouvaient boire de façon « normale » plusieurs années après leur cure. Ces études ont été dénoncées par ceux qui considèrent qu'elles causent du tort aux alcooliques stabilisés, dans la mesure où, selon leurs détracteurs, elles risquent de conduire ces derniers (les alcooliques stabilisés) à essayer de boire à nouveau et donc à retomber dans le cycle infernal de la maladie. Je n'entrerai pas dans cette controverse, qui n'est pas le propos ici, mais tenterai de voir dans quelle mesure on peut parler de « mensonge ».

Au préalable, je décrirai le contexte dans lequel les alcooliques peuvent se trouver confrontés à ce type de discours. Le discours médical est généralement relayé par les associations d'anciens buveurs quand bien même la doctrine qu'elles ont sur l'alcoolisme (leurs théories de la maladie) peuvent être foncièrement différentes. Ainsi un mouvement comme *Vie libre*, radicalement différent des Alcooliques Anonymes (en particulier en ce qui concerne ses conceptions relatives à l'étiologie de la maladie et à la notion de guérison), n'en développe pas moins la même doctrine sur l'inévitable rechute consécutive à la reprise ultérieure d'une consommation même modérée. Bien que les A.A. considèrent la maladie comme d'origine biologique, et en font un problème individuel, tandis que VL la considère comme étant d'origine sociale et en fait un problème collectif, tous s'accordent pour affirmer la nécessité d'une abstinence définitive.

Le consensus parmi les médecins et les associations concernant l'impossibilité de boire de nouveau normalement de l'alcool est ce qui les conduit à dissimuler (ainsi que j'ai pu l'observer) tout exemple susceptible d'infirmier ce postulat. L'épisode qui suit est assez éloquent à cet égard. Il s'est trouvé, dans une section parisienne de l'association Vie libre, qui collabore largement avec le milieu médical, le cas d'un ancien alcoolique qui, après une cure de désintoxication, n'a jamais complètement cessé de boire et qui, huit ans après, boit un peu, régulièrement, tout en vivant, semble-t-il, normalement, puisque sa vie familiale et l'ensemble de ses relations sociales se sont stabilisées. Sa femme le sait, certains membres du groupe le savent, mais personne n'en parle.

Cet homme est une sorte de cas-tabou sur lequel il faut faire le silence, et les allusions qui laissent entendre que certains membres du groupe ne sont pas dupes ne donnent jamais lieu à une parole ouverte, explicite, sur son cas. Tout se passe comme s'ils étaient soucieux de ne pas mettre en question un principe fondamental de la lutte anti-alcoolique, alors même que le groupe ne se prive pas d'un libre-parler lorsqu'il s'agit d'une véritable rechute. Or ici, point de rechute. Cet ancien alcoolique fournit à ce titre un contre-exemple au modèle abstinent que diffuse Vie libre. Son cas est subversif puisqu'il infirme le postulat sur lequel se fonde l'action militante (thérapeutique) du mouvement. La gêne que l'on a à admettre qu'il continue de boire est à la mesure de la volonté de faire vivre l'équation: une seule goutte = rechute. Si le cas de cet homme est tu, c'est qu'il met en cause cette équation et que la croyance dans sa validité totale (et pour tous) est nécessaire à la guérison de la plupart.

La manière dont le groupe gère le cas de ce buveur révèle que ce type d'associations ne peut supporter une telle dissidence, qui sape les fondements même de sa doctrine et de son activité militante contre l'alcoolisme. Le cas de ce buveur est trop limite pour que l'on puisse librement en faire état, sans risquer de faire vaciller les bases de la volonté d'abstinence de nombreux alcooliques sevrés. Au contraire de la rechute, qui, elle, ne remet pas en cause la doctrine mais la confirme

plutôt, la consommation modérée d'alcool met en péril la théorie de la maladie et de la guérison développée par le mouvement. En fait, on assiste là à la simple reprise du discours médical, par une association qui assure la prise en charge du malade et revendique une part du travail thérapeutique.

Mais je voudrais revenir aux médecins dont l'association se fait en partie le porte-parole. On pourrait penser qu'il y va là d'une simple conviction de la part de médecins, et que l'opinion qu'ils ont sur cette question n'en fait pas un mensonge. A cet égard, on peut distinguer avec Simmel (1964), le mensonge de la fausse croyance ou de l'erreur, et on peut s'accorder pour dire que le mensonge ne consiste pas uniquement à dire une chose fausse. Pour qu'il y ait mensonge, il faut que cette parole soit délibérée, que le locuteur la suppose fausse, et qu'elle soit produite pour « faire croire » cette chose à son destinataire. Et c'est bien de cela qu'il s'agit ici. En effet, ce qui est particulièrement frappant, est l'usage que font les médecins de la connaissance qu'ils ont des cas comme celui du buveur que je viens d'évoquer. Ils disent alors : « C'est vrai qu'il y a des cas où la reprise d'une consommation normale est possible, mais *il ne faut pas le dire !* », et suggèrent : « Ne leur dites pas que ça peut marcher ; il faut qu'ils croient que c'est impossible ! ». Il faut donc clamer haut et fort que cette consommation modérée est impossible, même si ce n'est pas toujours vrai, pour ne pas laisser penser à tout un chacun qu'elle lui est accessible.

Le mensonge accompli ici par les médecins (comme par les associations d'anciens buveurs qui relayent leurs discours), est lié au danger (sur le plan thérapeutique) que recèle l'énoncé de la vérité en la matière. Il est justifié par le caractère performatif de l'énoncé de la vérité puisque, pour les médecins alcoologues, dire qu'il est parfois possible de boire de nouveau, un jour, équivaut à une invitation à recommencer à boire. C'est ce qui vaut aux médecins de refuser d'évoquer même le cas des personnes qui semblent déroger à cette loi. Le mensonge est stratégique dans le cadre d'une activité thérapeutique. Il exprime une position de pouvoir, même s'il a une visée positive et

bénéfique pour le patient. Les médecins utilisent leur position de pouvoir (et le savoir qui lui est attaché) pour produire un discours où la vérité est délibérément soustraite au malade.

Les médecins et les prescriptions médicamenteuses

La seconde situation que je voudrais évoquer est celle du mensonge effectué par les médecins dans des contextes pathologiques variés, et qui consiste à dissimuler aux patients les informations relatives aux effets possibles des traitements qu'ils leur prescrivent. (En vérité, le mensonge existe à des niveaux très variés puisqu'il peut porter sur le diagnostic, mais aussi sur le pronostic, ou encore sur la thérapie elle-même). Cette observation a été faite dans le cadre d'une récente recherche sur les conduites des patients à l'égard de leurs médicaments, de leurs ordonnances et de leurs médecins (Fainzang 2001a). L'observation a été réalisée en partie lors de consultations (en milieu hospitalier) et en partie au domicile des malades. Si l'attention a été plus spécifiquement portée sur les conduites des patients, un certain nombre de matériaux recueillis concernent les médecins et c'est ceux-là qui nous intéressent ici. Autrement dit, si le mensonge est une pratique qui apparaît également dans les pratiques des patients et sur laquelle je me suis interrogée ailleurs (cf. Fainzang, 2002), seuls les mensonges des médecins seront évoqués ici, compte tenu du thème du séminaire et de la réflexion qui nous occupe, à savoir les pratiques professionnelles. Ces mensonges sont d'ordre divers mais ils concernent tout particulièrement le diagnostic et les effets secondaires des médicaments. On assiste là à une rétention du savoir, celui que les médecins ont sur le corps du malade et sur les traitements qu'ils prescrivent, à propos desquels ils rechignent à dire la vérité au malade.

Il n'est pas rare que les médecins pratiquent une rétention de l'information sur les risques d'un traitement en vue d'inciter le malade à le prendre. Certains médecins choisissent de taire les effets possibles des traitements, voire découragent les patients à lire les notices pharmaceutiques (« vous lisez trop! », les sermonnent-ils), pour que cette information ne risque pas de les dissuader de prendre le

médicament prescrit. D'autres médecins vont jusqu'à infirmer les informations contenues sur ces notices pharmaceutiques, afin que les patients fassent comme ils leur prescrivent de faire. Ce mensonge nous intéresse ici en tant que phénomène social, à replacer à l'intérieur d'une relation sociale spécifique, en l'occurrence d'une relation de pouvoir.

Avant d'examiner les liens existant entre mensonge et exercice du pouvoir, je prendrai appui sur la littérature ethnologique sur le secret pour voir dans quelle mesure et jusqu'où le mensonge a partie liée avec lui.

Du secret au mensonge

On ne saurait en effet s'interroger sur le mensonge sans faire une place au secret, ne serait-ce que pour souligner à la fois les liens que le premier entretient avec le second, mais aussi les différences qui existent entre eux, autrement dit pour voir ce que le mensonge a en propre, ce qu'il signifie et ce qu'il produit, par delà la dimension inévitablement secrète qu'il contient.

Les auteurs qui se sont interrogés sur la question du secret ont montré les liens qu'il entretient avec le pouvoir (Augé 1974, Zempléni 1976, Jamin 1977, Duval 1985). Ces études ont fourni des analyses percutantes dans la mesure où elles ont mis l'accent sur le pouvoir qu'implique le fait même de la rétention de la parole. L'alliance entre pouvoir et parole est un phénomène général du fonctionnement social. A cet égard, le pouvoir peut aussi bien être rétention de la parole qu'au contraire, prise de parole (cf. Clastres [1974] qui a montré, en partant de l'exemple des indiens, que la prise et l'exercice du pouvoir sont prise et exercice de parole). Cependant, la loi sociale se confond tout particulièrement avec une loi du silence, d'après laquelle la stratégie du pouvoir est de se taire (Augé 1974). C'est pourquoi Jamin ajoute que l'exercice du pouvoir est aussi jeu et gain de silence et que le pouvoir ne peut s'acquérir et se maintenir que par l'appropriation et la rétention de cette parole. Selon lui, les liens entre secret et pouvoir s'objectivent dans le fait que l'importance du secret réside moins dans

ce qu'il cache que dans ce qu'il affirme: l'appartenance à une classe, à un statut.

Si le secret a partie liée avec le silence, le mensonge est, pour sa part, aussi bien dissimulation d'une parole (la vérité) que production d'une autre parole. On mesure toute la difficulté de distinguer entre une situation où une chose n'est pas dite pour ne pas la révéler et celle où une chose n'est pas dite pour faire croire son contraire. Dans les situations que j'ai évoquées, la frontière est ténue entre secret et mensonge. Le mensonge est lui aussi exercice du pouvoir, et rétention d'un savoir : le médecin garde jalousement un secret face à celui qui est placé sous sa dépendance (S'interrogeant sur la gestion du savoir face à sa vulgarisation, Roqueplo (1974) a montré que la rétention du savoir était protection de sa propre place dans la hiérarchie sociale (p. 101) et que le partage du savoir était partage du pouvoir).

La même logique est à l'œuvre dans des sociétés très diverses puisque chez les Bisa du Burkina, les liens existant entre mensonge et vérité d'une part et pouvoir de l'autre s'expriment à travers les règles qui régissent la diffusion du diagnostic divinatoire ; ainsi la consultation divinatoire et la diffusion de son résultat obéissent à une codification très précise suivant la règle de l'accès au savoir, à laquelle n'échappe pas le savoir concernant le diagnostic : le cadet, fut-il adulte, est obligé de dire la vérité à ses aînés, mais il est en droit de *mentir* aux femmes (Fainzang 1986).

Alors que, dans le champ politique et religieux, le secret est généralement envisagé sous l'angle de sa fonction sociale, et en l'occurrence en tant qu'il procède d'un mécanisme de rétention de la parole liée à l'exercice du pouvoir, dans le champ médical, le secret est généralement envisagé comme silence fait par le médecin sur ce qui concerne le malade, au bénéfice de celui-ci. Un certain nombre d'auteurs soulignent la nécessité de préserver le secret comme valeur fondatrice de l'individu (Coll. 1996). Le secret est valorisé en tant qu'il permet à l'identité de s'affirmer face à l'altérité, de préserver l'intimité, de protéger l'individu, bref, (je cite Maheu) de « préserver une part de liberté dans une société démocratique » (Maheu, 1996). Le secret est également valorisé en tant que clé du rapport de confiance

qui doit exister entre médecin et malade et qui fonde le « secret médical » ou le « secret professionnel ». Le Secret médical concernant le malade est une valeur fondamentale de la société, et la loi en condamne la transgression (cf. René 1996, concernant l'art. 226-13 du nouveau code pénal).

Si le secret médical a ceci de différent qu'il ne vise pas à produire une fausse information, néanmoins, il vise à retenir l'information, à la soustraire à la connaissance des autres. Le secret est alors conçu comme un moyen de protéger le patient afin qu'il ne pâtisse pas du fait que cette information soit connue des autres. Les patients eux-mêmes peuvent choisir de garder secret leur état. De nombreux auteurs ont évoqué la nécessité de préserver le secret dans le cas du sida par exemple, compte tenu du stigmate qui lui est attaché. Carricaburu & Pierret (1995) ont ainsi examiné les conséquences dans la vie quotidienne que peut avoir le fait de garder secret son statut immunitaire en matière de VIH. Il existe d'ailleurs une abondance littérature, tant sur les sociétés occidentales que sur les sociétés africaines, sur la dissimulation aux autres (proches ou non) en cas de sida, où le secret peut être utilisé pour exclure ou au contraire pour ne pas être exclu. Dans certains cas, les professionnels de la santé et les patients peuvent partager le secret du diagnostic, ce qui crée un lien entre eux (Radstake 2000).

Cependant, le secret n'est pas que dissimulation aux autres de l'état du patient. Il est aussi dissimulation au patient de son propre état (cf. Dozon & Vidal 1993; Gruénais 1993). Il n'est donc pas seulement confidentialité et discrétion au bénéfice du malade, il est aussi, comme le mensonge, soustraction de l'information, de la vérité, au malade, et cela dans bien d'autres cas que le sida.

Le secret devient très vite mensonge dès lors qu'il s'agit de taire au malade la vérité sur lui. C'est ce qui se produit d'ailleurs à travers le cas que rapporte Higgins (1986) lorsqu'un médecin, à qui son collègue demandait s'il avait révélé au patient la nature de son mal ou s'il avait préféré la tenir secrète, répondit: « je lui ai menti sans hésitation, je lui ai dit : 'non, ce n'est pas un cancer' ». Dans ce cas, le secret marque,

comme le mensonge, la distance entre médecin et malade. Il ne lie pas le médecin et le malade, ensemble, face aux autres, mais il sépare l'un et l'autre. Les liens entre secret et mensonge sont constitués par l'existence d'un antonyme commun : la vérité. L'alternative dire / ne pas dire s'articule à la dyade: dire le vrai / dire le faux. Le mensonge ne saurait se confondre avec le secret, dans la mesure où il y a, dans le mensonge, quelque chose de plus actif (Pour Simmel, le non-dit et le mensonge sont des formes passive et active du secret (cité par Petitat 1998). Le secret et le mensonge entretiennent néanmoins des liens d'inclusion réciproques puisque le secret peut impliquer le mensonge et le mensonge suppose nécessairement le secret, autrement dit il suppose de tenir secrète la vérité. De ce point de vue, le mensonge doit être examiné dans un cadre conceptuel qui l'envisage à la fois comme distinct et comme ayant partie liée avec le secret.

Le secret accompli en direction du malade auquel est soustraite l'information le concernant, s'apparente très largement au mensonge puisqu'il consiste à tromper le malade sur son état réel. Ce mensonge est justifié par un discours de rationalisation qui lui donne sa légitimité aux yeux de certains médecins. Les raisons invoquées sont diverses : les uns parlent du refus de savoir de la part des malades, ou du refus de la vérité pour ceux qui en ont peur, d'autres évoquent le mal que la vérité pourrait leur faire. De nombreux ouvrages s'accordent pour justifier moralement le mensonge du médecin. A cet égard, Platon écrivait déjà, dans *La République*, que seuls les médecins et les chefs de la cité avaient droit au mensonge, les premiers dans l'intérêt de leur patient, et les seconds dans l'intérêt de la cité (même s'il ajoute plus loin que « à toute autre personne, le mensonge est interdit, et nous affirmerons que le particulier qui ment aux chefs commet une faute de même nature mais plus grande, que le malade qui ne dit pas la vérité au médecin (...) (p. 140) »).

Les liens étroits qui existent entre secret et mensonge apparaissent clairement dès lors qu'ils sont envisagés comme moyens d'exercer son pouvoir ou de régir la conduite des autres. Lorsque H. Arendt (1972) parle du secret comme moyen de gouverner, elle y inclut « la

tromperie, la falsification délibérée et le mensonge pur et simple, employés (par le dominant) comme moyens légitimes de parvenir à la réalisation de ses objectifs (politiques) ».

Mensonge et pouvoir

On remarque cependant que, s'il partage certains caractères avec le mensonge effectué par les détenteurs du pouvoir politique, le mensonge réalisé par les médecins a ceci de particulier qu'il est justement blanchi (« white lie »), rationalisé, légitimé, voire éthiquement fondé. Même s'il est un outil au service du pouvoir médical, l'idée est que c'est un mensonge au bénéfice du trompé et non du trompeur, contrairement à ce qui se passe parmi les politiques (dont l'archétype est Machiavel). La notion même de « pieux mensonge » est bien évidemment de nature à retirer au mensonge sa valeur négative. Le mensonge du médecin s'inscrit typiquement dans la philosophie utilitariste qui accorde au mensonge une légitimité sur la base de ses conséquences, de son utilité. Pour les utilitaires, la justification d'un acte se mesure à la nature positive ou négative de ses conséquences.

Dans la philosophie utilitariste, le choix du mensonge se fait donc à l'issue d'un calcul des risques ou des bénéfices. Sur ce point, Sissela Bok (1979) souligne, dans son ouvrage de philosophie morale, le caractère éminemment relatif du bien-fondé du mensonge, et du tort causé par la vérité : ne pas dire la vérité est mieux pour qui ? demande-t-elle, mettant en évidence le caractère subjectif du jugement, à propos de la soi-disant innocuité du « *white lie* » ou encore du « *noble lie* ». Sa dénonciation de la notion de bien public repose sur le fait que la notion de *noble lie* suppose que les puissants seuls savent ce qui est bon pour les autres, et qu'ils considèrent leurs dupes comme inaptes à avoir un jugement adéquat sur la situation, ou comme incapables de répondre de manière adaptée à une information véridique.

Par différence avec cette position, je ne cherche pas ici à juger du bien-fondé ou non du mensonge mais à décrypter ce qui se joue,

socialement, dans son usage. Il ne s'agit pas pour autant pour moi d'adopter une perspective relativiste du mensonge, comme s'il s'agissait de minimiser son caractère négatif en disant que, dans certains contextes, il n'est pas vécu comme tel, et n'est pas un vrai mensonge. Ce type d'approche est celle qu'adopte, dans une perspective diachronique, Armstrong (1987) qui estime qu'« un mensonge n'existe qu'en relation avec un régime de vérité qui lui permet d'être identifié comme tel ». Il reproche à Ariès de considérer le fait de cacher le pronostic de mort imminente au patient comme un mensonge qui a dominé la période située entre le milieu du 19^e et le milieu du 20^e siècle.

Pour Armstrong, au lieu de condamner cette époque pour avoir fait le silence sur cette vérité, il faut se demander si ce qui nous paraît un mensonge aujourd'hui, l'était alors. Il considère que, dans le processus de transformation d'un régime de vérité à un autre, il existe plusieurs étapes dont la première est précisément de reconnaître si le silence peut être construit ou non comme un mensonge, soulignant donc que celui-ci est une construction sociale et historique. Cette perspective a également été adoptée par d'autres auteurs qui, sur un plan synchronique, font valoir, suivant les préceptes du relativisme culturel, que les mensonges acceptables dans une société ne le sont pas dans une autre.

Je ne retiendrai pas plus la perspective nominaliste de Hacking (1982), qui reprenant à son compte la maxime de Hamlet sur le bien et le mal, et la transposant à la question de la vérité, dit : « Nothing is either true or false, but thinking makes it so ». Une perspective que rejoint d'une certaine façon Henderson (1970), pour qui il n'est pas possible de dire toute la vérité aux malades, mais qui récuse la notion de mensonge, au motif que : « Puisque dire la vérité n'est pas possible, il ne peut y avoir de distinction claire entre le vrai et le faux ».

La pratique du mensonge est pourtant attestée par les témoignages de médecins eux-mêmes : « Il arrive qu'on mente. Hier, j'ai menti à un malade atteint d'un cancer du poumon avec des métastases », déclare D. Khayat, chef d'un service d'oncologie médicale (in : Favereau

1994). Certains avouent qu'il s'agit d'un mensonge : « Honnêtement, il nous arrive de mentir au malade de façon éhontée », déclare S. Merran, radiologue scannériste ; tandis que d'autres se réfugient derrière l'affirmation qu'il s'agit non pas d'un mensonge mais d'un silence (R. Brauman, président de Médecins sans frontières, se veut nuancé : « je ne mens pas, mais il faut parfois se taire », cependant que d'autres encore pratiquent le mensonge à travers la rétention de l'information, procédant elle-même de la manipulation des mots. S. Merran se dédouane ainsi de son mensonge en évoquant également « l'attitude qui consiste à ne pas mentir, mais à ne pas non plus prononcer le terme de *métastase* (et à dire) : « il y a une petite chose sur le poumon ».

Le marquage négatif du terme « mensonge » est ce qui fait que l'on répugne à l'employer pour désigner le comportement des médecins. Si ce marquage négatif est ce que vise à annihiler, on l'a vu, l'usage même de la notion de « pieux mensonge », il est frappant de constater cependant qu'il ne le partage pas avec les termes « silence » ou « secret ». Dans de nombreuses situations sociales, il y a une valorisation du secret alors qu'il y a une dévalorisation du mensonge : d'ailleurs, on jure de garder secret ; mais on ne jure pas de mentir. Toutefois, si l'on s'appuie sur la définition que Warren Shibles (1985) propose, et selon laquelle un mensonge est le fait de croire ou de savoir une chose et d'en dire une autre, on doit bien admettre que le médecin « ment » au patient. De ce point de vue, le secret, comme le silence, sont les masques du mensonge. Non seulement, les diverses formes de justifications ou de relativisations ne retirent pas au mensonge des médecins sa nature de mensonge mais ces formes mêmes sont exemplaires de la place sociale que le mensonge du médecin revêt dans la relation thérapeutique. En effet, le secret et le mensonge s'articulent de manières différentes selon que l'on considère l'auteur du mensonge ou le destinataire, la place de chacun d'eux dans le jeu des relations sociales (y compris des relations médicales) et les motivations ou les raisons sociales qui le structurent. Il est manifeste que la valeur ou la condamnation du mensonge est liée au contexte social dans lequel il se produit : celui-ci donne une valence

particulière au mensonge puisqu'il est considéré comme positif lorsqu'il est accompli par le médecin, et comme négatif lorsqu'il est accompli par le patient. Le mensonge du médecin entre dans le cadre du mensonge admis, celui du patient, non. S'il est vrai que, comme le suggère Simmel (1964), toute relation sociale implique un certain taux de dissimulation réciproque, on doit bien admettre que cette dissimulation n'est pas perçue suivant les mêmes ressorts selon la position occupée par les protagonistes de la relation.

Mensonge et pouvoir médical

Le mensonge pratiqué par les médecins est donc lié à la position spécifique qu'ils occupent à l'intérieur de la relation médecin-malade, et à l'exercice du pouvoir qui caractérise cette position. Celui-ci se traduit exemplairement par l'appropriation du corps du malade. De nombreux médecins s'arrogent le privilège de la connaissance sur le corps du malade et tendent, à cette fin, à ne pas lui donner l'information susceptible de lui permettre de faire le choix qui lui incombe concernant son propre corps.

Il est frappant de constater au passage (bien que je ne puisse pas m'appesantir ici sur cet aspect qui serait trop long à développer), que cette appropriation du corps et cette rétention de l'information s'observent davantage chez les médecins catholiques que chez les médecins protestants ou juifs, les premiers s'inscrivant davantage dans une relation sociale médecin-malade alignée sur une relation de pouvoir. (cf. sur ce point : Fainzang 2001a, où sont examinés, chez les patients, les liens entre l'appartenance culturelle et le rapport à l'autorité en général, et à l'autorité médicale en particulier).

Cette observation croise en partie celles de Gordon (1991). Deborah Gordon parle en effet du fondement culturel de la pratique qui consiste à ne pas dire et à ne pas connaître un diagnostic de cancer. Contrairement à ce qui se passe en Amérique du Nord, elle remarque qu'il existe un consensus culturel en Italie autour du fait de ne pas dire la vérité à ce sujet : c'est une pratique dominante en Italie de ne pas informer les patients atteints de cancer du diagnostic les concernant.

Toutefois, on l'a vu, la question du mensonge des médecins ne se réduit pas à la situation du diagnostic ou de l'annonce. Certains médecins ne donnent une information au malade qu'en vue de parvenir à leurs objectifs thérapeutiques. Katz (1984) montre, à propos de ce qu'il appelle le « silence altruiste », que les médecins manipulent l'interaction pour arriver à leurs fins thérapeutiques, et que l'information n'est donnée que pour faciliter une décision du malade conforme à celle du médecin. Selon lui, cette information ne concerne que les risques et bénéfices du traitement proposé et non les alternatives à ce traitement : les médecins considèrent que les patients sont trop ignorants des problèmes médicaux et trop anxieux sur leur état pour participer pleinement à la décision thérapeutique et qu'ils doivent faire confiance au médecin pour cette décision.

En vérité, il n'est pas rare que les médecins pratiquent une rétention de l'information même sur les risques d'un traitement, on l'a vu, dans le but d'inciter le malade à le prendre, et que certains médecins choisissent de taire les effets possibles des traitements, ou de tromper les patients à ce sujet.

En définitive, qu'ils affirment l'impossibilité, pour un ancien alcoolique, de boire normalement un jour, ou qu'ils infirment les renseignements fournis par les laboratoires pharmaceutiques sur les effets secondaires possibles des médicaments dont rendent compte les notices, il s'agit pour ces médecins de produire un discours, au besoin mensonger, pour parvenir à leurs objectifs. Ce discours n'est généralement pas remis en cause par les patients. L'aura de vérité qui entoure le discours médical est liée à ce que Foucault (1980) appelle « l'économie politique de la vérité », dont une des caractéristiques est de revêtir la forme du discours scientifique et des institutions qui le produisent (Cf. Tambiah, 1990 : 147).

Le mensonge occupe donc, comme le secret, une place décisive dans les relations de pouvoir. On se reportera sur ce point à Barnes (1994) qui, citant diverses études sur le sujet, rappelle combien le mensonge joue un rôle dans l'établissement des relations de domination, notamment dans le champ du politique. Cependant, les

auteurs qu'ils mobilisent à l'appui de son argument envisagent le mensonge dans le cadre d'une relation de pouvoir explicite et non dans une relation thérapeutique. En outre, certains auteurs tendent à ne l'envisager que de manière unilatérale : le mensonge du dominant. (Or les patients pratiquent également le mensonge, et la raison du mensonge des patients n'est pas l'exercice du pouvoir mais l'exercice d'une résistance au pouvoir de l'autre. Le mensonge est à la fois l'expression et les conditions du renforcement de ce pouvoir (Fainzang 2002). Par conséquent, cette réflexion ne saurait se réduire à la dénonciation simplificatrice du pouvoir médical, même si c'est la position dominante du médecin qui autorise à masquer le caractère mensonger de sa parole.

La problématique des liens entre le pouvoir et le mensonge doit permettre de comprendre ce dernier comme l'expression du pouvoir des acteurs qui, par leurs actions, expriment leur pouvoir de résister au pouvoir de l'autre. Si le mensonge des médecins est un mensonge stratégique et thérapeutique dans la mesure où il a pour but de produire un effet, de fonder un comportement (la poursuite de l'abstinence, la prise d'un médicament, etc.), il repose sur une logique qui vient à l'encontre d'un autre aspect du discours médical contemporain.

Mensonge et paradoxe

Je voudrais revenir ici sur la question de la rationalisation du mensonge lorsqu'il est pratiqué par des médecins (on dit alors qu'il est accompli pour «le bien du malade»). Parmi les types de rationalisations qui sous-tendent le mensonge du médecin, on peut retenir les questions lancinantes : le malade est-il « capable » d'entendre la vérité ? quelles réactions aura-t-il en apprenant la vérité ? Quel usage en fera-t-il ? Quelles en seront les conséquences sur ses conduites ? etc. Le mensonge est donc justifié par l'idée d'une inadéquation de la vérité au destinataire du mensonge. La rationalisation du mensonge des médecins s'accompagne de sa justification morale (ne pas faire de tort, aider à la guérison, etc.

(cf. Henderson [1970] sur les « conséquences désastreuses de la vérité »).

En contrepoint des rationalisations du mensonge que font les professionnels de la santé (et qui ont valeur de justification), il existe bien sûr des positions divergentes, comme celles de D. Sicard (président du comité national consultatif d'éthique), qui récuse le concept de vérité « utile » ou de vérité « contestable », « comme s'il y avait une sorte de code opportuniste à géométrie variable qui est peut-être le comble de ce que l'on reproche au paternalisme médical » (2000), ou encore de Bernard Hoerni (1999), qui pose le devoir d'information du malade comme respect dû à l'autonomie de la personne.

Mais la rationalisation du mensonge accompli par les médecins reste largement justifié dans le discours médical comme dans le discours du sens commun. Elle apparaît dans toute sa lumière à travers certains textes éthiques et déontologiques officiels, qui en légitiment l'usage. Ainsi le code de déontologie médicale français prévoit-il, dans son article 35, que « (...) dans l'intérêt du malade et pour des *raisons légitimes* que le praticien apprécie *en conscience*, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave (...) » (souligné par nous), tandis que la Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe, OMS, 1994, stipule, dans son Art. 2, que : « Les patients ont le droit d'être pleinement informés de leur état de santé, y compris des données médicales qui s'y rapportent, des actes médicaux envisagés, avec les risques et les avantages qu'ils comportent, et des possibilités thérapeutiques alternatives (...). L'information ne peut qu'exceptionnellement être *soustraite au patient* lorsque l'on a de *bonnes raisons de penser* qu'elle lui causerait un dommage grave ».

Or, toute rationnelle que puisse être la pratique du mensonge des médecins, elle n'en est pas moins paradoxale (Fainzang, 2001 b) au regard des objectifs affirmés par le corps médical, et qui sont d'œuvrer — également dans l'intérêt et pour le bien du patient — pour « l'éducation du patient » ou l'« information du patient », pour son « autonomie », ou encore pour l'obtention du « consentement

éclairé ». L'usage du mensonge comme technique de prévention du risque dans le cas de l'alcoolisme, ou comme moyen de contraindre le patient à être observant face aux prescriptions médicamenteuses, est en décalage avec les professions de foi médicales en faveur de l'avènement d'un patient *éduqué et éclairé*.

Ce décalage est lié au fait que le mensonge est gouverné par des raisons sociales et culturelles et non pas seulement par des raisons utilitaires, fonctionnelles ou rationnelles, les premières étant susceptibles de prendre le pas sur les secondes.

Conclusion

Nous avons proposé, non pas un code de conduites ni un argumentaire sur les bienfaits ou les méfaits du mensonge mais une réflexion sur le sens, l'usage et le rôle du mensonge pratiqué par les médecins à l'égard des malades, sa signification et son implication sociale. L'analyse des formes d'usage du mensonge révèle à la fois la place qu'occupe le médecin dans la relation sociale médecin-malade, mais aussi la collision entre les diverses logiques qui le fondent. Si l'on a vu que le médecin avait une raison (voire une rationalisation) au fondement de son mensonge, on constate cependant que celle-ci se heurte à une autre logique, qui lui est d'une certaine manière antagonique puisque, en mentant, le sujet conforte une relation de pouvoir dans laquelle il va à l'encontre de ce qu'il professe : l'information et l'éducation du patient.

Bien que les sujets soient aptes à rationaliser leurs actes, ceux-ci offrent donc un paradoxe dans la mesure où ils sont gouvernés par diverses raisons (matérielles, relationnelles, symboliques), autres que strictement thérapeutiques, qui les poussent à mentir. Le mensonge, comme pratique médicale, est le produit de la relation sociale médecin-malade qui échappe à la seule raison thérapeutique (dans un monde où l'on pourrait s'attendre à ce que les choses soient gouvernées par elle) parce qu'il est également sous-tendu par des logiques culturelles et sociales.

Ceci conduit à mettre en cause l'affirmation selon laquelle les acteurs agiraient toujours de façon consciente et réflexive. Certes, mentir fait

partie d'un processus délibéré, intégré à une stratégie pour laquelle le sujet peut développer des raisons, ou une rationalité. Cependant, peut-on conclure avec Giddens qu' « une personne est un agent qui se donne des buts, qui a des raisons de faire ce qu'il fait et qui est capable d'exprimer ces raisons de façon discursive (y compris de mentir) » (1987 : 51) ? S'il connaît les raisons de son acte, en connaît-il les fondements ? Y voit-il la trace de l'exercice de son pouvoir ? Y voit-il le décalage existant entre les raisons du mensonge et ses implications et, par conséquent, le caractère paradoxal du mensonge ?

Références bibliographiques

- Arendt H., 1972, *Du mensonge à la violence, Essais de politique contemporaine*, Paris, Calmann-Lévy.
- Armstrong, D., 1987, Silence and truth in death and dying. *Social Science and Medicine*, 24: 651-657.
- Augé M. ed., 1974, *La construction du monde. Religions, représentations, idéologies*, Paris, Maspéro, Dossiers africains.
- Barnes, J. 1994. *A pack of lies: Towards a sociology of lying*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bok, S. 1979. *Lying: Moral choice in public and private life*. New York: Vintage books.
- Carricaburu D. & Pierret J., 1995, « From biographical disruption to biographical reinforcement: the case of HIV-positive men », *Sociology of Health & Illness*, 17, 1 : 65-88.
- Clastres P., 1974, *La société contre l'Etat*, Paris, Editions de Minuit.
- Coll., 1996, « Le secret », *La Revue Agora*, n°37.
- Dozon et Vidal eds, 1993, *Les sciences sociales face au sida*, Paris, Ed. de l'Orstom.
- Duval M., 1985, *Un totalitarisme sans Etat. Essai d'anthropologie politique à partir d'un village burkinabé*. Paris, L'Harmattan.
- Fainzang S., 1986, "L'intérieur des choses". *Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.
- Fainzang S., 1996, *Ethnologie des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*. Paris, Presses universitaires de France.

- Fainzang S., 2001a, *Médicaments et Société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris Presses universitaires de France.
- Fainzang S., 2001b, "Cohérence, raison et paradoxe. L'anthropologie de la maladie aux prises avec la question de la rationalité", *Ethnologies Comparées*, n°3 ("Santé et maladie: questions contemporaines"), [<http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>].
- Fainzang S., 2002, « Lying, secrecy and power within the doctor-patient relationship », *Anthropology & Medicine*, Vol. 9, n° 2 (n° spécial : « Lying, misery and illness: Towards a medical anthropology of the lie », sous la dir. de S. Fainzang and E. Van Dongen), sous presse.
- Favereau E., 1994, *Le silence des médecins*, Paris, Calmann-Lévy.
- Foucault M., 1980, *Power/knowledge, Selected Interviews and other writings, 1972-1977*, Colin Gordon ed., New York : Pantheon Books.
- Giddens A., 1987, *La constitution de la société*. Paris : PUF.
- Gordon D.R., 1991, Culture, Cancer & Communication in Italy, in: *Anthropologies of Medicine*, B. Pfleiderer & G. Bibeau eds., Curare, 7 : 137-156.
- Gruénais M.E., 1993, Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité à Brazzaville (Congo), in: J.P. Dozon et L. Vidal (eds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Centre Orstom de Petit-Bassam, GIDIS-CI/Orstom, 207-220.
- Hacking, 1982, « Language, Truth and Reason », in Hollis & Lukes eds., *Rationality and Relativism*, Oxford, Basil Blackwell : 48-66.
- Henderson L. J., 1970 (1935), « Physician and patient as a social system », in : *On the social system : selected writings*, Chicago, University of Chicago Press : 202-213.
- Higgins R.W., 1986, « Aspects philosophiques de la vérité », *Jalmav*, n°7 (« La vérité »): 5-10.
- Hoerni B., 1999, « Communiquer l'information médicale. De nouvelles responsabilités partagées », in : Hirsch E. ed., *Espace éthique. La relation médecin-malade face aux exigences de l'information*, Dossiers de l'APHP, Paris, Doin editeurs/APHP.
- Jamin J., 1977, *Les lois du silence. Essai sur la fonction sociale du secret*, Paris, Maspéro, Dossiers africains.

- Katz J., 1984, *Silent World of Doctor and Patient*, New York, Free Press.
- Maheu E., 1996, « Secret et transparence : un enjeu démocratique », *La Revue Agora*, n°37 : 3-8.
- Petitot, *Secret et formes sociales*, PUF, 1998, coll. « Sociologie d'aujourd'hui ».
- Platon, 1966, *La République*, Paris, G. Flammarion.
- Radstake M., 2000, *Secrecy and Ambiguity. Home care for people living with HIV/AIDS in Ghana*, African Studies Centre, Research Report 59, Leiden.
- René L. 1996, Le secret médical : vertu bourgeoise ou valeur humaniste, *La Revue Agora*, n°37 : 109-114.
- Roqueplo P., 1974, *Le partage du savoir. Science, culture, vulgarisation*, Paris, Le Seuil.
- Shibles W., 1985, *Lying : A Critical Analysis*, Whitewater, Wisconsin, The Language Press.
- Sicard D., 2000, « Le médecin et ses malades – le malade et ses médecins », in : Y. Michaud ed., *Qu'est-ce que l'humain ?* vol. 2, *Université de tous les savoirs*, Paris, Odile Jacob.
- Simmel G., 1964, « The Secret and the Secret Society », in : *The sociology of Georg Simmel*, Glencoe/London, The Free Press.
- Tambiah, S.J. 1990. *Magic, Science, Religion and the Scope of Rationality*. Cambridge / New York: Cambridge University Press.
- Zempléni A., « La chaîne du secret », in : « Du secret », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n°14, 1976: 313-324.

Le soignant face au soigné anonyme en Afrique

J.P. Olivier de Sardan*

Résumé. L'article décrit et analyse les enjeux qui traversent les relations entre les professionnels de la santé et les patients caractérisées de façon générale en Afrique par le mépris, l'indifférence et la distanciation des premiers à l'égard des seconds. Il montre en partant d'une approche diachronique la reproduction d'un ensemble de traits de la bureaucratie coloniale avec ceux qui ont cours après l'indépendance, notamment le despotisme, le privilégisme et le rôle des intermédiaires. L'article montre que dans les pays du Sud, le fonctionnement bureaucratique est intimement lié au développement des inégalités, de la violence et du mépris qu'on retrouve dans les relations entre médecins et patients anonymes.

Mots clés : *relations, bureaucratie, indifférence.*

Le soignant, complétant des colonnes sur un registre : « Au suivant ! ». La femme s'approche du bureau, pose un bout de carton (numéro 14) sur le bureau et reste debout : « Bonjour » (de façon timide et presque inaudible).

- « Comment t'appelles-tu ?
- Fati
- Et ton enfant ?
- Dodo »

Le soignant, saisissant un bout de papier (un bulletin de vote apparemment) : « Qu'est-ce qu'il a ? »

La femme, regardant alternativement son bébé et le soignant : « Depuis 2 jours, il ne cesse de pleurer ; il refuse de téter ; il a de la fièvre aussi »

* Anthropologue, IRD/EHESS (Niamey)

Le soignant, finissant d'écrire sur le premier bulletin, en saisit un second : « Tu vas payer des comprimés ; tiens, va là-bas si tu as de l'argent ; sinon va chercher l'argent et viens payer ces produits ici, de l'autre côté. On t'expliquera comment les utiliser »

La femme prend les deux bulletins que le soignant lui tend et sort de la salle.

Le soignant, à un manœuvre qui passe sous sa fenêtre : « Tu as eu le journal du PMU (le journal du parieur) ? »

Le manœuvre : « Non, la fille du PMU n'est pas encore arrivée »

Le soignant, tournant une page de son registre : « Au suivant »

(Source : A. Souley, rapport d'observation-supervision,
CSI de Talladjé, Niamey ¹)

Dans le domaine de la santé, les propos des malades et de leurs accompagnants sont unanimes pour dénoncer le sort fait au patient anonyme : la phrase « *on ne nous regarde même pas* » est revenue sans cesse au cours des entretiens menés dans les cinq villes concernées par notre programme de recherche². Elle exprime bien les sentiments de manque de respect, d'inexistence, d'humiliation éprouvés par les usagers des services de santé publics, et donne l'image d'une médecine « vétérinaire » (« *on nous traite comme des animaux* » est aussi une phrase fréquente). En fait, c'est tout un « syndrome dysfonctionnel » qui est ainsi évoqué, où, tout à la fois, on montre une solide indifférence à l'égard des malades qui tourne souvent au mépris (on va parfois jusqu'à les rudoyer et les insulter), on les « rackette », et on fait des consultations expéditives et de mauvaise qualité, dépourvues de toute information et de tout dialogue.

¹ Extrait du chapitre de A. Souley sur Niamey (in Jaffré & Olivier de Sardan, eds, 2002).

² Il s'agit d'une étude menée dans cinq capitales ouest-africaines (Abidjan, responsable M. Koné ; Bamako, responsable Y. Touré ; Conakry, responsable Y. Diallo ; Dakar, responsable A. Fall ; Niamey, responsable A. Souley) sur l'accès aux soins, les interactions soignants-soignés et les dysfonctionnements des centres de santé (cf. Jaffré & Olivier de Sardan, eds, 2002). Je remercie pour leurs commentaires P. de Munck, A. Souley, Y. Jaffré, M. Tidjani Alou.

« On ne te regarde pas, il parle seulement, tu ne comprends pas, et puis il donne une ordonnance... Je lui ai dit que le corps de ma fille chauffe, il ne l'a même pas regardée » (Fanta, 24 ans, venue soigner sa fille de six mois dans un centre de santé d'Abidjan ³).

« Les sages-femmes n'aiment pas trop avoir à faire aux primipares ; ce sont toujours des cas assez compliqués. Un jour j'ai fait un accouchement d'une primipare. La sage-femme titulaire était assise au bureau, mais elle me regardait de temps à temps. Il faut dire que c'était mon premier passage avec elle. Sinon, après, les titulaires te laissent faire sans te surveiller. Alors donc, pour cet accouchement, la dilatation avançait normalement, mais très lentement. Avec une fille de salle, j'essayais d'encourager la parturiente à pousser. Elle était très fatiguée et gémissait beaucoup. Ce qui agaçait la sage-femme qui me disait : "déchire la ! elles sont toutes comme ça, promptes à aller avec les hommes, jouissant de plaisir, mais incapables de se maîtriser face à la douleur, quelle honte ces enfants de maintenant !". On rigolait un peu en essayant de dédramatiser les propos de la sage-femme. Mais elle continuait à me dire de la déchirer. J'étais très inquiète car il y avait risque, si ça dure, d'étouffement pour l'enfant ; je me disais aussi que de toute façon, c'était la titulaire qui est responsable, donc qu'il fallait suivre son conseil. J'étais sur le point de le faire, j'avais dit à la fille de salle de me donner une lame, mais j'ai voulu encore attendre un peu. Et là, dans un dernier sursaut, la parturiente a poussé et l'expulsion a commencé. Tout s'est bien déroulé par la suite. J'étais soulagée. La sage-femme a dit à l'endroit de la parturiente "tu as de la chance, car si c'était moi qui t'accouchais, je t'aurais déchiré dès le début". » [FL, élève stagiaire, deuxième année sage-femme, ENSP, Niamey] ⁴.

Cette attitude contraste fortement avec la façon dont sont traités les « PAC » (parents, amis et connaissances), significativement appelés parfois les « passes » (pour passe-droit ?) :

« Les faveurs pour les collègues ou leurs enfants, c'est normal. Par exemple ils peuvent ne pas respecter la préséance ou je peux même

³ Extrait du chapitre de M. Koné sur Abidjan (in Jaffré & Olivier de Sardan, eds, 2002).

⁴ Extraits du chapitre de A. Souley (op. cit.).

leur donner des médicaments si j'en ai. L'agent peut même quitter son poste de travail pour aller accompagner son enfant dans un autre centre de soin mieux équipé. Mais on ne peut pas généraliser pour des gens qu'on connaît à peine. On ne peut faire des faveurs pour tout le monde qu'on connaît. Il ne faut donc pas exagérer.» [EM, responsable d'un CSI].

« S'agissant des faveurs, c'est normal que j'aide mon parent, que je le soigne sans qu'il paie. La chèvre mange là où elle est attachée » [TA, infirmière stagiaire dans un CSI].

« Les passes de certains d'entre nous, quand ils viennent en consultation, ils ne s'arrêtent pas pour au moins payer le carnet. Ils vont directement voir les soignants. Si je décidais de m'opposer au système de passe, nous ne nous entendrions pas ». [BI, percepteur dans un hôpital] ⁵.

Le malade « recommandé » est en effet, au contraire de l'utilisateur anonyme, particulièrement pris en charge : l'abandon de son poste par le soignant, pour guider son « passe » dans le parcours du combattant d'un centre de santé, n'est pas rare ; ce client privilégié n'aura pas droit qu'aux sourires et à diverses attentions, il aura aussi accès fréquemment à des consultations gratuites, ou à des médicaments gratuits.

On constate donc une alternance paradoxale de « déshumanisation » et de « sur-personnalisation », qui n'est pas propre à telle ou telle structure sanitaire ou à tel ou tel pays : cette alternance est un phénomène « systémique » ou « structurel », partout documenté dans les pays africains où nous avons fait des enquêtes ⁶. Certes un tel phénomène n'est pas ignoré en Europe. Mais il n'y prend pas de telles dimensions : les « passe-droits » existent, mais restent beaucoup plus

⁵ Extraits du chapitre de A. Souley (op. cit.); sur le cas particulier des maternités, et l'exécrable réputation des sages-femmes, cf. Olivier de Sardan, 2001.

⁶ Aux cinq pays en question, il faut ajouter le Burkina Faso (recherches de F. Ouattara), la Mauritanie (enquêtes de Y. Jaffré, J.P. Olivier de Sardan et A. Prual), la Centrafrique (recherches de B. Goma), le Bénin (recherches de N.Bako Arifari). On signalera également une des rares publications sur ce sujet, au titre significatif (« Why nurses abuse patients ? »), qui porte sur l'Afrique du Sud, et converge avec nos propres résultats : Jewkes, R., Naeemah, A. & Zodumo, M., 1998).

rares et plus discrets ; de même, on rencontrera aussi le mépris ou la négligence face à l'usager anonyme, mais sur un mode beaucoup moins généralisé. Certes, aussi, tous les patients anonymes ne sont pas mal traités en Afrique par tous les soignants. Il y a tout d'abord le cas des patients anonymes des classes sociales supérieures, dont la mise, la tenue, et le langage témoignent du statut.

Une enquête récente entreprise à Conakry par la Direction régionale de la santé de la ville de Conakry et l'association Entraide universitaire pour le développement sur 135 usagers, dans dix centres de santé, indique que 67,4 % des malades ont déclaré que l'on ne s'occupe pas aussi bien des gens moins riches et moins bien habillés que de ceux qui sont riches et bien habillés. Cette assertion a été confirmée par 62,5 % des soignants ⁷.

Mais ceci pourrait être tenu pour des exceptions qui confirment au contraire la règle ; l'attention réservée aux « riches » renverrait en effet soit à la cupidité des soignants, soit à une déférence envers les élites qui n'est que l'envers de leur indifférence envers les « gens de peu ». Il y a aussi, bien sûr des soignants « différents », en permanence attentifs ou sujets à la compassion, qui, pour faire bref, traitent toujours bien ou plutôt bien leurs patients anonymes. Cette minorité ne peut être oubliée, car on peut penser que toute réforme devra passer par eux.

Il y a enfin le fait que la majorité des soignants, tout en montrant le plus souvent une grande indifférence envers leurs patients anonymes, autrement dit en les « mal traitant » (socialement, mais aussi, souvent, médicalement), ne les traitent cependant pas toujours mal. Certains usagers « chanceux » échappent à la règle générale, et suscitent l'intérêt ou la pitié occasionnels du soignant. Le même infirmier qui revend frauduleusement aux malades les médicaments qu'il subtilise à la pharmacie et ne « regarde pas » ceux qui viennent en consultation va, un jour, sourire à une vieille femme démunie, lui donner gratuitement quelques comprimés, voire même lui remettre un peu d'argent de sa poche. L'anonyme peut donc bénéficier, comme en un

⁷ Sur un effectif de 40 soignants ; extrait du chapitre de Y. Diallo, in Jaffré & Olivier de Sardan (eds), 2002.

sens le mendiant, d'accès aléatoires de générosité ponctuelle de la part du professionnel de santé. Ceci permet sans doute à ce dernier de se déculpabiliser, et d'auto-légitimer son indifférence ordinaire : c'est du moins ce que les discours des soignants, qui mettent souvent en évidence leurs actes charitables épisodiques, laissent à penser. Mais le lot commun des malades sans « piston » et sans statut élevé visible reste bien de subir la négligence des soignants au minimum, leur mépris ou leur racket au pire. Pourquoi ?

Nous nous refuserons, pour répondre à cette question, à recourir à trois modèles explicatifs aussi simples qu'erronés, bien que le sens commun les invoque souvent. Le premier serait de dire que les personnels de santé africains seraient des monstres sans pitié et sans cœur ; or, en fait, dans la vie de tous les jours, ils sont en général de bons parents, d'agréables voisins ou d'excellents amis. Le second serait d'invoquer une soi-disant « culture africaine traditionnelle » ; or, l'accueil et l'écoute des guérisseurs « traditionnels » sont de bien meilleure qualité que ceux des personnels de santé, qui sont quant à eux nettement du côté de la « modernité » et non du côté de la « tradition ». Le troisième serait d'imputer ces comportements au « manque de moyens », au dénuement, au « sous développement » ; or, les centres de santé n'ont pas manqué de dotations en médicaments et en matériels systématiquement détournés, et rien ne témoigne d'une corrélation entre la « compassion » et le niveau d'équipement médical ou de salaire des personnels. En outre, il ne peut y avoir d'explication unique, standardisée, mono-causale. Nous suivrons ici une piste parmi différentes possibles, une piste disons plutôt structurelle, qui s'intéressera à l'histoire de la construction des bureaucraties africaines. Il en est d'autres, par exemple plus centrées sur l'individu, qui adopteront un point de vue mettons plutôt psychosociologique. Elles ne s'excluent pas.

Nous avons, dans un texte précédent, invoqué, à titre de modèle « exploratoire » (c'est-à-dire non explicatif, au sens fort du terme), le niveau des « normes pratiques », différentes par définition des normes officielles ou légitimes, avec en particulier deux composantes de ces « normes pratiques » : la « culture professionnelle locale » et la

« culture bureaucratique privatisée »⁸. Je voudrais ici tenter de faire progresser un peu plus l'analyse, en cherchant : (a) à comprendre comment s'est mise en place en Afrique de l'Ouest une « culture bureaucratique » spécifique, variante assez particulière de la culture bureaucratique française « classique » ; et (b) pourquoi le domaine de la santé, dont la culture professionnelle est en partie préservée en France des traits propres à la bureaucratie, est au contraire en Afrique modelé par les formes qu'y affecte celle-ci.

Notre hypothèse est qu'il n'y a pas en Afrique un modèle de la bureaucratie radicalement autonome, qui renverrait à une quelconque « culture traditionnelle », mais bien plutôt que, sur les bases mêmes de la bureaucratie classique, qui postule une rupture entre public et privé, source d'une « production d'indifférence », s'est opérée en Afrique une dérive historique particulière, héritée de la colonisation, puis accentuée dans la période post-coloniale, que l'histoire propre de la santé en Afrique a importée dans le champ des relations soignants-soignés. *A la « construction sociale de l'indifférence » typique de toute bureaucratie moderne, s'est donc superposée une « construction coloniale et post-coloniale du mépris et du privilège », qui a englobé le secteur de la santé, lequel a en outre secrété sa propre « construction médicale de l'indifférence ».*

La bureaucratie d'interface : le modèle classique et ses variantes

Nous examinerons successivement un axe structurel (la rupture instaurée par les normes bureaucratiques modernes) et un axe représentationnel (les stigmates populaires attachés à la bureaucratie d'interface).

La rupture bureaucratique

La bureaucratie moderne, qui est l'un des piliers principaux de l'État contemporain tel qu'il s'est développé en Europe au cours du 19^{ème} siècle en particulier, s'est construite par une rupture avec les modes de gestion antérieurs des affaires publiques, autrement dit avec l'État

⁸ Cf Olivier de Sardan, 2001.

d'Ancien Régime, caractérisé par des systèmes d'allégeance personnelle entre les dignitaires aristocratiques et politiques et leurs clientèles de commis, de suivants et d'hommes de confiance. La vénalité des charges, l'échange généralisé de « services » et le dévouement à un « maître » cèdent la place (peu à peu, car le processus fut long) à des procédures impersonnelles, à des recrutements sur diplôme, à un service de l'État⁹. La fameuse rationalité légale-bureaucratique théorisée par M. Weber ne relève pas tant d'une rationalité technique ou scientifique (qui remplacerait une gestion irrationnelle par une gestion éclairée : ce contresens a souvent été fait) que d'une *rationalité procédurale*, censée assurer un traitement égal et normalisé des « cas » (des dossiers) quels que soient ceux qui sont concernés. Cette rationalité procédurale se fonde sur une rupture forte (et nouvelle) entre la sphère privée et la sphère publique¹⁰. Le monde de la bureaucratie moderne, celui de la sphère publique en ses formes administratives, a désormais ses propres lois, en un sens opposées à celles qui régissent le monde « normal », extérieur, celui des relations quotidiennes, personnalisées, affectivées, socialisées. Ce monde bureaucratique a été le plus souvent appréhendé sous sa dimension institutionnelle, comme un « appareil »¹¹ ou comme une « organisation »¹², avec ses logiques internes, ses jeux de pouvoir, ses attributs systémiques. Mais ce sera sous une autre dimension, moins fréquemment prise en compte, qu'il sera surtout ici considéré, à savoir les relations qu'il entretient avec son environnement, et plus particulièrement avec les usagers. Ce que Lipsky (1980) a décrit comme « *street level bureaucracy* », nous l'appellerons « bureaucratie d'interface », pour souligner que c'est aux relations entre agents des services publics et usagers de ceux-ci que nous nous intéressons avant tout. Des secteurs entiers de la bureaucratie n'ont pas d'interface avec

⁹ Cf. Dreyfus, 2000.

¹⁰ Cf. Sennett, 1979, pour la construction de l'individu et de la sphère privée, qui est évidemment symétrique de la construction d'une sphère publique, et donc de la distinction des deux.

¹¹ L'expression d'« appareil d'état », venue d'Althusser, pourrait être reprise sans ses connotations excessivement « répressives ».

¹² L'analyse des bureaucraties est ainsi devenu un des thèmes chers à la sociologie des organisations (Crozier, 1963).

les usagers, de même que l'on peut parfaitement considérer le fonctionnement de la bureaucratie sans mettre au centre de l'analyse les relations entre les agents publics et les usagers. C'est au contraire notre choix que de focaliser le propos sur ces relations.

A cet égard, et pour reprendre le titre de l'ouvrage de Herzfeld (1992), si la bureaucratie est une vaste machine « produisant de l'indifférence », au sens général du terme (les dossiers sont traités de façon indifférente), la bureaucratie d'interface importe cette indifférence au cœur du rapport bureaucrate/citoyen, et transforme en quelque sorte l'indifférence structurelle en une indifférence comportementale. Le bureaucrate de guichet n'a en face de lui que des cas-types, il est censé n'avoir ni sentiments ni compassion, il applique un règlement, des instructions, des procédures. Pourtant, les comportements ordinaires du bureaucrate, dans la vie quotidienne, hors de son espace de travail, loin des normes qui définissent celui-ci, ne se distinguent en rien de ceux des autres citoyens : il aime les uns, déteste les autres, oscille entre bienséance et grossièreté, selon les rapports d'antipathie et de sympathie qui marquent ses rapports aux uns et aux autres. Dans un monde, celui de la bureaucratie, les normes sont le respect des procédures, et le traitement indifférent de tous, dans l'autre, celui de la vie sociale ordinaire, règnent au contraire les réseaux, les affinités, les liens de proximité, les différences permanentes de traitement à l'égard de tel ou tel.

Certes, ce modèle bureaucratique est d'ordre idéal-typique, et ne sert qu'à mesurer, en un sens, l'écart toujours existant entre la règle et la réalité. Certes, une coupure radicale et permanente entre le comportement public et le comportement privé est impossible. Cette coupure est toujours relative, il y a toujours des « passages », des « interférences », des « chevauchements ». Pour exprimer simultanément la nécessité de cette coupure et en même temps sa relativité, nous reprendrons une métaphore de Goffman ¹³: il y aurait entre le comportement privé et le comportement public une « membrane semi-perméable », qui, selon les acteurs ou selon les contextes, laisse plus ou moins passer du « privé » dans le « public ».

¹³ Cité par Emmett & Morgan, 1987, repris par Wright, 1994.

Nous pensons que cette métaphore peut être mobilisée avec profit pour tenter de comparer les bureaucraties d'interface africaines et les bureaucraties d'interface européennes. Sur la base de l'existence dans les deux cas d'une membrane semi-perméable entre privé et public, qui est la condition même d'existence d'une bureaucratie, la « membrane » filtre de façon différente en Afrique et en Europe, et elle ne filtre pas les mêmes choses. Ceci est évident si l'on se place maintenant sur un « axe représentationnel », afin de comparer les stéréotypes respectifs de la bureaucratie en Europe et en Afrique.

Bureaucratie européenne classique et bureaucraties africaines: les stéréotypes communs

Une longue tradition de dénonciation de la bureaucratie existe en Europe, à travers les écrits formels (presse, littérature, etc.) comme à travers la « petite tradition orale » (blagues, bavardages, « brèves de comptoir »). Courteline la symbolise bien. Le bureaucrate est décrit comme insensible, borné, tatillon, mettant en œuvre sans état d'âme et sans initiative des règlements abscons ou inadaptés. Le monde de la bureaucratie est « kafkaïen ». En Afrique, écrits formels comme « petite tradition orale » mettent en scène une bureaucratie insensible, incompétente, rapace, cupide, despotique, absentéiste, menteuse, paresseuse¹⁴.

On voit qu'autour d'un terme partagé (l'« insensibilité du bureaucrate »), les focalisations divergent. Du côté disons Européen, l'utilisateur est victime de l'application mécanique des procédures, du côté disons Africain il est confronté à l'insécurité et à l'arbitraire. Des deux cotés, il y a un facteur commun, l'indifférence - et donc une certaine forme de « déshumanisation » - mais cette indifférence se décline ensuite selon des lignes différentes, selon une logique de la productivité procédurale mécanique de type « égalitaire » d'un côté (Europe), selon une logique de l'improductivité et de l'arbitraire de l'autre (Afrique). Dans un cas, l'utilisateur est réduit à être un simple numéro, dans l'autre il est « mal » traité, voire traité « comme un animal ».

¹⁴ On se reportera entre autres au roman d'Achebe « Le démagogue », ou au film de Sembène Ousmane « Le mandat ».

Voilà pour le côté « imperméable » de la membrane : il ne laisse pas de place, ni dans un cas, ni dans l'autre, à une « personnalisation » des rapports, du moins pour l'utilisateur « anonyme », et produit une profonde « indifférence » à l'égard de cet utilisateur anonyme, indifférence typique de la sphère publique. C'est du fait que cette indifférence prend des caractéristiques assez spécifiques en Afrique qu'il faut rendre compte. Toutefois, auparavant, on peut se demander symétriquement ce qu'il en est du côté de la perméabilité.

On peut estimer que, en Europe, elle a longtemps été faible (modèle classique), mais que, depuis peu, au modèle classique s'ajoute (et, en partie, se substitue) un modèle « amélioré », qui « humanise » les comportements de la bureaucratie d'interface. Autrement dit, la membrane laisse désormais passer certains comportements qui viennent du privé, et qui tendent à considérer l'utilisateur comme un client et non plus comme un numéro. Mais ce n'est pas tant du monde privé individuel, relationnel ou domestique, que l'on s'inspire, que du monde privé des affaires.

Le service public, tant décrié, s'humanise en se modelant désormais peu à peu sur l'entreprise commerciale ¹⁵. D'autre part, ce processus est impulsé « d'en haut » (*top-down*), il relève d'une démarche managériale de type formel, il est contrôlé par l'encadrement. En Afrique, la perméabilité de la membrane est assez différente. Elle relève de l'informel, et correspond tantôt à une forte immixtion du monde privé individuel (sur-personnalisation), tantôt à une privatisation informelle interne du service public (corruption) ¹⁶.

¹⁵ Certes la métamorphose, si tant qu'elle doit aller à son terme, est loin d'être complète, et de solides secteurs de la bureaucratie d'interface classique subsistent ; la bureaucratie d'interface « humanisée » est loin d'avoir gagné la partie.

¹⁶ Ce terme est pris au sens large ; plus généralement, la corruption est inséparable de tout un ensemble de « dysfonctionnements internes » des services publics. On trouvera des descriptions et analyses documentées de ces phénomènes dans Blundo & Olivier de Sardan , eds, 2002, et Jaffré & Olivier de Sardan, eds, 2002.

Les spécificités des bureaucraties africaines: perspective historique

La référence aux régimes politiques africains pré-coloniaux comme « explication » de la situation très particulière de l'État africain en général, ou des administrations africaines en particulier ¹⁷, nous semble peu pertinente ¹⁸: *la bureaucratie moderne se crée partout en rupture avec les modes d'administrations antérieurs, et ce fut plus encore le cas en Afrique qu'en Europe.*

Certes, cette rupture fondatrice de la bureaucratie ne signifie pas pour autant la disparition pure et simple des modes de gestion antérieurs des affaires publiques : on assiste bien souvent à des formes d'« empilement » tant des pouvoirs successifs que de leurs appareils ¹⁹. Mais la bureaucratie moderne en tant que telle entend, selon ses propres normes, s'opposer à ces formes antérieures (rompre avec elles), même si dans les faits elle doit coexister malgré tout avec elles.

La bureaucratie comme création coloniale

C'est en fait une bureaucratie très particulière qui a été importée de toutes pièces en Afrique par le régime colonial ²⁰. Le fossé entre administrateurs et administrés, consubstantiel à l'édification de toute bureaucratie, y a en effet redoublé un fossé bien plus profond et radical entre Européens et « indigènes ». Le régime très exceptionnel

¹⁷ On confond trop vite l'Etat et ses administrations, ce qui cache en fait un manque d'intérêt pour l'administration (pourtant centrale pour toute étude empirique de l'Etat) et une fascination pour l'Etat, terme plus noble, mais aussi beaucoup plus flou et polysémique, souvent réduit à une « entité » abstraite.

¹⁸ Cet argument « culturaliste » irrecevable sous-tend en fait l'ouvrage de Chabal et Dalloz (1999), par ailleurs fort peu étayé empiriquement.

¹⁹ Cf. Bierschenk & Olivier de Sardan, 1998, en ce qui concerne le Bénin post-colonial.

²⁰ Le constat de cette évidente « importation » de la bureaucratie par la colonisation ne signifie pas ici adhésion à la thèse de Badie (1992) sur l'« Etat importé » et son extranéité fondamentale, qui nie les processus d'hybridation et d'appropriation de l'Etat occidental par les sociétés du Sud, processus qui nous semblent au contraire fondamentaux (nous rejoignons Bayard, 1989 et 1996, sur ce point), mais *insuffisamment documentés en leurs formes pratiques.*

et dérogatoire (au regard des normes mêmes de l'administration française) de l'indigénat, accordant des pouvoirs exorbitants aux « commandants de cercle », et privant de droits élémentaires les administrés, a en effet produit une bureaucratie certes « moderne » mais sous une version « coloniale » quelque peu monstrueuse, mélangeant un ensemble de traits issus du modèle classique importé (organigrammes, procédures officielles, écritures, rapports, etc.) et un autre ensemble de traits « inventés » par la situation coloniale et souvent en contradiction avec les précédents (d'où une schizophrénie dont on trouve diverses traces aujourd'hui) ²¹.

On se contentera de souligner les trois principaux d'entre eux : le despotisme, le « privilégisme », et le rôle des intermédiaires. Selon nous, ils expliquent encore une partie des comportements des bureaucraties africaines contemporaines.

Le despotisme colonial est bien documenté. Ses conséquences sur la construction de la bureaucratie coloniale le sont moins. Et pourtant, elles sont évidentes. L'ampleur du fossé entre bureaucrates et usagers « indigènes » ²², comme les dispositions du code de l'indigénat et les habitudes coloniales dominantes (racisme et paternalisme en proportions variables) ont introduit une très grande marge d'arbitraire et même de violence dans la rationalité procédurale de la bureaucratie classique métropolitaine officiellement importée « clé en main » dans les colonies ²³. Les conséquences à long terme sont importantes, dans

²¹ Si le régime de l'indigénat a été supprimé en 1945 grâce à l'action du Rassemblement Démocratique Africain, les comportements des bureaucrates européens et africains (dits « évolués ») n'en ont pas été pour autant modifiés d'un coup de baguette magique, d'autant que nulle politique volontariste de changement ne fut mise en oeuvre à ce niveau

²² Le terme même d'« usager » apparaît significativement comme un anachronisme fort, en ce qu'il supposerait que l'indigène administré aurait été le « bénéficiaire » d'un « service » effectué à son profit par le fonctionnaire européen... Selon Brunshwig (1983 : 24-25), les agents européens de l'administration, souvent peu compétents, semblent avoir été pour la plupart motivés par l'« appétit de puissance » et la « recherche de l'intérêt matériel ». Telles ou telles illustres ou moins illustres exceptions ne démentent pas cette tendance.

²³ Le contraste entre l'administration métropolitaine et l'administration coloniale a évidemment été déjà souligné, parfois d'ailleurs pour mettre en valeur l'administration coloniale : Delavignette oppose ainsi « l'administration impersonnelle, irresponsable, dépourvue de commandement » (1939 : 24) que l'on trouve en France et l'administration

la mesure où, au-delà du mépris souvent affiché de beaucoup de fonctionnaires européens pour leurs administrés, ce sont des générations d'auxiliaires et de « commis » africains qui ont appris auprès des colonisateurs à édifier une barrière entre eux-mêmes et les populations locales, à multiplier les signes de distinctions, à construire leur supériorité par l'affirmation de l'infériorité des autres, à « mal traiter » leurs « administrés », à user de l'arbitraire²⁴.

Avec l'indépendance, non seulement ces petits fonctionnaires africains accèderont aux responsabilités dans la continuité avec la machine administrative coloniale antérieure (prenant simplement la place des anciens maîtres européens du pays), mais en outre ils permettront, voire parfois favoriseront, la reproduction chez leurs subordonnés de cette « culture administrative » assez particulière héritée de la colonisation (au-delà bien sûr de diverses exceptions).

L'indifférence bureaucratique a ainsi pris, avec la bureaucratie coloniale, une forte coloration despotique²⁵ qu'elle n'a sans doute jamais perdue depuis. On peut dire cela autrement : *alors que, en Europe, la bureaucratie moderne s'est développée plus ou moins parallèlement avec l'émergence de la citoyenneté et de la démocratie, tout au long du 19^{ème} siècle, elle a au contraire, en Afrique, rimé depuis ses débuts (et jusqu'à aujourd'hui) avec l'inégalité, la violence et le mépris, en l'absence, y compris depuis les indépendances, de véritable tradition civique ou citoyenne égalitaire.* Une caractéristique collatérale doit être soulignée : alors qu'en Europe la bureaucratie s'est construite dans une relative autonomie par rapport au pouvoir exécutif, en Afrique, dès le pouvoir colonial et jusqu'à aujourd'hui, elle a été indissociable de l'arbitraire du pouvoir.

territoriale des colonies, dotée « d'un principe interne qui lui est propre : l'autorité personnelle de l'administrateur, et, en dernière analyse, la personnalité dans l'art de commander » (1939 : 27), qu'il estime être l'administration de l'avenir, « révolutionnaire et autoritaire » (id : 27).

²⁴ La défense par les personnels auxiliaires « indigènes » de leurs privilèges face aux populations a souvent été relevée (cf. Delavignette, 1939: 59).

²⁵ La notion de « despotisme », ici, ne signifie pas qu'il s'agissait d'un « système totalitaire » ou « tout-puissant » (l'administration coloniale était en fait souvent démunie et faible) mais renvoie aux interactions colonisateur/colonisé et à la « supériorité » statutaire du bureaucrate coloniale face à l'« indigène » ; ce « despotisme » pouvait d'ailleurs être « éclairé », et n'avait rien d'incompatible avec le paternalisme.

Le « privilégisme » (qui recouvre en partie le despotisme) renvoie directement aux innombrables « avantages de fonction » propres à la bureaucratie coloniale : au-delà des salaires doublés grâce aux indemnités, tout était dû aux administrateurs : le logement, la domesticité, les moyens de déplacements, les dons et présents en nature des populations, les services gratuits, les maîtresses. L'écart était d'autant plus grand par rapport aux fonctionnaires de la métropole que les cadres coloniaux avaient en général une formation nettement inférieure. Le seul fait d'avoir une fonction dans l'administration coloniale donnait accès à ces privilèges, indépendamment de la compétence ou du mérite.

Quant aux intermédiaires, ils furent indispensables au fonctionnement de la bureaucratie coloniale, dans la mesure où celle-ci a été caractérisée à la fois par une sous-administration chronique et par un décalage maximal entre les normes et usages locaux et les normes et règles officielles. Faute de ressources humaines, et faute de maîtrise des codes et usages locaux, les bureaucrates coloniaux ont non seulement toléré, mais aussi utilisé systématiquement diverses formes de sous-traitance, là encore loin des règles métropolitaines, faisant la part belle aux auxiliaires, supplétifs, chefs administratifs, courtiers et autres hommes de main ou de confiance.

Le « pluralisme des normes » si fréquent en Afrique ²⁶ y trouve sans doute sa source, sinon unique du moins principale, ainsi que la structure « schizophrénique » de l'administration, entre un formalisme procédural surtout rhétorique, scripturaire ou superficiel, et de multiples accommodements oraux négociés par des intermédiaires empressés et omniprésents ²⁷. Cette importance de la négociation et de l'intermédiation, qui se traduit par de multiples « arrangements », est sans doute à l'origine des premières formes de petite corruption

²⁶ Cf. Berry, 1993; Lund, 1998; Chauveau, Le Pape et Olivier de Sardan, 2001.

²⁷ La nécessité souvent soulignée pour l'administration coloniale de « composer » en fait avec les habitudes et coutumes locales, et donc ainsi *d'innover* par rapport à la rigidité du modèle métropolitain (cf. Delavignette, 1939: 123) passait par ces intermédiaires, ce qui aboutit à la *production* d'une forme originale et instable de bureaucratie.

quotidienne, qui sont apparues dès la période coloniale, certes au profit des chefs et de leurs auxiliaires, ainsi que des commis et de leurs supplétifs, mais aussi des fonctionnaires français en poste aux colonies.

« L'incompétence, la malhonnêteté souvent et l'impunité du personnel, le gaspillage du matériel ahurissaient les inspecteurs » venus de métropole pour évaluer l'administration coloniale (Brunschwig, 1983: 24)²⁸.

Legs colonial et innovations post-coloniales

Il est difficile de faire parfois la part entre le legs colonial (repris tel quel, rappelons-le, par les nouvelles élites arrivées au pouvoir lors des indépendances, elles-mêmes issues de la couche « indigène » des bureaucraties coloniales) et les variations ou innovations qui ont pris place de 1960 à nos jours. C'est le cas avec le clientélisme (d'affaire, de parti, de faction ou de voisinage), qui a certes prospéré depuis les indépendances, mais que la « situation coloniale » avait déjà largement encouragé.

La « passation de service » entre les anciens colonisateurs et les nouveaux régimes de parti unique s'est fait, on le sait, « en douceur », sans rupture²⁹. Une de ses caractéristiques a été de permettre une promotion ultra-accélérée des anciens « commis » de la colonisation, accédant du jour au lendemain à tous les hauts postes « coloniaux » du nouvel État, et donc, on l'a déjà souligné, au « droit » de pratiquer à leur tour le « despotisme » et le « privilégisme ».

²⁸ Brunschwig cite entre autres une circulaire du gouverneur de Guinée par intérim qui dénonce les « cadeaux » reçus par les fonctionnaires coloniaux, et leurs « abus d'autorité pour des achats à vil prix » (1983 : 23-24).

²⁹ Ceci a été souvent noté (cf. par exemple Tidjani Alou 2001b: 93). Les seules ruptures se feront (en Guinée, par exemple, ou dans une moindre mesure et plus tardivement au Bénin) par l'importation d'un modèle bureaucratique plus despotique encore, celui des pays dits « communistes ». Il est d'ailleurs significatif que, dans les deux premières décennies des indépendances et en période de guerre froide, même les régimes les plus pro-occidentaux aient emprunté aux pays de l'Est une certaine technologie politique (partis uniques, grands rituels politiques de masse, etc.).

Par exemple, l'expression d'une supériorité méprisante ou arrogante envers l'utilisateur, comme l'extension démesurée des avantages de fonction (formels et informels), hormis les salaires³⁰, ont été intégralement reprise par les fonctionnaires nationaux (eux-mêmes encore moins bien formés que leurs prédécesseurs) lors du passage à l'indépendance. Ces traits n'étaient-ils pas le signe d'un véritable « passage de témoin » ? Pouvait-on concevoir une fonction publique nationale souveraine qui n'ait pas droit au même respect, et donc aux mêmes avantages, que les maîtres d'hier ? De ce fait, le décrochage entre « privilèges » et compétences s'est encore renforcé. Les privilèges dus à la bureaucratie coloniale, loin de s'amenuiser, se sont même étendus à l'ensemble de la chaîne hiérarchique. Un tel mécanisme de « reconversion sur-classante »³¹ (ne prenant que peu en compte la compétence et l'expérience professionnelle) a en effet joué du haut en bas de la bureaucratie (autour de 1960, de même qu'un instituteur devenait ministre, une dactylo débutante devenait secrétaire de direction, ou un planton devenait policier, etc.). Par la suite, dans les trente premières années des indépendances, les entrées dans la fonction publique se sont certes faites sur la base de qualifications plus adaptées, mais toujours avec « sur-classement » quasi systématique, par rapport aux carrières habituelles dans les bureaucraties européennes (un diplômé bac + 3 frais émoulu accèdera directement à des fonctions réservées en Europe à un diplômé bac + 5 doté de dix années d'expérience professionnelle). Dans les administrations, un « ascenseur social » en surchauffe et totalement atypique s'est donc mis en place : il ne fonctionnait pas « aux salaires » officiels (ceux-ci restant extrêmement « sous-développés » en comparaison des homologues européens³²), mais « aux privilèges » (largement supérieurs à ceux des homologues européens) ; il était largement « décroché » tant des expériences professionnelles moyennes exigées en Europe que de la lente

³⁰ Comme les salaires restaient « locaux » et n'étaient pas alignés sur les anciens salaires coloniaux et leurs primes, le décalage entre la faiblesse des salaires officiels et l'ampleur des avantages et privilèges associés à une fonction s'est accru.

³¹ Selon l'expression de M. Tidjani Alou (1992).

³² Sauf dans les sociétés publiques ou semi-publiques.

progression typique de la bureaucratie classique ; et il ne donnait au titulaire d'un poste que les hochets du pouvoir ou les simulacres de la fonction, sans environnement fonctionnel. Ce système a fonctionné à plein jusqu'aux années 1990, créant une bureaucratie de parvenus, en même temps privilégiés et frustrés, et alimentant tant la morgue des grands « bureaucrates de pouvoir » face aux subordonnés que le mépris des petits « bureaucrates d'interface » face aux usagers.

Enfin, le rôle des intermédiaires n'a fait que croître, jusqu'à être de nos jours une des caractéristiques structurales des administrations africaines.

« Tous les services étudiés fonctionnent grâce à l'appui d'un personnel non-administratif, sans statut bien défini, parfois « bénévole » depuis une vingtaine d'années (...) Ces supplétifs ont, selon notre analyse, un triple rôle.

D'un côté ils jouent, semble-t-il, un rôle fonctionnel, en facilitant les démarches des usagers, voire les tâches du personnel : ils contribuent à l'accélération des procédures (au détriment toutefois des usagers qui n'ont pas eu recours à leurs services), ils peuvent protéger leur client, en cherchant à éviter la sanction ou à multiplier ses chances d'obtenir gain de cause ou de faire valoir ses droits, ils permettent aussi la personnalisation des démarches administratives, tout en rassurant le citoyen face à une administration imaginée toute-puissante.

D'un autre côté, ils reproduisent la « culture professionnelle locale », avec ses habitudes, ses tours de mains, sa « débrouille »... et ses combines (ils restent toujours là, alors que les fonctionnaires sont, eux, soumis à la valse des mutations), et constituent la « mémoire » du service. Et enfin ils accentuent l'« informalisation » du service public, brouillant encore plus les frontières entre l'administration et le petit business marchand, entre le service public et les services privés, entre l'informalisation autour de l'État et l'informalisation à l'intérieur de l'État. S'ils ne sont pas systématiquement des vecteurs de corruption, ils peuvent néanmoins contribuer à l'euphémisation et à la banalisation des pratiques illicites. » (Blundo & Olivier de Sardan, 2001).

D'autres traits du fonctionnement « réel » des administrations africaines sont sans doute d'introduction plus récente, au moins quant à leur échelle. Ainsi en est-il de la dilution de la chaîne hiérarchique, avec l'absence généralisée de sanctions (comme de promotions au mérite), et le « chacun-pour-soi-isme » systématique, qui sape tout travail d'équipe. On peut également ranger au nombre des innovations post-coloniales l'improductivité croissante des administrations et l'absentéisme chronique des personnels, la généralisation de la corruption, ou encore la multiplication de ces enclaves suppléant l'État dans nombre de ses fonctions que sont les « projets » de développement. On aboutit alors à une « double échelle des salaires », entre d'un côté le « secteur public officiel », et de l'autre soit le secteur privé ou le secteur para-étatique des institutions internationales ou des « projets », soit les avantages illégaux ou indus du « service public réel ».

Ces phénomènes convergent vers ce qu'on peut appeler la « privatisation informelle » de l'État africain, typique des années 1980-1990³³.

De ce fait, au lieu que les bureaucraties africaines, une fois l'indépendance venue, ne s'éloignent de la variante coloniale atypique pour se rapprocher du modèle européen (ce que prédisaient les théories de la modernisation), au contraire l'écart entre les bureaucraties africaines et européennes s'est accru, d'une certaine façon. Ceci est particulièrement évident pour les bureaucraties d'interface³⁴. *Au moment où, au sein des bureaucraties européennes, des politiques d'amélioration de la qualité du service se mettaient peu à peu en place, à partir des années 1980 et surtout 1990 (ces politiques sont cependant loin d'être encore passées partout dans les moeurs...), les bureaucraties africaines d'interface sont restées prisonnières d'un modèle colonial que les innovations post-coloniales ont plutôt*

³³ Sur ces diverses caractéristiques des administrations africaines, cf. le rapport des enquêtes menées sur la « petite corruption » (Blundo & Olivier de Sardan, eds, 2001) ; sur les rapports ambigus entre « projets » et Etat, cf. Tidjani Alou (1994).

³⁴ Une analyse des couches supérieures de la bureaucratie africaine serait évidemment différente et mettrait en évidence d'autres phénomènes (cf. pour le Niger Tidjani Alou, 2001:17-19 ;1996 :72).

contribué à empirer qu'à améliorer (du point de vue en tout cas des rapports avec les usagers).

Clientélisme, privilégisme, « chacun-pour-soi-isme », par exemple, ont convergé, au sein d'un environnement administratif de plus en plus dégradé, vers un mépris de plus en plus général de l'utilisateur anonyme, associé souvent à un « racket » aux dépens de ce dernier, forme la plus courante de la corruption et de la privatisation informelle dans la bureaucratie d'interface ³⁵.

Dans un tel contexte, la « sur-personnalisation » apparaît alors plutôt comme un mécanisme compensatoire, qui seul garantit qu'un service réel soit rendu à l'utilisateur, du moment qu'il est recommandé. La « perméabilité de la membrane » autoriserait ainsi une zone dérogatoire de fonctionnement personnalisé, par une importation épisodique dans la bureaucratie d'interface (le domaine du public méprisant) de relations « humaines » venues de l'extérieur (le domaine du privé chaleureux), ce qui permet tout à coup à une machine ordinairement inhumaine, prédatrice et dysfonctionnelle de devenir ponctuellement, pour un temps et pour quelqu'un, humaine, bienveillante et fonctionnelle. Cette membrane serait alors comme une soupape. Mais c'est un cercle vicieux qui s'instaure et s'élargit. Le sort peu engageant fait aux utilisateurs anonymes rend d'autant plus nécessaire la mobilisation des réseaux de faveurs, ce qui accroît encore plus les dysfonctionnements d'une bureaucratie d'interface improductive et démotivée. Les relations soignants-soignés n'échappent pas à ce cercle vicieux. Pourquoi ?

La santé, en Afrique, relève de la bureaucratie d'interface

En Europe, la bureaucratie d'interface, dans le domaine de la santé, semble se limiter à l'administration hospitalière. Les soignants, pour

³⁵ Certes, il a fallu, pour que cette culture bureaucratique commune aux administrations africaines puisse se reproduire quotidiennement, un environnement politique propice, en l'occurrence la crise générale de l'État en Afrique, voire sa déliquescence (Olivier de Sardan 2000), dont les principales causes sont bien connues : la quasi banqueroute des États et les multiples retards de salaires dans de nombreux pays, les divers effets pervers des politiques d'ajustement structurel, le caractère fictif des budgets, l'irresponsabilité des élites politiques et leur « politique du ventre », la corruption électorale généralisée.

leur part, ne sont en rien victimes des mêmes stéréotypes que les bureaucrates. Ils en semblent même à peu près complètement épargnés. Sans doute faut-il y voir une convergence de facteurs multiples :

- La figure du médecin s'est construite dans des relations personnalisées de proximité (médecin de campagne, médecin de famille) ;
- Le monde de la santé est associé à une forte tradition compassionnelle, à base religieuse (rôle des ordres monastiques), mais aussi laïque (cf. Croix Rouge) ;
- Le boom de la médecine hospitalière après la 2^{ème} guerre mondiale est indissociable d'un boom des équipements médicaux, qui donne à l'organisation bureaucratique du travail dans les hôpitaux la légitimité et la fonctionnalité d'une haute sophistication technique au service des malades quels qu'ils soient ;
- Depuis les années 60-70 la forte pression de mouvements d'opinion, de groupes de pression, voire de mouvements sociaux a entraîné une plus grande prise en compte du malade comme personne (*patient-centered medicine*), qui se traduit dans l'organisation même des services.

En Afrique, tous ces facteurs « favorables » sont absents, là encore en raison de l'histoire spécifique de la colonisation et des indépendances, tandis que d'autres facteurs jouent au contraire dans le sens d'une intégration des personnels de santé dans le lot commun des bureaucrates d'interface.

- La première forme de médecine fut, en Afrique, militaire, pendant longtemps, par son personnel mais aussi par ses méthodes, avec les services des « grandes endémies », les vaccinations de masse, les quarantaines obligatoires en cas d'épidémies, toutes activités à forte connotation despotique.
- Longtemps (et jusqu'à aujourd'hui dans certains pays comme le Niger), les soignants en contact avec la grande majorité de la population, et effectuant l'ensemble des actes médicaux de premier niveau, ont été des infirmiers, à la formation succincte, sans compétence ni moyens en termes de diagnostics tant soit peu

complexes, plus portés à des consultations standardisées et expéditives que les médecins.

- De même, le médecin de famille ou de campagne reste une figure encore largement inconnue.
- Par contre, le développement de la médecine moderne, après les indépendances, dans les années 1970-1990, s'est fait essentiellement autour des hôpitaux, donc sur un modèle très centralisé, mais sans que ceux-ci n'aient, de très loin, la technicité et la fonctionnalité correspondantes des hôpitaux du Nord. Dans la mesure où, en outre, les chefs de service fraîchement nommés se sont le plus souvent contentés des attributs et avantages de la fonction sans pouvoir ni vouloir investir dans la réforme ou l'amélioration du service, dans la gestion des personnels, dans la création d'une « culture de service », ou la constitution d'un pôle de compétence collective, ces hôpitaux ne sont plus que des structures bureaucratiques banalisées, dégradées et délégitimées³⁶.
- La concurrence importante d'autres prestataires de soins, en particulier hors du secteur biomédical (« pharmacies par terre », automédication « traditionnelle » ou « néo-traditionnelle », guérisseurs, marabouts et religieux, « médecine chinoise »), renforce l'agressivité des personnels de santé les moins formés et à la légitimité la moins assise.
- Les recrutements massifs des années 1970-1980, avant les crises de l'État et les ajustements structurels, se sont fait le plus souvent dans le cadre de système d'orientation autoritaires, où la notion de « vocation » n'avait guère de sens. Après les crises, dans le contexte actuel de menace omniprésente du chômage, l'entrée dans une école d'infirmiers n'est de même qu'un moyen parmi d'autre d'obtenir un emploi comme un autre.

D'autres éléments entrent aussi en ligne de compte pour expliquer à quel point le soignant en Afrique se comporte comme un bureaucrate

³⁶ Cependant le bilan des structures de santé « communautaires » mises en place en particulier au Mali (CSCOM) ou en Côte d'Ivoire (FSUCOM) reste à faire. Malgré certains progrès indéniables ici ou là, il ne semble pas pour le moment de nature à remettre en cause le tableau général.

ordinaire. Le pouvoir du soignant y redouble le pouvoir du fonctionnaire, et augmente encore le fossé entre le bureaucrate post-colonial et l'usager anonyme, et ceci d'autant plus que les contre-pouvoirs font presque complètement défaut (pas de canaux d'expressions de l'opinion publique, pas de groupes de pression associatifs puissants, ni de mouvements de consommateurs ou de malades ³⁷, aucune presse d'information et d'enquête, absence de journaux télévisés dignes de ce nom). Il n'y a guère que dans les villages dotés d'un dispensaire où le poids du voisinage et des réseaux d'interconnaissance sert de contrepoids au pouvoir de l'infirmier et fait que celui-ci, bien souvent, a un comportement social « normal », non despotique ou méprisant dans ses relations avec ses malades ³⁸.

Un autre facteur aggravant est l'importance du décalage entre la formation très académique voire scolaire des soignants (médecins, infirmiers, sages-femmes) et les conditions d'exercice du métier ensuite, qui sont sans rapports avec ce qui a été appris. Le monde réel des soins en Afrique, fait de dénuement en termes de matériel et de médicaments, parsemé de malentendus avec les malades, soumis à d'incessantes pressions de l'entourage ou des pouvoirs, et où des « cultures professionnelles locales » à base de « combines » et de « débrouilles » diverses se sont mises en place, n'a rien à voir avec le monde des cours et des manuels.

Face à ce « choc de la réalité », générateur de frustrations profondes, bien des soignants baissent les bras, ou simplement se protègent (contre la situation, contre l'impuissance, contre aussi la souffrance et la mort des autres), par la mise en place de barrières psychologiques ou comportementales entre les malades et eux-mêmes. On pourrait donc parler d'une « construction médicale de l'indifférence », nécessaire à la survie des soignants dans un environnement particulièrement difficile auquel ils n'ont pas été préparés. Cette indifférence du soignant se confond alors avec l'indifférence du

³⁷ A l'exception des familles de drépanocytaires et, plus récemment, des porteurs du VIH : mais ces associations restent confidentielles.

³⁸ Les centres de santé confessionnels, si on s'en tient en tout cas à la réputation bien meilleure que celle du secteur public qui est la leur, semblent aussi échapper à la condamnation générale.

bureaucrate, quand elle ne s'y ajoute pas. De plus, les soignants vivent un permanent conflit d'intérêt entre un environnement social et familial qui fait pression pour qu'ils « profitent » au maximum de leur fonction et de ses privilèges, et surtout en fassent bénéficier leur entourage, d'un côté, et de l'autre côté un milieu médical non stimulant, non coopératif, non animé, non dirigé, non productif. Un autre facteur est sans doute le fait que les syndicats des personnels de santé aient abandonné tout souci d'amélioration de la qualité du service fourni, et soient devenus des fiefs corporatistes centrés sur la seule défense des avantages ou des privilèges catégoriels, prêts à y sacrifier sans hésiter la vie des malades comme en témoigne les nombreuses grèves sans service minimum qui ont eu lieu partout en Afrique.

Enfin, dans la santé, la privatisation informelle de l'administration, évoquée plus haut, prend des formes parfois paroxystiques. Le « siphonnage » du public par le privé y atteint des sommets, que ce soit avec la « fuite » des matériels des hôpitaux vers les cliniques, avec les détournements massifs de médicaments, avec l'absentéisme au travail au profit de consultations en ville ou le détournement de clientèle, etc. Certaines formes de siphonnage existent certes en Europe, parfois officialisées ou tolérées (cf. 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.

Conclusion

C'est le « manque de moyens » qui est très généralement invoqué par les professionnels de santé pour « justifier » l'état délabré des centres de santé et la mauvaise qualité du service fourni. Cette variable doit certes être prise en compte, mais elle est loin d'expliquer à elle seule les comportements des personnels soignants face aux usagers anonymes. Quand les matériels sont là, ils sont drainés vers le privé, ou ne sont pas entretenus. Quand les dotations de médicaments arrivent, elles sont appropriées par les personnels et revendues par eux. Une autre explication souvent invoquée dans les milieux de la santé est le « manque de formation ». D'où la pléthore de formations de tous ordres et en tous genres, qui n'ont guère d'impacts sur les

attitudes « en situation réelle », et ont surtout pour effet de distribuer des *per diem* aux personnels et de désorganiser encore un peu plus les services.

Parfois les remèdes sont, en ce domaine, pires que le mal, du fait de nombreux effets pervers. Les nombreuses formations en santé publique, la multiplicité des « projets » verticaux, et la diffusion incessante de fiches et registres épidémiologiques de toutes sortes à remplir ont ainsi concouru involontairement à renforcer ces dernières années la dominante bureaucratique dans les centres de soins en Afrique.

Dans un autre domaine, la diffusion, pour d'excellentes raisons, des schémas « plaintes-traitements », destinés à favoriser de meilleurs dépistages et diagnostics dans des conditions où les examens de laboratoire font défaut, a sans doute renforcé également une approche bureaucratique de la consultation. *Or, dans les conditions actuelles, toute amélioration de la qualité des soins pour le patient anonyme exige sans doute une dé-bureaucratization plutôt qu'une sur-bureaucratization.*

Du côté des malades, des stratégies de « débrouille » (*coping strategies*) liées à la personnalisation se sont depuis longtemps mises en places pour éviter le sort peu enviable du patient anonyme³⁹:

- la fréquentation des seuls centres de soins où l'on a « une connaissance », ou de centres confessionnels ;
- la construction progressive de relations personnelles avec un soignant au départ inconnu ;
- pour ceux qui en ont les moyens, la « corruption » (qui, au-delà de l'aspect monétaire, « crée » de la relation).

Mais que peut-on faire du côté des personnels de santé et des systèmes de santé ? Comment, autour des personnels réformateurs (il y en a, mais souvent isolés, découragés), peut-on bâtir une nouvelle conscience professionnelle dans les services, une nouvelle « éthique pratique » en situation réelle ? L'analyse du socio-anthropologue ne peut hélas pas aller au-delà de cette question. Mais il est prêt à

³⁹ Cf. Jaffré et Olivier de Sardan (eds), 2002.

collaborer avec les soignants comme les soignés pour, ensemble, y chercher des réponses.

Références

- Badie, B. *L'Etat importé*, Paris: Fayard 1992 :
- Bayart, J.F. 1989 *L'Etat en Afrique. La politique du ventre*, Paris: Fayard
- Bayart, J.F. (ed.) 1996 *La greffe de l'Etat*, Paris: Karthala
- Berry, S. 1993 *No condition is permanent. The social dynamics of agrarian change in Sub-Saharan Africa*, Madison: University of Wisconsin Press
- Bierschenk, T. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) 1998 *Les pouvoirs aux villages: le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, Paris: Karthala
- Blundo, G. et Olivier de Sardan, J.P. 2001 La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest, *Politique Africaine*, 83: 8-37
- Blundo, G. et Olivier de Sardan, J.P. (eds) 2002 *La corruption au quotidien en Afrique de l'Ouest. Approche socio-anthropologique comparative (Bénin, Niger, Sénégal)*, Marseille: ms
- Brunschwig, H. 1983 *Noirs et Blancs dans l'Afrique noire française*, Paris : Flammarion
- Chabal, P. & Dalloz, J.P. (eds) 1999 *L'Afrique est partie ! Du désordre comme instrument politique*, Paris: Economica
- Chauveau, J.P., Le Pape, M. & Olivier de Sardan, J.P. 2001 La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique, in Winter (ed):
- Crozier, M. 1963 *Le phénomène bureaucratique*, Paris: Seuil
- Delavignette 1939 *Les vrais chefs de l'empire*, Paris : Gallimard
- Dreyfus, F. 2000 *L'invention de la bureaucratie. Servir l'état en France, en Grande Bretagne et aux Etats Unis (18ème-20ème siècle)*, Paris: Editions La Découverte
- Emmett, I. & Morgan, D. 1987 Max Gluckman and the Manchester shop-floor ethnographies, in Frankenberg (ed)
- Frankenberg, R. (ed) 1987 *Custom and conflict in British society*, Manchester: Manchester University Press

- Herzfeld, M. 1992 *Production of indifference. Exploring the symbolic roots of Western bureaucracy*, Chicago : The University of Chicago Press
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) 2002 Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique. Enquêtes sur l'accès aux soins dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Marseille: ms
- Jewkes, R., Naeemah, A. & Zodumo, M. 1998 Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services, *Social Science and Medicine*, 47 (11): 1781-1795
- Lipsky, M. 1980 *Street-level bureaucracy: dilemma of the individual in public services*, New-York: Russel-Sage Foundation
- Lund, C. 1998 *Law, power and politics in Niger*, Hamburg: Lit Verlag
- Olivier de Sardan, J.P. 2000 Dramatique déliquescence des Etats en Afrique, *Le Monde Diplomatique*: 12-13
- Olivier de Sardan, J.P. 2001 La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest, *Autrepart*, 20: 61-73
- Sennet, R. 1979 *Les tyrannies de l'intimité*, Paris : Seuil
- Tidjani Alou, M. 1992 Les politiques de formation en Afrique francophone. Ecole, Etat et société au Niger, Bordeaux: Université de Bordeaux I
- Tidjani Alou, M 1994 Les projets de développement sanitaire face à l'administration publique au Niger, *Santé Publique* (4): 381-382
- Tidjani Alou, M. 2001 Globalisation: l'Etat africain en question, *Afrique contemporaine*, n° spécial décentralisation
- Winter, G. (ed) 2001 *Inégalités et politiques publiques en Afrique. Pluralité des normes et jeux d'acteurs*, Paris: Karthala
- Wright, S. 1994 *The anthropology of organisations*, London: Routledge
- Wright, S. 1994 "Culture" in anthropology and organisational studies, in Wright (ed)

Trop proche ou trop lointain la construction de la relation entre soignants et soignés dans un service d'hémo-oncologie au Mali¹

Yannick Jaffré*

Résumé : Des analyses précédemment effectuées ont permis de repérer un ensemble de dysfonctionnements des services de santé notamment obstétricaux. Comparativement, l'étude un service d'hémo-oncologie met en relief les difficultés sociales et psychologiques ressenties par les soignants dans l'exercice de leurs activités de soins. Une anthropologie des sensibilités permet d'aborder quelques aspects de cette intériorité des personnels soignants.

Mots clés : annonce du diagnostic, la mort, le travail sentimental.

Au quotidien des soins, les dysfonctionnements de nombreux services de santé, et notamment en Afrique de l'Ouest où se situent nos études², se manifestent par des manquements déontologiques, une mauvaise qualité de la prise en charge particulièrement lorsque le malade est un "inconnu", des pratiques de corruption, et parfois de véritables violences exercées à l'encontre des patients et des parturientes.

Cette situation incite à des analyses, et éventuellement à des interventions complémentaires, de niveaux différents. Un large travail de santé publique peut, par exemple, s'attacher à améliorer les principaux déterminants "macro-sociaux" du fonctionnement du

* Anthropologue, EHESS (Marseille)

¹ Nous remercions le Pr. D. Diallo qui a autorisé et encouragé ce travail mené dans son service.

² Sur cette question nous renvoyons à Jaffré (1999) et à Jaffré & Olivier de Sardan (à paraître)

système de santé et tenter de résoudre ainsi les problèmes cruciaux de la disponibilité des médicaments ou le montant et la régularité du versement des salaires des soignants, etc.

Une approche socio-politique peut, quant à elle, recenser et étudier les soubassements historiques et sociaux communs aux domaines de la santé et à d'autres administrations (Olivier de Sardan 2001). En ces divers secteurs, des normes pratiques, souvent délictueuses, empêchent la construction d'un espace public dont la définition se situe entre une arène conflictuelle (Bierschenk & alii 1998) et une sorte d'instance communicationnelle (Habermas 1986) incitant chacun à respecter des impératifs catégoriques sociaux régis par diverses valeurs - religieuses, politiques, etc. - acceptées par tous. Permettant, un partage de référents communs "transcendants", qu'un auteur comme Taylors (1998) nomme des *inescapable frameworks*, et qui évoquent selon Ricœur "une universalité concrète" (2001).

Mais cette pâte sociale est façonnée par des conduites précises. C'est pourquoi, en aval de ces questions, il faut aussi rendre compte des multiples manières dont ces déterminations "lourdes", induisent certaines spécificités de la situation des personnels de santé, et comment ces particularités objectives et sociales s'articulent avec des conduites singulières, modelant ainsi les "psychologies" des personnels, et les interactions entre soignants et soignés. Nous avons traité cette question par ailleurs³. C'est pourquoi nous ne ferons que résumer brièvement, en trois points, ces "principes d'organisation qui structurent les événements", ces cadres discrets (Goffman 1991 : 19), mais combien contraignants des relations de soins.

Tout d'abord, certaines conduites des personnels de santé peuvent s'expliquer par des effets de "routine" : la répétition des tâches annihile l'aspect humain de la rencontre avec une personne malade. Des vies se côtoient sans pouvoir se comprendre, et ce qui est un événement particulier pour les patients n'est qu'une indistincte répétition pour les soignants. Pour le dire simplement, un accouchement n'a pas le même sens pour une parturiente qui attend

³ Pour un développement de ces questions, nous renvoyons une nouvelle fois à Jaffré & Olivier de Sardan (2002)

son enfant et pour une sage-femme qui "en est à son troisième dans la nuit". Le nombre de malades pris en charge érode la sensibilité des soignants et transforme l'accompagnement médical en un geste privé de sens. Au fil des gardes, les espoirs et les malheurs singuliers disparaissent alors sous quelques termes techniques – « *c'est un siège, une éclampsie, etc.* » – écrivant ainsi une sorte de dramaturgie sans personnages.

D'autres conduites naissent dans les plis d'environnements techniques défectueux empêchant que concordent les normes théoriques plus ou moins transmises lors de la formation et ce que l'on peut effectivement faire dans sa pratique. Dans les pays en voie de développement, la socialisation dans un corps professionnel est bien souvent une rencontre décevante avec la pauvreté des moyens dont on dispose pour travailler (Mebtoul 1994). Ces constants écarts entre des connaissances théoriques et des contextes professionnels qui, lors de la formation initiale, définirent idéalement le « métier » et les possibilités pratiques de soigner désagrègent les constituants d'une identité professionnelle (vocation valorisante, efficacité, etc.).

De même, les conditions économiques des soignants, en empêchant le suivi des traitements, attentent à la cohérence des soins et conduisent à une sorte de régulière dislocation du travail thérapeutique. Alors, comme on ne peut remédier, seul, aux manques de moyens des malades, « débiter dans la carrière » consiste aussi à apprendre à renoncer à compatir pour tous.

Enfin un autre faisceau de causes correspond aux conflits entre les différents mondes sociaux des personnels de santé, clivant l'acteur entre des normes professionnelles et socio-familiales. Une nouvelle fois, disons les choses rapidement et abruptement. La plupart du temps, réussir ses études c'est devoir rembourser ceux qui vous ont aidé et c'est aussi être dans l'obligation de « tenir » socialement sa place. Littéralement, devenir « quelqu'un », c'est « être capable » de

redistribuer largement. Bref, réussir est souvent synonyme d'entrer dans un cycle de dettes et d'inassouvissables demandes⁴.

Ce n'est ainsi que brosser à très grands traits le tableau de la situation sociale des personnels de santé. Tout est à nuancer. Certains échappent à ces contraintes, d'autres s'en jouent. Certes. Mais il suffit de conjuguer ces pratiques désenchantées avec les obligations pécuniaires et sociales des soignants et l'impossibilité de prendre seul en charge « toute la misère du monde », pour comprendre, en dehors de tout jugement moral, bien des conduites de corruption ou d'attention sélective envers certains malades : parents ou nantis. Les soignants ne sont pas « ontologiquement méchants », mais au centre d'un jeu de forces contradictoires.

Mais poursuivons. Ces travaux, très brièvement résumés, visaient à constituer un ensemble d'hypothèses explicatives de ce qui nous apparaît comme étant un déficit déontologique et à expliquer les conduites aléatoires, particulières et ponctuelles des personnels de santé envers les patients. Ce faisceau d'hypothèses et de conceptualisations légères, construites, soulignons-le, pour expliquer ce qui ne fonctionne pas, permet une première approche des interactions entre populations et services de santé. Mais nos travaux sont limités de trois manières.

Tout d'abord, ils proviennent de l'étude d'un secteur particulier de l'institution de soin : des services où l'accouchement et ses risques construisent une interaction régie par l'urgence. Banalité, mais qu'il faut souligner, cette modalité de la rencontre laisse peu de place à l'instauration d'une relation lente et humaine. L'obstétrique, ses contraintes et ses rythmes spécifiques, n'est qu'un des espaces du système de santé et il faut se garder de trop vite conclure. Les différences sont, en effet, importantes entre des services prenant en charge des malades chroniques avec qui, au décours de longs

⁴ De semblables remarques ont été proposées par Agier, Copans et Morice montrant que les travailleurs africains des secteurs modernes se trouvent à l'intersection conflictuelle des logiques de production économique et de reproduction de leur groupe social (1987)

traitements, s'établit une relation, et d'autres au sein desquels le malade reste anonyme.

Le service que nous allons présenter dans cet article, au contraire des précédents « terrains », traite des pathologies tristement régulières. Le savoir médical anticipe leur évolution et les protocoles thérapeutiques peuvent être indiqués à des malades qui, loin d'être passifs, sont les acteurs de leurs traitements.

Ensuite, en essayant de comprendre comment des facteurs sociaux déterminent les jeux des acteurs, nous sommes restés en marge. Non pas de l'étude, mais de ce que pouvaient éprouver les soignants eux-mêmes. C'est pourquoi, nous déplacerons maintenant notre regard afin de reconstituer les points de vue de ces acteurs. Simplement dit, nous tenterons de nous mettre à la place⁵ des soignants dans leur travail de « gestion » de la maladie. De comprendre ce qui les « touche » et comment ils « ressentent » les événements qui sont consubstantiels et spécifiques à leur travail de soins.

Nous souhaitons ainsi compléter la description d'un service, lui donner un peu de l'épaisseur (Geertz 1998) des subjectivités des acteurs. Compléter l'étude des interactions que l'on peut y observer par l'évocation des « vécus » et des affects ressentis par les personnels. Bien qu'elle oriente nos actes, cette chair relationnelle échappe souvent à nos analyses. Et pourtant, ces impressions confusément ressenties construisent le canevas discret mais contraignant de nos conduites. Qu'il nous suffise d'évoquer ces portraits qu'évoquent implicitement quelques rapports d'enquêtes : *Un gynécologue semble aigri, il quitte la salle ; je sentais chez eux une résistance à se plier à des schémas standards ; les constantes doivent être reportées sur les dossiers il s'agit de la responsabilité des personnes responsables ; le délégué est très motivé ; j'étais satisfaite par l'ambiance de confiance dans laquelle s'est déroulée l'audit et le sérieux des gens.*

Ces mouvements affectifs des acteurs - l'inscription d'un sentiment sur un visage, un silence pesant, le refus de dire, l'agacement involontaire... - ne se disent qu'à fleur de corps et d'actions. Ils restent

⁵ C'est là une des "ficelles du métier" selon Becker (2002)

« en creux » dans nos études. Ils sont parfois décrits dans les observations, mais rarement analysés comme des éléments constitutifs de la situation. Ces éléments discrets, ces mouvements psychologiques expriment pourtant mieux que de longs discours, les diverses modalités des conduites et des réactions des personnels de santé. Mais ils résistent à une explication précise de leur sens⁶. Cependant, comment exclure de nos études ces sentiments et ces affects parfois sans paroles : un regard, un interne qui soutient doucement une malade, une main plus douce et ferme sur un bras... C'est en ces positions subjectives et en ces conduites des soignants, que réside une médecine que l'on souhaiterait « plus humaine ».

Enfin, on ne peut espérer initier un dialogue avec les personnels de santé, en traitant uniquement de facteurs externes à leur pratique de soin. Il faut que nos mots trouvent ancrage dans les leurs, abordent les zones d'ombre de leurs comportements et prennent la mesure de cet espace sécant d'une subjectivité qui à la fois résulte d'une situation particulière mais tout autant la crée, ou *a minima* tend à la reproduire.

Bref, il s'agit de comprendre en usant d'une sociologie « à visage humain » qui comme celle de Strauss ne regimbe pas à parler de « conscience » (1992), ou d'une « sémantique sociale » au sens où l'entend Jacques Berque (1964 : 180)

Elle s'attacherait à l'étude des modes et des degrés de la signification sociale dans une vie de groupe. Comme nous vivons les sociétés du dedans, le subjectivisme conventionnel des morales, des affabulations et auto-interprétations collectives a suscité, comme une juste réaction, l'idée de traiter les faits sociaux comme des choses. (...) mais une sociologie intégrale devrait porter à la fois sur ce que l'on pourrait appeler l'ordre sémantique et sur l'ordre fonctionnel d'une société.

Le second est plus familier à nos recherches, car nous pouvons y suivre plus sûrement le contour d'objets et le jeu de facteurs matériels,

⁶ Et pourtant, Laé, souligne, par exemple combien "éprouver est une fonction de connaissance" (2002 : 249)

avec les déterminations plus ou moins subtiles qui les animent. (...) Au contraire, les significations sociales, même objectivées en opinions et en croyances, participent toutes de l'insaisissabilité du subjectif, et la pensée même qui cherche à les définir interfère aussitôt avec leur réalité (...). Ce sur quoi je voudrais insister, c'est sur la délicatesse, la variété et l'étagement des rapports qui unissent l'ordre sémantique à l'ordre fonctionnel d'une vie de groupe. (...) Ainsi, l'idée d'une sémantique sociale doit être défendue sur deux fronts : contre un formalisme contempteur de l'historique et contre un déterminisme oublieux du rôle des signes.

C'est ce feuilleté délicat des gestes, des sentiments et des contraintes objectives que nous allons maintenant tenter de décrire.

Un « bon » mais douloureux service

L'anthropologue se complait parfois dans une attitude aisément critique. Certes, dire ce qui fût oublié ou aurait dû être fait, est utile. Méfions-nous cependant d'être comme des pompiers n'arrivant qu'après le feu et de ne construire nos analyses que sous les confortables auspices du négatif et de la rhétorique de la dénonciation. Afin de rompre avec cette posture, trop aisément mais parfois inutilement productive, nous avons décidé de travailler dans un bon service et de comprendre les liens qui, malgré les difficultés, s'y tissaient entre personnels et malades. Décrire plutôt le positif en espérant qu'il soit transposable, et ses méthodes, par d'autres, utilisables.

Nous avons donc étudié les interactions entre soignants et soignés dans le service d'hématologie-oncologie médicale de l'hôpital du Point G au Mali. Plus que d'autres, cette structure occupe une position délicate puisqu'elle doit dispenser des traitements hautement spécialisés dans un environnement inapproprié et un contexte économique défavorable. Créé en juin 1998, ce service dispose actuellement de 24 lits (6 en première catégorie et 18 en deuxième catégorie). La demande est dominée par la drépanocytose, et, en oncologie, cette unité assure la prise en charge des leucémies et des

tumeurs solides. Deux médecins, un pharmacien biologiste, six infirmiers, 4 aides soignants, quatre manœuvres, deux bénévoles et des internes assurent les soins. Mais décrivons ce qui se joue sous cet organigramme.

Un service entre mots et silences

Pour nous, au début, c'était un terrain bien peu jalonné d'hypothèses. Nous ne savions pas vraiment ce que nous cherchions. Peut-être simplement à dire l'écart entre ce que nous décrivions régulièrement sous la rubrique des « stratégies » et des "jeux d'acteurs" et ce que nous ressentions parfois comme des attitudes plus complexes, mêlant indissociablement de la rudesse à de la commisération. Nous souhaitions comprendre aussi les rires et les plaisanteries, que nous entendions et que n'incluons jamais dans nos réflexions. Cette vie, malgré tout...

Tous ces événements « de faible intensité » (Paul Veyne) qui déterminent la qualité humaine d'un service et qui créent cette ambiance particulière des hôpitaux d'Afrique.

Au début, étudier c'était donc plutôt déambuler. Des couloirs. Des salles, fermées pendant les soins. Ouvertes pour être rafraîchies et laissant alors apparaître des malades en contre-jour.

Quand on traîne ainsi avec son magnétophone, à la recherche de quelques entretiens, ce qui frappe ce sont les regards, et les corps repliés, arc-boutés à la douleur. Comme le dit le Major : *l'oncologie c'est la douleur*.

Ici, le vif de la maladie empêche souvent de parler, et l'unité du service est striée par ces personnes qui souffrent physiquement, ou affectivement, et se retirent sans doute en leurs souvenirs et leurs craintes. Les interactions thérapeutiques et langagières sont orientées par ces « points silencieux » et à la différence de l'anthropologue qui recueille des discours, les soignants sont confrontés à ces personnes qui ne souhaitent ou ne peuvent rien dire, mais qu'ils ont à traiter. Mais si l'essentiel reste enclos, l'expression de la douleur et des

craintes est cependant, tout au moins lorsqu'elle est maîtrisable⁷, régie par certains codes qui permettent de construire un rapport, à soi et aux autres, acceptable.

Ce " style convenable de rapport à la maladie" (Strauss 1992) qui permet le maintien d'une image idéale de soi et d'obtenir une attention respectueuse des soignants est fait de distance et d'ironie. « Les larmes d'un homme coulent à l'intérieur de son corps », dit-on. De fait, même lorsqu'ils expriment l'impuissance (*monè kasi*), les pleurs sont « rentrés » (*kòndona kasi*, lit. intérieur/pleurs) et les propos souvent une façon de se « distancier » de sa vie, de s'en moquer (*nyagarilabo*).

Discours amers et tendres, résignés parfois, mais à la fin seulement, puisque l'on se bat pour survivre. Il n'y a pas de fatalisme. Seulement des vies qui se savent de peu et qui doivent s'adapter à la rugosité de la situation, comme ce malade qui en plaisantant sur son dénuement, nous dit " *ma famille est loin, je ne peux pas manger*", ou cet interne crûment pragmatique : " *une dame est morte après avoir épuisé sa famille, et pourtant elle est morte*". Comme s'il fallait de soi-même savoir renoncer à un traitement inutile, dès lors qu'il grève le budget familial⁸.

Mais être inquiet c'est aussi questionner. Ici, comme ailleurs les soignants ne répondent qu'avec parcimonie. Certains malades renoncent. " *Je n'ai pas interrogé parce qu'ils ne disent rien*", disent-ils souvent. Mais partout l'incertitude tenaille. " *Je voudrais savoir comment cette maladie va guérir*", dit un autre patient. Non pas "évoluer", mais " *va guérir*", comme une façon de contraindre la réponse à donner de l'espoir.

Ces silences et ces secrets maintenus par les personnels correspondent bien sûr à l'exercice d'un pouvoir et les abus en ce

⁷ Le seuil "acceptable" de douleur est lui aussi, en partie, un construit social induisant sans doute certaines inscriptions neurologiques (Cf. Changeux & Connes 1989)

⁸ Des sortes de "suicides altruistes" sont parfois choisis par des malades qui renoncent à se soigner pour ne pas appauvrir leurs familles.

domaine sont fréquents. Mais ils dévoilent aussi l'impuissance des équipes - manque de produits, de moyens - pour confirmer le diagnostic ou entreprendre un traitement. Comme le souligne un infirmier : *"Je suis toujours touché. Le problème c'est la prise en charge. Le traitement commence, il n'y a pas de régularité, ça fait mal. On ne peut pas dire au malade qu'il va guérir, mais le malade pourrait avoir une rémission. On ne peut faire que ce que nous pouvons"*.

Entre soignants et malades s'échange parfois un pouvoir de peu et, par manque d'argent, on ne croit pas plus au suivi de sa prescription qu'à son pouvoir d'acheter son traitement. Comme le dit un interne : *"A longueur de journées, des diagnostics sont posés, mais l'ordonnance ne peut être achetée. Je me sens impuissant, on a fait l'essentiel mais pas l'utile"*. Et c'est ainsi, à bas bruit, par cette sorte de lassitude qu'induisent les conditions objectives de travail, que l'économique se fait psychologique. Une sorte d'incorporation du découragement.

Dans un service accueillant des malades souffrant de pathologies "lourdes", certaines questions ne peuvent, de plus, que rester sans réponses, tout au moins médicales. Que dire à ce malade séropositif dont la question butte et revient sur le même impossible réel : *"je ne suis pas angoissé parce que je sais que je suis malade, si tu es né, tu dois mourir, mais je voudrais savoir comment j'ai été contaminé"* ? Les personnels sont bien peu formés pour l'aider à clore une histoire en retrouvant ce moment de bascule qui aujourd'hui le condamne. Certes, même à bout de vie, il s'agit encore d'une stratégie discursive, et selon les soignants, ce malade ment parce qu'il suppose que l'estime (*ka di an ye*) n'est due qu'à "l'innocent". Aurait-on pitié de lui, s'il disait sa vie dispersée, comme elle était avant que la maladie ne la borne ?

Généralement, ces questions qui ne se limitent pas au diagnostic laissent les soignants désemparés. Alors ils "rusent" et jouent de leur statut et des distinctions qu'offrent les connaissances. Usant de cette rhétorique implicite, un interne *"parfois annonce le diagnostic, mais pas le pronostic"*. D'autres, comme cette infirmière, adossent leur

silence à la hiérarchie du service : *“je ne dis pas aux malades, parce qu'il y a des chefs”*. Et il est vrai que dire sur la maladie et la mort conforte et s'inscrit dans une hiérarchie qui structure le service ; mais il est aussi parfois commode de *“botter en touche”*, de ne pas entendre.

Quand elle est faite, *“l'annonce”* correspond à une sorte de psychologie ou de caractérologie implicite dont le terme central est *“être fort”*. *“S'il y a une annonce à faire, elle doit être faite par le patron, c'est lui qui appelle celui qui est le plus fort dans la famille”* dit, par exemple, le Major.

Cette annonce est souvent *“latérale”*, faite à la famille plus qu'au malade. Par contre, les relations entre soignants et soignés sont avant tout régies par la mise en œuvre d'une parole de « distraction » (*nègè*, lit. raconter des histoires, distraire). Une sorte d'évitement discursif que tout le monde distingue du mensonge (*nkalon tigè*). On protège l'autre plus qu'on ne le trompe. Et certains comme cette infirmière comparent les conduites envers les malades avec celles que l'on adopte envers les enfants : *c'est comme pour les enfants si tu dis, ils vont prendre peur (u hakili bè wuli*, lit. leur esprit va sauter).

Alors on garde pour soi (*ka to i yèrè kònò*) ce que l'on sait. On calme, on tente de divertir et *“de détourner l'attention pour que l'esprit (du malade) soit en paix”* (*négénégé dooni ka hakili sòrò, ka hakili sigi*).

Il y a bien sûr dans ces attitudes une sorte de bon sens, et sans aucun doute, il faut *“être fort”* pour entendre la vérité, fort aussi pour lutter contre d'aussi éprouvantes maladies... Les professionnels de santé sont gens d'expérience et ces conduites correspondent à un savoir empirique de l'humain. Mais ces attitudes psychologiques d'évitement n'en sont pas moins socialement normées. Elles s'inscrivent dans un certain type de rapport à la vérité où la faute avouée, loin d'être pardonnée, est ainsi parfois aggravée. Par exemple, un homme surpris avec sa maîtresse se doit de mentir à sa femme afin de ne pas ajouter l'insulte du dire explicite à la trahison involontairement dévoilée.

Certes, entre la souffrance et la séduction, il s'agit de domaines différents. Mais, tous ces acteurs agissent au sein d'un même univers de sens, et les conduites des soignants s'inscrivent ainsi dans un certain régime discursif de la bienséance où la vérité n'est souvent pas bonne à dire⁹. Et puis l'énoncé - ainsi que l'atteste les craintes des compliments adressés à l'enfant - est toujours supposé porteur d'un éventuel souhait, alors annoncer ne serait-ce pas, même à mi-voix, vouloir condamner ?

Ces conduites locales, qui constituent une sorte de psychologie normale face à la maladie et une mort proche et certaine, posent un ensemble de questions concernant notamment des choix déontologiques valorisant une certaine lucidité et où, comme le déclare Paul Ricœur, "une vie justifiée est une vie examinée". On a aussi le droit de ne vouloir rien savoir de sa maladie et des traitements et si certains systèmes culturels incitent à un ultime "examen de conscience" d'autres peuvent orienter vers d'autres options.

Pour des raisons médicales, cette éventuelle préférence par défaut ne peut cependant pas être toujours respecté. Juste prévention oblige, et principalement du SIDA, les patients n'ont parfois pas vraiment le choix. L'annonce sera faite.

Mais comment faire alors pour que ce qui devrait être l'offre d'une attention particulière, et d'une écoute spécifique, ne devienne une tâche parmi d'autres ? Avant l'un de nos entretiens, un interne nous dit que "*le lit 2, lui il a suivi le counselling. Souvent il y avait le docteur K. qui venait, maintenant il y a un interne. Il y en a deux qui font leurs thèses sur ça, alors ils peuvent faire ça*".

Que savent-ils et de quel "savoir" faut-il disposer pour "pouvoir faire ça" ? Partout, au gré des programmes, et particulièrement ceux concernant le SIDA, un biologisme normatif découpe ainsi des structures de soin et de distingue les patients selon l'affection, faisant des services une sorte de mosaïque de dîners et de secrets selon que les pathologies sont transmissibles ou pas. On dit aux uns qui peut-être

⁹ Comme le souligne Strauss (1992 : 121) : "Le personnel hospitalier reçoit peu ou pas de formation spécifique pour tenir son rôle dans le drame de la mort. Et comme tout autre américain, chacun a une opinion divergente sur la façon dont le malade doit affronter la mort".

n'en veulent rien savoir, et on cache aux autres qui ne souffrent pas de la "bonne pathologie". Celle dont on peut ou doit parler. Dans bien des cas, ces actions "verticales" qui "tombent" sur les services connectent mécaniquement l'écoute à des traceurs biologiques plus qu'elles n'aident à construire un souci des demandes et des spécificités biographiques des malades.

Des savoirs sans sujets

Les malades sont différents. Certains attendent désespérés. Mais, d'autres, à défaut d'être clairement informés, construisent leur savoir sur d'incertaines traces. Ceux qui savent lire regardent, par exemple, les notices des produits qui leur sont prescrits. Il en va ainsi d'une patiente drépanocytaire qui, ayant déchiffré que la grossesse était une contre-indication pour son traitement, met cette information en relation avec d'autres conseils concernant sa vie génésique et notamment avec les propos de ce médecin qui *"lui disait qu'il s'agissait d'une maladie qui pouvait gêner pour le mariage, et pour avoir des enfants"*. Elle avait pour cela songé à abandonner son traitement. Mais *"elle en a parlé au docteur D. qui lui a dit de poursuivre parce qu'autrement il y a des risques"*.

Des termes circulent aussi, introduit par ces passeurs de mots que sont les personnels médicaux. A défaut d'être scientifiquement vrais, ces termes condensent parfois en une métaphore obsédante - comme le nénuphar qui dans le roman de Boris Vian rongeaient les poumons de Chloé - l'horreur du mal. Ainsi l'euphémisme discret de "C. P. F.", cancer primitif du foie, dont la transformation par certains agents en "cancer putride du foie" anticipe sur ce qu'ils savent de la future dégradation du corps...

En fait, très souvent, tout le monde sait. Mais personne ne dit, en prenant ainsi le risque d'une interlocution. "Le mensonge est une assurance contre la communication. Car la parole interdite, si elle survenait, trahirait la lutte qui mobilise l'hôpital et qui, supposant que soigner veut dire guérir, ne veut pas savoir l'échec ; elle serait blasphematoire" (De Certeau 1975). Pour illustrer cela, nous

prendrons l'exemple d'une femme souffrant d'un cancer du sein. Silencieuse et pudique malgré la douleur.

Parlant d'elle une infirmière déclare : *“L'autre femme, celle qui a un cancer du sein, comme elle n'est pas instruite, je ne sais pas si elle sait”*. Un interne confirme que *“pour les cancers du sein, on dit kuru (lit. bouton). Soit. Mais ce terme bambara n'est, pour les patients, pas moins inquiétant que sa traduction scientifique. Ils savent bien que ce qu'ils ont ne correspond à la traduction habituelle par “bouton” puisque leur corps est le référent de ce signifiant vide de sens. Simplement, les soignants peuvent ainsi rester à couvert des questions. Faire “comme si”, le malade ne savait pas... Les termes en langue nationale sont parfois une manière de se retrancher, de ne pas se dire le pronostic. Une façon de dénier un diagnostic.*

Cependant les paroles débordent de diverses manières. Par les personnels paramédicaux qui soulignent que *“les femmes qui ont de gros seins, ce sont des cancers. Je sais ce qu'est leur maladie. Je peux faire le diagnostic mais ce n'est pas mon domaine”*.

De même, sa voisine de chambre nous dit à voix basse, *“à côté c'est grave, parce que c'est une maladie du sein, c'est peut-être un cancer. Elle ne dort pas la nuit, quand elle a trop mal, les internes viennent lui faire une piqûre”*.

D'un interlocuteur à l'autre, les discours varient. Par exemple, l'une des sœur de la malade dit qu'elle ne sait pas de quelle affection il s'agit : *“Les médecins n'ont rien dit sur sa maladie. S'ils demandent ce qu'elle a, ils écrivent et ils ne disent rien”*. A l'inverse, la fille de la patiente déclare qu' *“ils ont dit qu'elle avait un cancer. C'est le Pr. D. qui l'a dit. Quand j'ai entendu ce mot, j'ai eu peur parce qu'on dit que le côté où tu attrapes le cancer, il faut couper. Sa mère souffre et ne dort pas la nuit, elle en délire même (a bè kuma a yèrè ma) ; et elle est d'accord pour qu'on lui coupe le sein”*.

A juste raison, les problèmes strictement thérapeutiques orientent les tâches des soignants. Mais il serait utile d'améliorer la prise en charge de la personne en portant attention aux diverses configurations

de discours qui pour chaque malade, définissent des “contextes de conscience” différents (Strauss *ibid.* 2002). Certains patients préfèrent feindre, faire comme s'ils ne savaient pas, laissant au thérapeute la possibilité de faire aussi comme s'il ne savait pas ... D'autres, et nous y reviendrons à propos des morts “exemplaires” de personnels de santé, présentent pour une ultime mise scène socialement acceptable, une sorte de “moi mourant au monde” (Strauss, *ibid.* 1992).

Pour diverses raisons, ce que nous nommerons ces codes “algologiques” et “thanatologiques” sont peu étudiés. Et pourtant il permettent de comprendre bien des réactions des soignants : des mouvements sensoriels comme le dégoût et la répulsion ; des valences sensibles comme la crainte ou la compassion.

D'autres questions pourraient peut-être émerger, trop enfouies encore sous la nécessaire urgence des protocoles thérapeutiques. Par exemple, cette ouverture aiderait les soignants à aborder la question de l'image du corps des malades après amputation. En effet, pour être pauvres les patientes que nous avons rencontrées n'en sont pas moins femmes. Comme cette “vieille” qui, durant la consultation, murmure à plusieurs reprises : “*s'il n'est pas possible de faire autrement que de couper le sein...*”. Mais sans être entendue.

Dans d'autres cas, plus dramatiques encore, ce type de questionnement permettrait aux soignants de mieux percevoir et comprendre leur agressivité à l'égard de certains malades ou, au contraire, leur attachement envers ceux qui savent endurer et s'éloigner en “participant au drame quasi parfait de leur mort” (Strauss *ibid.*).

On le voit, il s'agit d'un programme commun au singulier, tenant compte, tant pour les soignants que pour les patients, des très fortes variations qui existent dans les conduites individuelles. Des personnes usant des mêmes termes, partageant de mêmes représentations, interagissent de manières différentes et se situent variablement par rapport à leur maladie. La psychologie borde ici l'anthropologie, et raisonner sur la “réforme” des rapports entre soignants et soignés implique la prise en compte des singularités qui se manifestent face à ces événements humains.

La place de la religion dans les interactions

Cette question des interactions langagières, de ce qu'on dit ou pas, est largement englobée dans un contexte religieux. Bien évidemment, il ne s'agit pas de doctrines religieuses. Plutôt de ce "polithéisme" du quotidien qu'évoquait Michel de Certeau.

Et de fait, la religion est partout présente. Par les prières, qui se font dans les couloirs de l'hôpital et regroupent pour un court instant les personnels et les malades. Par des "prieurs" qui passent dans les services, font des sacrifices sous la forme de dons, et destinent des bénédictions (*baraji*) à des malades ou pour le repos des proches décédés. De manière plus intime encore, la religion est liée à une certaine conception de la douleur. C'est payer pour ses péchés" (*jurumu kafari : ala ka ké jurumukafari*), dit-on.

Enfin, en se présentant comme une espérance vécue, elle structure en grande partie les rapports entre soignants et soignés. Face à l'inéluctable, une grâce toujours supposée possible, se présente comme une limite du pouvoir de la science et de la technique médicales. Même si le diagnostic est certain, le pronostic ne peut anticiper le temps. Comme si maîtriser les probabilités pouvait constituer une sorte d'injure essentielle à la providence. "*A tout moment, les malades espèrent le miracle. On leur dit qu'il faut prier que c'est dieu qui décide*" dit un médecin. Ce n'est pas là qu'un simple discours, une façon de dire. Différemment de l'Europe où les pratiques scientifiques correspondent à une sortie de la religion, à un passage dans un monde où les religions continuent d'exister, mais à l'intérieur de discours et de pratiques qu'elle ne détermine plus, nous sommes ici dans un monde où la croyance reste structurante. Elle commande largement la forme des pensées et définit les formes du lien social, notamment lorsque des événements engagent le destin des acteurs.

C'est pourquoi le déroulement de la maladie est souvent vécu sous les auspices d'un dessein providentiel¹⁰. A minima, on cherche en

¹⁰ Ceci serait à mettre en rapport avec ce que souligne Gilseman (2001 : 72) et à son élégante façon d'inverser les propositions. Nous citons. "Les choses arrivaient à eux, non pas par eux

cette imposition divine une raison, voire une consolation. Un interne évoque ce souvenir : *“j’ai pris ma garde, la femme était dans le coma. J’ai vu qu’elle allait mourir. Quand j’ai vu sa fille pleurer, je lui ai dit tout ça c’est dieu, s’il veut, elle va guérir...”*. Une aide-soignante aussi : *“une fille de 14 ans, lymphome de Burkitt, cette fille n’a pas survécu. Je revenais les week-ends. Elle s’est confiée à moi, et je lui ai dit avec le bon dieu tu peux t’en sortir”*. Certes, il s’agit toujours un peu d’une forme rhétorique permettant au soignant de “dégager sa responsabilité” : *i no tè bilen* (tu n’y es pour rien). Bien sûr, mais quand même¹¹...

Ce croire est partagé, et sans doute d’autant plus que les acteurs communiquent dans des langues natives qui ne sont pas équipées scientifiquement et résonnent des croyances locales. De questions en réponses, les langues partagent intimement les acteurs et leurs points de vue sur le monde : *j’ai demandé au Dr. D. si la maladie tuait. Il m’a dit : n’i si bana, i bè sa* (lit. si ta durée de vie est finie tu meurs) en faisant ainsi référence à une conception locale d’une durée de vie accordée dès l’origine.

Les affects et les mémoriaux des personnels

Les soignants ressentent diversement ces situations, mais souvent ils les vivent sur le mode du désarroi. Cette sorte de dépossession qu’ouvre l’autre en soi peut être considéré comme une forme de sentiment moral ; tout au moins un moment de réflexivité, un souci de soi et de sa finitude autant que du malade. En ce mouvement, une

ou à travers eux, et leur vie était une suite journalière de difficultés imprévisibles centrées sur des problèmes fondamentaux, comme trouver de la nourriture, des vêtements et du travail : et pourtant, l’imprévisibilité même restait une constante ; on supposait qu’elle suivait un modèle, invisible certes, mais un modèle quand même. Rien n’était fortuit, rien n’était accidentel. Dans un univers où en toute objectivité, le hasard jouait un rôle majeur en raison de leur place dans la structure sociale (rôle économique marginal, manque presque total d’accès aux institutions qui auraient pu leur permettre de transformer eux-mêmes activement les conditions de leur existence), « le hasard » en tant que concept ou notion organisatrice n’intervenait pas du tout.

¹¹ Nous renvoyons à ce propos aux remarques de Mannoni sur les liens entre croyance et clivage du moi dans la théorie freudienne (1969).

mémoire se constitue. Elle capture, en un même souvenir, des événements qui bouleversèrent, des lieux, des regrets... et constitue ainsi une sorte de matrice affective qui orientera la relation avec d'autres malades.

D'un soignant à l'autre, les "enclancheurs affectifs" sont singuliers. Des sortes de signifiants où chacun accroche son identité. Ils coïncident parfois avec le sexe du malade auquel on s'identifie.

C'est le cas de cette infirmière. *"Les œdèmes au cou... ces gens-là souffrent beaucoup. Tout est gonflé, ça me gêne. Il y a une infirmière, on lui a enlevé le sein, mais elle est morte. Elle savait, elle était une collaboratrice. Je n'ai jamais parlé de cela. Après la mort de cette infirmière, j'avais moi-même mal au sein et il a fallu que j'aie fait une mammographie"*. Ils épousent parfois la forme d'une question comme ces malades qui disparaissent, fuyant les traitements et laissant "vide" cette interne.

Vacante de mots, avec un savoir inutile et qui ne peut même pas retenir. *"Le cancer du sein, ce n'est pas facile. La dame se plaignait de l'odeur et de la douleur. Elle avait plus de six enfants autour d'elle. Je lui ai dit qu'il y a un autre calmant, que ça va aller mieux. Un soir dans la nuit, ils sont partis de l'hôpital... Des fois, on rentre à la maison, on pleure ... Maintenant je me souviens de sa salle, de son lit. Si je rentre dans la salle pour rien, j'y pense. Si je rentre pour un acte technique, je n'y pense pas"*.

La douleur des soignants provient parfois d'une similitude de statut avec le malade. Comme ce médecin nous disant : *"C'était un ami à moi, il a eu un lymphome agressif, il était médecin, et cela m'a touché"*. Propos partagés par un infirmier : *"C'était un médecin de l'OMS, on ne pouvait rien lui cacher, on gérait seulement ses douleurs..."* Et puis des histoires amoureuses peut-être, mais trop tard, comme pour ce garçon de salle : *"C'était une jeune étudiante tchadienne. Vers midi, si j'achète des gâteaux ou des sauces, je vais lui donner. J'ai fait ça pendant un mois. J'ai téléphoné à ses parents. J'ai tout dit. Sa maman m'a dit qu'elle même n'avait rien trouvé à manger. J'ai pas supporté, j'ai raccroché. J'ai dit à la malade que sa*

mère allait venir. Pendant deux mois j'ai fait cela. (...) Un mardi, elle m'a dit qu'elle avait soif. J'ai pris un pot pour qu'elle boive, et elle n'a pas pu. Et là j'ai pleuré. C'est moi qui l'ai emmenée à la morgue. Je repense à elle à chaque fois. La dernière chambre, quand j'y vais, je pense à elle".

La mort est là dans ces souvenirs, dans ces chambres devenant de modestes mémoriaux dont on ne parle pas. Prise dans ces narrations qui parfois disent le chagrin comme dans les films hindous. Elle est proche et poisseuse aussi comme le souligne un autre garçon de salle : *"Si quelqu'un est mort, on a l'impression d'avoir égorgé un coq. J'ai lavé ma main, je suis rentré dans la salle de garde, je n'ai pas pu dormir. J'ai tapé à la porte du médecin de garde pour dormir là-bas".*

Un travail anthropologique pourrait analyser ces manières contemporaines de mourir et sans aucun doute aider ainsi à améliorer, tant pour les malades que pour les personnels, ces malentendus autour des demandes et des refus de soins. Mais, si l'on veut améliorer l'offre de santé, il ne s'agit pas uniquement de décrire.

Ces mots et ces souvenirs qui se savent inécoutés se présentent souvent au sujet sous la forme d'une remémoration (*miiri*) : un rapport involontaire liant le souvenir à l'acteur en une sorte de repliement de soi et de sa mémoire. Empruntons ce terme à Ricœur, il s'agit d'une ascription - "quand raconter c'est faire, en conférant la cohérence du récit à la cohésion d'une vie" (1995 : 96) – qui dans le for intérieur, construit la question affective et morale et qui, pour ce qui concerne notre propos, pourrait éventuellement déboucher sur des questions et pratiques déontologiques.

N'allons pas trop vite. Ce ressassement ne correspond parfois qu'à de simples peurs, comme l'avoue un interne, *"au départ c'était dur, et la nuit, tu rêves des cadavres"*. Mais il y a plus. Notamment quand, selon les personnels de la morgue, les soignants marquent leur respect, et sans doute une certaine fascination, jusqu'au bout : *"beaucoup d'internes accompagnent les morts. Ils viennent pour regarder (a lajeli kama) pour voir comment il est (a cògòya don), ils regardent et*

ne demandent rien. Les internes de médecine viennent plus que les autres : ils ouvrent et regardent et font des bénédictions. Ils disent aussi ceux qui pourrissent vite”.

Ces souvenirs à vif ébauchent une certaine phénoménologie de l'intériorité et des interactions dont on peut décrire quelques caractéristiques. Dans certains cas, les trajectoires des malades se présentent comme des “routines” qui n'affectent pas les personnels de santé. D'autres accompagnements sont plus douloureux et notamment lorsque le malade est un collègue.

Sans doute parce qu'en devenant malade à son tour, ce soignant rend instable un confortable partage des rôles et des destins. Mais aussi parce que se pose alors le problème de la lucidité. Un soignant malade non seulement sait ce qui l'attend, mais sait aussi que vous savez qu'il le sait.

A l'inverse des dissimulations ordinaires, il faut affronter les regards et l'inéluctable. Comme cette infirmière que nous évoquions précédemment, qui *“non seulement était malade, mais qui en plus savait !”* Comme le dit un interne : *“la question que je me pose, c'est si certaines pathologies m'arrivaient à moi-même, qui pourrait me consoler ?”*

Construire la relation avec le malade

Améliorer la qualité de l'offre soin n'est donc pas qu'une affaire de technique. Cela implique de prendre en compte, avec toute la complexité qui existe pour articuler les différentes formes du travail du soignant : travail clinique et de connaissance bien sûr, mais aussi ces réaménagements biographiques que nous venons d'évoquer.

Cette question, en bordure de plusieurs disciplines, est souvent laissée à l'abandon. Parfois évoquée sous quelques euphémismes “onusiens” comme ce fameux “respect dû au malade”. Et pourtant, faute d'être traitée cette confrontation douloureuse que Strauss (ibid. 1992) nomme le travail sur les sentiments (*“sentimental work”*) se fait individuellement et souvent maladroitement.

En effet, la plupart des soignants cherche refuge dans de strictes connaissances médicales éludant ainsi la singularité de la rencontre

avec les malades. Les connaissances, en tant que savoir sur la maladie et non comme support d'une pratique de prise en charge d'une personne malade, sont convoquées comme système de défense contre l'épreuve de la souffrance et de l'échec.

Le parcours de ce jeune médecin est ici exemplaire : *“j’ai compris que cette relation trop intime avec les malades, ça pouvait se retourner contre moi, tout simplement parce que parfois il n’y a pas moyen de trouver les médicaments. A d’autres moments, c’est la maladie qui résiste. (...) Est-ce que je n’ai pas été assez vigilant, ou est ce la science qui ne sait pas ? (...) Tout cela me touche, j’en ai parlé à mon maître qui m’a dit qu’il fallait éviter d’avoir des relations trop étroites avec les malades. (...). Par exemple, j’avais l’habitude de faire les anniversaires des malades. Toujours dans les couloirs, je les taquine... (...) Face à la mort, je lis dans les livres, j’essaie d’être sûr de mon diagnostic, c’est peut être un refoulement ? (...) J’essaie toujours de penser que si le malade meurt c’est à cause de la maladie”*.

Pour la plupart des soignants, le rapport avec les malades s’oriente très vite vers une distance silencieuse. Comment pourrait-il en être autrement ? Les étudiants sont peu accompagnés dans cette rencontre. Et durant leur formation, s’ils étudient parfois la relation médecin-malade, on ne trouve, par contre, aucun dispositif pour qu’ils puissent la dire avec les mots de leurs histoires. On inculque ainsi un savoir abstrait plus qu’on ne construit une sensibilité.

Alors, pour endiguer de trop vives émotions, ils s’attachent à mettre à distance leurs affects. Comme le déclare un interne : *“maintenant je me suis habitué. Je sais que c’est dur, mais je gère sans panique, sans que personne ne lise rien sur mon visage : maintenant les gens ne peuvent plus savoir en me voyant. Je peux dire que je me suis blindé, mais personne n’est parfait”*.

Plus qu’une ouverture humaine, l’amélioration de la pratique est dès lors vécue comme un “blindage”. Les relations soignants-soignés sont définies comme un art de l’esquive et une technique de dissimulation de la vérité du diagnostic. Comment permettre à des

soignants d'établir une relation qu'ils puissent supporter. Autrement dit, en termes de santé publique, comment les aider à établir une relation empathique avec les malades ?

Les formes du lien social et affectif

Cette question de la construction d'un espace relationnel, "intermédiaire" entre une indifférence lointaine et une proximité douloureuse, incite à réfléchir sur quelques caractéristiques des liens sociaux qui se tissent entre les patients et les soignants.

Sans aucun doute, certaines des difficultés que nous venons d'évoquer sont spécifiques à ce genre de service prenant en charge des pathologies lourdes et chroniques. Leur temps de traitement est long et les soignants qui sont affectés à des malades, et non à des tâches, établissent des relations avec ceux qu'ils soignent. Il en est ainsi partout. D'autres caractéristiques sont plus spécifiquement liées à l'hôpital Africain. Ici, en effet, certains actes, souvent dévolus aux accompagnants, sont interprétés comme étant des marqueurs de relations de proximité.

Pour ne prendre qu'un exemple, il faut être comme un fils pour dévoiler un corps ou porter un bassin. Les gestes ne sont pas uniquement des tâches, mais connotent des statuts. C'est pourquoi, dans certains cas, lorsque les personnels de santé effectuent ces actes, ils semblent aussi en endosser la signification sociale. C'est ce que souligne un interne à propos d'une malade : *"Une femme, elle avait un cancer du sein, elle était en neurochirurgie. Elle était paraplégique. On ne pouvait plus opérer. Il n'y avait personne à côté d'elle, et quand elle faisait sous elle (urines, selles, etc.) je m'en occupais : j'étais comme son fils, et là c'était trop dur..."* Ces tâches avaient construit une proximité familiale avec la malade, une intimité (*tin*) qui selon nos interlocuteurs est caractérisée par la pitié (*hinè*) le soutien (*jigiya*) et une sorte d'habitude respectueuse (*déli*).

Enfin, de manière plus large, certaines caractéristiques correspondent à une des formes du lien social en Afrique de l'Ouest.

Disons le simplement. Il y a dans le système des relations sociales ordinaire, quelque chose comme un constant mécanisme d'inclusion rapide. On peut rester indifférent, mais certains "embrayeurs de proximité" sont continuellement disponibles dans la panoplie des interactions langagières.

Ces embrayeurs créent, au sens fort, une continuelle familiarité. Comme nous l'évoquions précédemment, certains gestes peuvent transformer le soignant en une sorte de fils. Les termes utilisés dans les dialogues soulignent cette rapide annexion affective. On dit "maman" à sa malade et l'on bascule alors très vite dans une relation faisant courir au soignant le risque d'être affecté personnellement par la douleur de l'autre. Le rôle professionnel est corrodé par l'annexion émotionnelle.

De même les parentés à plaisanterie (*sinankuya*) ne sont pas qu'une rhétorique sociale. Elles créent, ou tout au moins induisent, le sentiment d'un "vrai" lien fraternel, une sorte de fraternité lointaine (*balimaya jurujan*). *"Avec un même nom, il peut être un frère : je ressens un lien de parenté, et s'il mourait je serais touché et je ferais des bénédictions"* dit un interne.

Les hôpitaux du Nord définissent un espace où des transactions humaines et une certaine compassion peuvent s'établir avec des inconnus. Et c'est parce que ces malades, sauf cas exceptionnels, resteront a priori abstraits et comparables qu'on peut tisser avec eux des liens affectifs. L'institution, parce qu'elle offre des prises en charges fiables, des statuts professionnels stables, etc. assure chacun de sa fonction et permet l'instauration d'espaces sécants, mais non confondus, entre les personnels et les malades.

Il n'en va pas de même au Sud.

Premièrement, parce que ce lien social et affectif est ici plus "ouvert", englobé dans un vaste processus, où depuis l'enfance, la sphère parentale est poreuse. Nombreux sont ceux, avec qui du fait qu'ils sont nommés pères ou mères, on se conduit comme tels, et que d'une certaine manière on considère aussi comme étant tels.

Deuxièmement, parce que partout, du marché à la police, les relations sont personnalisées, faites de négociation et de marchandage. Ici, ce n'est pas le système expert qui est fiable et garantit à chacun une place et des droits. C'est éventuellement la "personne particulière" qui décide de vous prendre en charge.

Ce n'est qu'une hypothèse, mais il nous semble, que sur un fond de déficit institutionnel, ces deux caractéristiques se rejoignent pour construire un mode relationnel ayant la forme "du tout ou rien". On oscille continuellement entre des espaces confondus lorsque les soignants "font tout" pour un malade alors quasiment assimilé à un membre de leur famille ; et d'autres, absolument séparés lorsque pour diverses raisons économiques et/ou affectives, les personnels doivent s'en déprendre.

La construction d'un espace relationnel

Bien sûr, il faut se garder de conclure et de "durcir" le trait et les données. Ce modelage spécifique de l'affectivité, cette alternance du trop "touché" et du trop "blindé" doit être encore étudiée. Mais il nous semble important de souligner que si l'on souhaite initier une médecine centrée sur le patient, cet espace d'empathie doit être volontairement construit. Il ne peut s'établir "naturellement", pas plus qu'il ne peut provenir d'une sorte d'un simple transfert des normes de conduite familiales. Le nombre des patients et la spécificité de leur situation seraient ici rédhibitoires.

Cette éventuelle amélioration est complexe et n'engage pas que des actions de type discursif. Les relations entre les soignants et les soignés sont, en effet, très largement déterminées par le concret des situations (possibilité de prolonger la vie, disponibilité d'antalgiques, etc.). Et dans bien des cas, autant que de psychologie, il s'agit prosaïquement de permettre que s'instaure cette relation en faisant de la santé un droit et une possibilité, et en donnant au métier de soignant un autre horizon que celui de l'échec.

Concrètement, et raisonnablement, deux pistes sont ici ouvertes. Nous désignerons sous deux termes anglais ayant l'avantage d'englober de multiples pratiques, le travail sur cette compassion médicalement assistée. L'une consiste à mettre en place des sortes de structures de "debriefing" permettant à chacun d'évoquer, comme il le souhaite, du plus technique au plus intime, des histoires de cas. L'autre à promouvoir, dans la formation initiale des personnels les activités de "caring" comme faisant partie de la technique de soins.

Tout cela reste à définir, mais la place d'une anthropologie des sensibilités est ici centrale. Certes l'anthropologue n'en sait pas plus sur les pratiques que les acteurs eux-mêmes. Mais il peut proposer d'autres coutures qui ourlent et surlignent autrement leurs gestes, mettre en rapport, comme nous venons d'essayer brièvement de le faire, des pratiques individuelles avec la totalité d'un service ou avec d'autres plus larges sphères, et ponctuer autrement dans la suite des propos, le savoir qui se dit officiellement en les murs et les inquiétudes qui ne peuvent s'y exprimer.

Références

- Agier M., Copans J., Morice A. *Classes ouvrières d'Afrique noire*, Paris, Karthala
- Becker H. S. 2002, *Les ficelles du métier*, Paris, La découverte
- Berque J. 2002 (pour la trad. fr.), *Dépossession du monde*, Paris, Seuil, 1964,
- Bierschenk T., Chauveau J.-P., Olivier de Sardan J.-P. *Les courtiers en développement. Les villages africains en quête de projets*, Paris, APAD-Karthala, 1999,
- Certeau de M. *Ecrire l'innommable*, in *Traverses/1*, Paris, Ed. de Minuit, 9-15
- Changeux J.-P. & Connes A. 1975, *Matière à pensée*, Paris, Odile Jacob, 1989,
- Geertz J. C. *La description dense. Vers une théorie interprétative de la culture*, *Enquête* 6, EHESS, 73-105, 1998,
- Gilseman M. *Connaissance de l'Islam*, Paris, Karthala, 2001,

- Goffman E. *Les cadres de l'expérience*, Paris, Ed. de Minuit, 1991 (pour la trad. fr.), Habermas Morale et communication, Paris, Flammarion
- Jaffré Y. 1986 (pour la trad. fr.), *Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)*, Bulletin de l'APAD, 3-19, 1999,
- Jaffré Y. & Olivier de Sardan J.-P. *Le dysfonctionnement des systèmes de soins*. UNICEF-Coopération française, 2002,
A paraître, "On ne nous regarde même pas", soignants et soignés dans cinq capitales africaines, Paris, Karthala
- Laé J.-F. *Emotion et connaissance. L'emprise du sensible dans l'enquête sociologique*. Sociétés & représentations 13, Paris CREDHESS, 247-257, 2002,
- Mannoni O. *Je sais bien, mais quand même...*, in Clefs pour l'imaginaire ou l'Autre scène, Paris, Seuil, 9-33, 1969,
- Mebtoul M. *Une anthropologie de la proximité. Les professionnels de la santé en Algérie*. Paris, l'Harmattan, 1994,
- Olivier de Sardan J.-P. *La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et cultures bureaucratiques privatisée*, Paris, IRD, Autrepart
- Ricœur P. 2001, *Vie examinée, vie justifiée*. Monique Canto-Sperber et l'actualité de la pensée morale. Esprit Oct., 120-135
- Strauss A. *La conscience d'une mort proche : les ambiguïtés de la conscience ouverte*, in, 1992 (pour la trad. fr.), La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme, Paris, l'Harmattan, 113-141
- Taylors C. *Les sources du moi*, Paris, Le Seuil, 1998 (pour la trad. fr.),

La profession médicale peut-elle se construire dans un espace socio sanitaire banalisé et déprécié ?

Mohamed Mebtoul *

Résumé. L'article tente d'interroger les différentes logiques sociales qui sont celles des médecins du secteur public de santé. En partant d'enquêtes récentes menées dans les Services hospitaliers de l'urgence et de la gynécologie, il s'agit d'insister sur la mise en défaut du modèle professionnel des médecins dans sa « confrontation » à la réalité socio-sanitaire, dévoilant la prégnance d'espaces de soins banalisés, dépréciés et la fragilisation des rapports sociaux noués entre les praticiens et les autres acteurs sociaux du champ sanitaire.

La description fine des dysfonctionnements sociaux et techniques nous conduit à évoquer les multiples tensions au cœur de la pratique médicale. L'univers de soins profondément éclaté contraint les médecins à rompre progressivement avec le secteur public de la santé, privilégiant de façon dominante le secteur privé.

Mots clés : profession médicale, dysfonctionnements, espace.

Cet article se propose d'interroger la profession médicale en Algérie en partant de la dynamique socio-sanitaire qui lui donne sens. En privilégiant une approche compréhensive, l'objectif est de décrire et d'analyser la pratique médicale en référence aux logiques d'acteurs déployées dans les différents services hospitaliers. Nous insistons sur la pluralité des logiques qui sont celles des différentes catégories de médecins algériens. Cette préoccupation de recherche tente d'indiquer la pertinence de la notion de « monde social » (Strauss, 1992) qui permet aux différents groupes de médecins d'élaborer respectivement

*Sociologue, Groupe de recherche en Anthropologie de la santé (GRAS) Université d'Oran

leurs cadres de références, leurs interprétations et leurs stratégies propres, tout en étant contraints d'exercer dans un mode de régulation administratif et centralisé du système de santé officiel. Comme le rappellent Dubar et Tripier (1998), « *les mondes sociaux seraient à la fois des 'schémas conventionnels' (systèmes de croyances partagés) et des 'réseaux de chaînes de coopération' (ensemble d'individus coordonnés) nécessaires pour l'action* ».

On est conduit à mettre en rapport les différents systèmes d'action des médecins avec le fonctionnement concret des espaces hospitaliers. En exerçant dans des espaces sanitaires banalisés, dépréciés, caractérisés en général par la rareté des moyens techniques et thérapeutiques, il s'agit ici de comprendre la façon dont les catégories de médecins vont agir, élaborer leurs interprétations, construire les différentes interactions avec les autres acteurs sociaux du champ de la santé. Ces façons de faire et de dire ne relèvent pas uniquement de l'individu mais aussi de la société où se déploient quotidiennement des pratiques sociales et des interactions plurielles entre les acteurs sociaux. Watier (1996) montre bien que « *l'interaction est plus qu'une série de réactions fondée sur des motifs ou mobiles individuels, elle suppose un palier de la réalité sociale où les individus sentent et appréhendent, dans de nombreuses relations, qu'ils s'influencent mutuellement* ».

Pour mettre au jour les multiples logiques sociales et interactions des médecins de l'hôpital avec les patients et leurs « confrères », notre travail d'investigation tente de comprendre de l'intérieur le fonctionnement au quotidien des différents services hospitaliers. Nos enquêtes les plus récentes ont eu lieu dans les services de gynécologie et d'urgence médico-chirurgicale du Centre hospitalo-universitaire d'Oran. Elles ont été menées à partir d'observations et d'entretiens approfondis auprès des professionnels de la santé. Ce travail d'enquête devait aussi nous permettre de préciser, de nuancer les résultats de nos recherches antérieures auprès des professionnels de la santé exerçant dans les hôpitaux d'Alger, de Tizi-Ouzou et de Tlemcen (Mebtoul, 1994 et 1998), pour aboutir à une analyse plus transversale de la

profession médicale. Ayant privilégié une posture de recherche analogue, centrée sur la description fine du fonctionnement des services hospitaliers, nous observons de nouveau une médecine en « dérouté » marquée par les discontinuités et les ruptures dans sa confrontation à la réalité sociale. On assiste de façon encore plus radicale à la déconstruction des normes professionnelles qui sont celles des médecins. L'espace sanitaire est en permanence remodelé par les différents agents du service hospitalier. La notion d'espace est entendue ici comme un « *lieu pratique* » et un « *croisement de mobiles* », objet de multiples tactiques et contournements des acteurs sociaux de l'hôpital (De Certeau, 1990).

Cette entrée nous conduit à formuler au préalable une double observation. En premier lieu, il nous semble important d'opérer une distance critique par rapport au paradigme de Parsons (1939), mettant strictement l'accent sur la profession médicale munie d'un savoir de haut niveau à l'origine de la production de services performants destinés aux patients ou aux clients. Nous étions également conduits à relativiser la thèse de Freidson (1984) et particulièrement la question de l'autorégulation de la profession médicale. Dans le contexte américain, Freidson avait sans doute raison d'insister sur la « force » politique des médecins américains qui se sont appropriés un « contre-pouvoir » important dans le champ médical. « *La médecine pratiquée aujourd'hui aux Etats-Unis nous fournit un bon exemple d'une profession qui jouit d'une autonomie considérable, tant sur le plan technique que socio-économique. Les représentants officiels de son organisation, c'est-à-dire l'association professionnelle, y disposent souvent de pouvoirs dont ailleurs l'État se réserve le privilège, et d'autre part les praticiens américains se trouvent largement à l'abri de l'ingérence des profanes* ».

Mais ce processus d'autorégulation et d'autonomie marquant la profession médicale, ne recouvre-t-il pas des formes sociales différentes dans une société où la gestion politique est marquée par des logiques d'intégration, de fonctionnarisation et de bureaucratisation de la profession médicale ? Il m'a donc semblé important d'appréhender la notion de profession médicale dans une

logique plus compréhensive, en décryptant la pratique médicale telle qu'elle se déploie quotidiennement dans les services hospitaliers, en mettant en évidence les multiples contraintes mais aussi les contournements opérés par les médecins des services publics de santé. Ils sont aujourd'hui amenés, pour la majorité d'entre eux, à prendre leurs distances avec la logique des pouvoirs publics, privilégiant la mise en œuvre de stratégies individuelles et éclatées. Nos enquêtes montrent ainsi le peu d'engouement des médecins à se présenter comme un « acteur collectif » dans leur confrontation aux pouvoirs publics pour tenter de redonner un autre sens à la profession médicale qui soit en adéquation avec leurs attentes socioprofessionnelles.

Notre deuxième observation est d'insister sur la dimension collective de la profession médicale. Nous faisons d'une part référence à la chaîne d'éléments interdépendants constitués par les multiples tâches qui doivent s'imbriquer pour aboutir à une thérapie donnée, et d'autre part aux types de rapports noués entre les acteurs du champ de la santé. On retrouve par exemple chez Norbert Elias (1993) la notion d'interdépendance qu'il caractérise comme étant à l'origine de la différenciation sociale et de la modernité. Il me semble que ce sont là deux socles importants qui caractérisent la profession médicale. En insistant sur sa dynamique sociale interne, nous sommes conduits à relativiser l'approche centrée sur l'accroissement de l'offre de soins focalisée notamment sur le nombre important de médecins, la diversité et l'importance quantitative des structures de soins, en omettant de noter qu'elles sont souvent utilisées à 50% de leurs capacités, ou du savoir médical considéré souvent en soi, faisant abstraction de son usage social dans l'espace de travail.

A partir de cette double observation, notre article sera structuré autour de deux points essentiels. En premier lieu, nous montrerons comment s'opère concrètement la déconstruction du modèle professionnel des médecins au contact de la réalité sociale. Nous insistons ici sur les systèmes d'action des médecins qui se déploient dans les services hospitaliers à l'origine de logiques sociales éclatées et hétérogènes qui sont celles des différentes catégories de praticiens. Elles dévoilent des

figures plurielles de médecins qu'il est important d'identifier en mettant en relief leurs principales caractéristiques. En deuxième lieu, la restitution du système d'action des médecins nous conduit à préciser le cadre institutionnel dans lequel ils vont agir, caractérisé ici comme un espace sanitaire banalisé et dévalorisé par les différentes catégories d'acteurs (professionnels et patients). Il s'agira enfin de montrer que ce cadre institutionnel tout dévalorisé qu'il soit, est l'objet de multiples constructions sociales élaborées par les acteurs sociaux de l'hôpital.

La déconstruction du modèle professionnel

La force du modèle professionnel appris par les étudiants en médecine est de valoriser le patient (singulier) qui doit intégrer de façon harmonieuse le monde très particulier de la médecine. Les travaux de Good (1999) centrés sur la façon dont les étudiants appréhendent leurs objets en médecine, montrent bien cette idée centrale de « monde à soi ». Plus précisément, l'étudiant en médecine *« ne se limite pas uniquement à apprendre le langage de la médecine, mais surtout à construire un monde à soi »*. Tout en le considérant comme étant impossible à mettre en œuvre dans la société algérienne, relevant plus de l'utopie, au sens où l'entend Ricoeur (1986), *« nous mettant à distance de la réalité présente »*, ce « monde à soi » n'en représente pas moins leur cadre de référence essentiel sur la médecine : *« Je rêvais d'une autre médecine »* (un gynécologue), ou encore, *« Je m'attendais à autre chose que de m'occuper des faux problèmes qui n'ont rien à voir avec la médecine »* (un pédiatre).

Pour essayer de comprendre les multiples décalages entre le « monde à soi » des médecins et la réalité socio-sanitaire, il nous a semblé essentiel de décrire précisément le système d'action déployé par les acteurs sociaux dans les espaces de soins. Le système d'action sera défini ici par cet agir au quotidien des médecins conduits à mettre en œuvre un ensemble de logiques et de stratégies dans les services hospitaliers étudiés. Nous présenterons quatre aspects essentiels du système d'action des médecins.

En premier lieu, les multiples désajustements techniques dévoilent la difficulté de construire collectivement la profession médicale qui reste dépendante d'autres actes professionnels. On observe que toutes les micro-actions (Watier, 1996) sont l'objet d'incertitudes dans leur mise en œuvre. Ici les contraintes techniques quotidiennes sont aussi construites socialement par les professionnels de la santé. Les situations professionnelles marquées par le « flou » et l'indétermination, résultent non seulement de pénuries et de manques de produits divers, mais aussi des systèmes d'action mis en œuvre par les acteurs sociaux des services hospitaliers. Autrement dit, les situations professionnelles sont « retravaillées » par les professionnels de la santé dans une optique stratégique. Paradoxalement, l'ambulance est en panne au moment où il faut évacuer en urgence un malade vers une autre structure de soins ou le chauffeur n'est pas présent ce jour là. La radio ne fonctionne pas par absence de clichés quand il s'agit bien souvent d'un patient anonyme. Le sang fait défaut au moment de l'opération, et ce sont les proches parents du malade qui doivent se mobiliser pour tenter de l'acquiescer, etc.

En deuxième lieu, à l'intimité qui doit être en principe au cœur du colloque singulier, se substitue une autre forme sociale, pour reprendre une expression de Simmel, caractérisée par l'ouverture de la consultation à l'interne, au résident¹ et à l'infirmier. Autrement dit, l'espace de consultation est socialement banalisé et approprié par les différentes catégories d'acteurs en « blouses blanches ». Le patient anonyme reconnaît la difficulté d'opérer la distinction entre les différents statuts des praticiens. D'autant plus que dans cet espace de consultation, nos observations montrent que l'interaction a surtout lieu entre les différentes catégories de médecins (interne, résident et spécialistes) qui s'expriment souvent dans la langue française, peu comprise par la majorité des patients de conditions sociales et culturelles modestes. La consultation représente donc un moment

¹L'interne a le statut d'étudiant de 6^{ème} année de médecine. Il doit obligatoirement, au cours de la dernière année de sa formation, assurer 4 stages de 3 mois dans différents services hospitaliers. Le résident a un double statut : il est parallèlement étudiant préparant le diplôme de spécialiste en 3 ans et praticien exerçant au CHU.

privilegié pour apprendre la médecine. Dans ces conditions, la relation thérapeutique est souvent marquée par les hésitations, les doutes et les incertitudes des médecins en « formation », accentuant bien souvent l'insatisfaction des patients contraints bien souvent de recourir à une autre offre thérapeutique.

En troisième lieu, l'activité quotidienne est vécue par une majorité de médecins spécialistes des CHU sur le mode de l'échec professionnel. Il signifie pour eux un ensemble d'interdits dans la mise à l'épreuve de leur modèle explicatif de la pathologie. Un gynécologue disait : *« Tout cela fait qu'il y a une déprime professionnelle. On est là. On travaille pour travailler et non pour évoluer. On le fait à contrecœur en plus des problèmes qu'on vit quotidiennement. Tout cela, pour un médecin, c'est un échec professionnel. On rêvait d'autres choses : de la médecine, de l'amour du malade et de la médecine noble »* (résident, service de gynécologie).

Enfin, la profession médicale semble être en permanence modelée par la catégorie du politique qui traverse les rapports quotidiens noués entre les acteurs sociaux du champ de la santé. Le politique, entendu ici comme jeux d'intérêts, conflits et stratégies déployés par les médecins. Ils sont effet conduits, quelques soient les contraintes professionnelles et le contexte socio-politique, à produire des postures différentes et diversifiées face aux décisions prises par les pouvoirs publics dans le champ dans le santé. Ils peuvent contourner ou devancer les nouvelles règles prises par l'État, venant en réalité se greffer sur un ensemble social agissant. Deux exemples sont ici proposés pour illustrer nos propos. En 1998, l'État légalise et reconnaît l'activité complémentaire qui peut être assurée dans le secteur privé par tous les médecins spécialistes des CHU ou de la santé publique. Ils ont donc la possibilité d'exercer deux jours par semaine au niveau des cabinets et des cliniques privés. Ceci permet aux pouvoirs publics d'atténuer les revendications salariales des médecins du secteur public, tout en accentuant les divisions entre les différents « mondes sociaux » de la médecine (Strauss, 1992).

Aujourd'hui les chirurgiens apparaissent aux yeux de leurs confrères, comme étant des « privilégiés ». Ils sont en tout cas étiquetés explicitement dans ce sens. Ils ont effet plus de possibilités d'exercer dans les cliniques privées qui se sont appropriées les segments professionnels que sont la chirurgie et la gynécologie. La décision de légalisation de l'activité complémentaire vient conforter des logiques et des stratégies mises en œuvre par certains médecins depuis au moins une décennie. Le jeu social entre les médecins spécialistes de l'hôpital et ceux du secteur privé, est donc loin d'être récent : les « remplacements » de médecins privés par leurs collègues des CHU, les orientations des patients vers les cliniques et les cabinets où les médecins de l'hôpital assurent « leur » activité complémentaire, ont intégré depuis la décennie 90, les pratiques des médecins, bien avant que l'État reconnaisse des situations professionnelles préalablement construites par ces derniers.

Un deuxième exemple : en 1997, l'État instaure le ticket modérateur de façon centralisé et bureaucratique. En principe tous les patients sont contraints de payer les consultations dans le secteur public de la santé représenté par les Centres hospitalo-universitaires (CHU) et les structures « périphériques ». Ce ticket modérateur est fixé à 100 dinars algériens (DA)² pour une consultation en médecine générale et 200 DA, quand il s'agit de recourir au spécialiste. Or il est intéressant d'observer que ce faible recouvrement des coûts est en réalité appliqué de façon sélective dans les structures de soins. Autrement dit, seuls les patients anonymes, non détenteurs de capital relationnel, vont être en général soumis au paiement de la consultation. On peut donc noter le faible ancrage social d'une décision prise de façon centralisée par le Ministère de la santé et de la population et plus essentiellement sa non-reconnaissance par une majorité d'acteurs locaux devant assurer son application. La décision de recouvrement des coûts peut donc être aisément l'objet d'un contournement opéré par les patients qui ont des possibilités de s'incruster aisément dans les espaces de santé par le fait qu'ils « connaissent » l'infirmier ou le médecin.

² On rappellera ici qu'un Euro vaut au taux de change officiel 77 DA.

Ceci montre bien qu'en l'absence de contre-pouvoirs reconnus par l'État, les acteurs de la société sont bien conduit à produire leurs propres médiations sociales, n'hésitant pas à mobiliser les réseaux familiaux, de voisinage ou professionnels dans le but de contourner la « bureaucratie difforme » (El-Kenz, 1984) qui marque le fonctionnement des hôpitaux. Les pratiques quotidiennes mises en œuvre par une catégorie de patients pour consulter gratuitement, dévoilent la prégnance du capital social. Il représente l'élément de médiation le plus recherché pour tenter « d'arracher » un service donné dans la société. Cette forme sociale de médiation n'est pas l'objet d'une « structuration » ou d'une intégration des acteurs dans une logique collective. Elle se limite à tenter de résoudre le problème du patient. Le système d'action des agents de l'hôpital est donc dominé essentiellement par des stratégies éclatées et individuelles.

La forme de médiation sociale est investie par tous les acteurs sociaux du système de santé (médecins, gestionnaires et patients). Elle structure de façon sélective les rapports entre les différentes catégories d'acteurs. En recherchant l'acteur susceptible de résoudre le problème, il s'agit de se rendre mutuellement « service », d'élargir individuellement ses réseaux de « connaissances ». Dans la société, le capital relationnel qui se traduit dans la langue arabe populaire, « avoir des épaules larges », est un élément ancré dans les représentations sociales. Il est identifié par les patients anonymes, comme étant producteur de différenciation et d'inégalités sociales entre les différents acteurs sociaux. Pour Bourdieu (2000), ce concept de capital social *« a été forgé dans mes premiers travaux d'ethnologie en Kabylie ou en Béarn, pour rendre compte des différences résiduelles liées, grosso modo, aux ressources qui ne peuvent être réunies, par procuration, à travers des relations plus ou moins nombreuses et plus ou moins riches »*.

Rappeler ici la prégnance du capital relationnel comme forme de médiation sociale privilégiée par les acteurs sociaux des services publics de santé, c'est en réalité s'interdire d'évoquer les différents « mondes sociaux » des médecins comme *« des mouvements*

sociaux », idée, rappelons-le, centrale développée par le courant interactionniste (Dubar, Tripier, 1998). On est par exemple en présence d'une mosaïque de syndicats des médecins constitués à partir de leurs statuts respectifs (professeur, maîtres-assistants, médecins de santé publique, etc.). Ce sont des syndicats créés à la faveur du mouvement social d'octobre 1988, permettant pour la première fois, aux différents acteurs de la société, de s'inscrire dans un pluralisme socio-politique.

A partir de la décennie 90, l'Union Médicale Algérienne, seul syndicat des médecins, en réalité sous la dépendance du parti unique, le Front de Libération Nationale, n'a plus le monopole de la représentation même fictive des médecins.

Les quatre syndicats des médecins vont donc se constituer et se structurer selon la logique du statut. Ils reproduisent la hiérarchisation professionnelle qui imprègne la profession médicale (syndicat des professeurs et des docents, syndicats des maîtres-assistants, syndicat des praticiens spécialistes en santé publique et enfin, le syndicat des médecins généralistes de santé publique). Le mode de représentation des médecins renforce et légitime la segmentation professionnelle et statutaire qui est la leur, à l'origine de logiques d'action éclatées déployées par les différents syndicats. Ils se focalisent sur les revendications strictement salariales. Elles sont caractérisées comme des revendications pour la « dignité » des médecins, tout en étant posées aux pouvoirs publics selon des stratégies propres à chaque syndicat.

Autonomes des partis politiques, ils tentent de construire leur identité, de s'affirmer face aux pouvoirs publics, agissant souvent à la marge, faiblement reconnus et rarement associés aux décisions importantes prises par l'État dans le domaine de la santé. Du côté des médecins, leur ancrage social est fragile. Ils sont en effet confrontés à une majorité de médecins désenchantés, repliés sur leur territoire professionnel, estimant que les promesses de l'État n'ont pas été concrétisées. Ils n'hésitent donc pas à privilégier des stratégies individuelles qui les conduisent à une rupture symbolique avec les pouvoirs publics et les syndicats.

Il nous semble donc important de souligner la prégnance de *figures plurielles* des médecins révélées à partir de la mise en œuvre de logiques sociales éclatées, hiérarchisées et hétérogènes. Pour justifier cet « éclatement », les médecins insistent sur les attentes et les revendications insatisfaites par les pouvoirs publics. Pourtant, l'expression des sentiments de frustrations et de défiance de la majorité des médecins du secteur public est aussi orientée vers certains de leurs « confrères » qui ont réussi « socialement » en investissant le secteur privé ou le champ politique, s'appropriant pour certains d'entre eux, les statuts de sénateurs, de députés ou de ministres. Pour comprendre les logiques d'éclatement entre les différents mondes sociaux de la profession médicale, il nous semble pertinent de décrire de façon schématique les différentes figures des médecins.

Les figures plurielles des médecins algériens

On est d'abord en présence du jeune médecin généraliste chômeur. Il est exclu de deux monde sociaux : celui des spécialistes soumis à un concours extrêmement sélectif entre les médecins généralistes. Il lui sera en outre difficile d'intégrer le « monde du travail ». D'une part, le secteur public de la santé soumis à des restrictions budgétaires recrute peu de médecins permanents. D'autre part, les praticiens généralistes de conditions sociales modestes peuvent difficilement intégrer le secteur privé. Il suppose l'acquisition d'un appartement dont le coût moyen est estimé à environ 120 0000 DA. Le déclassement du statut de médecin généraliste va se traduire par son insertion parfois « forcée » dans le circuit bureaucratique de ce qu'il est convenu de nommer « les emplois des jeunes » régulé par les pouvoirs publics. Ces emplois sont faiblement rémunérés et dépréciés. Ici le médecin exerce de façon temporaire et incertaine dans les espaces sanitaires. Il se perçoit disqualifié et à la marge des mondes sociaux de la médecine. Sa compétence de droit, c'est-à-dire le titre de diplôme de médecine générale, acquis après six années d'études, connaît donc une dépréciation sociale de plus en plus fortement ressentie par les jeunes médecins généralistes. Elle se traduit par des limites importantes dans

le domaine de l'emploi et la nécessité pour certains d'entre eux, d'élaborer une stratégie de reconversion vers d'autres métiers plus rémunérateurs (commerçants, chauffeurs de taxis, etc.).

Une deuxième figure de médecins est constituée par « les praticiens de santé publique », nomination officielle donnée par les pouvoirs publics. Cette catégorie d'acteurs se perçoit au plus bas de la hiérarchie médicale. Mal payée et dévalorisée socialement, elle se limite à assurer une activité routinière dans les structures « périphériques » (centres de santé, salles de soins et polycliniques) : « *Ce sont les mêmes cas* », « *Notre travail est toujours le même* ». Ici la médecine générale est appréhendée de façon négative. Elle semble être prise dans un étau bureaucratique. Les interactions et l'échange avec la hiérarchie administrative et les patients, sont rares : « *Avec l'administration, ce sont des rapports d'indifférence. Les gens de la direction sont indifférents vis-à-vis de nous et par réciprocité, nous sommes aussi indifférents. Ici, la médecine générale, c'est la clinique la plus simple, sommaire et banale. Le malade est fatigué. Tu l'envoie à la polyclinique pour la radio. Ce malade, tu ne le connais pas ! Tu ne lui parles pas ! Tu es dégoûté ! Et puis, le médecin n'a plus les moyens d'être médecin : il faut qu'il s'habille bien. Il y aussi le côté psychologique : il ne faut surtout pas que le malade te voit entrain de faire la queue ; alors que nous sommes bien obligé de la faire* » (médecin généraliste, centre de santé).

Le clivage entre les médecins généralistes est aussi prégnant. Les pouvoirs publics n'hésitent pas à produire une hiérarchisation sociale au sein du monde social de la médecine générale : on est ainsi en présence de médecins « chefs » dans les formations sanitaires et de médecins « coordinateurs » chargés de contrôler l'activité du personnel de santé du secteur sanitaire. Ces catégories de médecins généralistes vont donc davantage intégrer l'espace administratif. Leur temps de travail est consacré aux réunions de travail avec les responsables locaux, aux tâches liées à la discipline et à l'application des notes et des circulaires. Dans ce contexte socio-organisationnel, les médecins généralistes ne semblent pas parvenir à construire une identité professionnelle propre. Ce qui aurait peut-être impliqué la mise en œuvre d'autres normes de fonctionnement de la consultation.

Nos recherches montrent enfin que le médecin généraliste, tout en exerçant dans des structures « périphériques », donc dans des espaces sanitaires proches de la population, il n'en demeure pas moins dépendant du modèle médical dominant qui est celui des spécialistes de l'hôpital (Mebtoul, 1998).

On aboutit au monde social également éclaté des spécialistes des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Tout en étant situés au plus haut de la hiérarchie médicale, ils sont loin de partager des contraintes de travail, des privilèges des attentes analogues, selon qu'ils soient gynécologues, dermatologues, chirurgiens ou pédiatres. Le CHU se présente comme un ensemble de territoires professionnels éclatés, hétérogènes et diversifiés producteurs de logiques et de rapports fragiles et distanciés entre « confrères » (Mebtoul, 1994). Aujourd'hui, les médecins qui exercent dans les deux segments professionnels (Strauss, 1992) que sont la gynécologie et la chirurgie, n'hésitent pas à investir activement les cliniques privées. Tout en continuant à exercer à l'hôpital, leur regard est surtout focalisé sur la clientèle qui a recours au secteur privé. Ils ont la possibilité d'accroître de façon substantielle leurs revenus grâce à l'activité principale réalisée dans les cliniques privées³. Leur « désaffiliation » (Castel, 1994) à l'égard de l'hôpital, est plus explicite et plus accentuée que les autres catégories de spécialistes en raison d'un « marché de la santé » qui leur est favorable. Les cliniques privées vont ainsi se « nourrir » et se renforcer grâce aux stratégies de certains acteurs sociaux de l'hôpital, qui de par ses multiples dysfonctionnements techniques et sociaux et la « fuite » de ses spécialistes, contribue à partir d'une complicité diffuse, à donner plus de poids au secteur privé dans l'arène socio-sanitaire. On peut ici rappeler un chiffre important : aujourd'hui les spécialistes sont majoritaires dans le secteur privé (plus de 51%).

³ Dans les cliniques privées, les chirurgiens et les gynécologues sont payés à l'acte réalisé. Autrement dit, pour une opération la plus simple, les honoraires sont d'environ de 20 000 DA, soit l'équivalent du salaire mensuel moyen d'un enseignant de l'université.

Une quatrième figure de médecins est représentée par la première génération de praticiens post-indépendance. Ils ont contribué à la formation des médecins, à la conception et à la mise en place du système de santé officiel. Professeurs notamment en pédiatrie, en épidémiologie et en cardiologie, ils restent en général attachés au secteur public de la santé. Acteurs principaux dans l'élaboration des différents programmes sanitaires, ils sont progressivement conduits à investir activement d'autres espaces socioprofessionnels, même s'ils conservent le statut de « chef de service » à l'hôpital. Ils intègrent pour certains d'entre eux, les postes de conseillers du ministre de la santé ou animent et président les multiples commissions créées par les responsables sanitaires. Ils semblent construire un rapport complexe et parfois ambivalent avec les pouvoirs publics. Tout en critiquant de façon explicite la gestion des hôpitaux, l'absence de toute « politique » de santé, les conditions sociales de travail difficiles des médecins, ils vont aussi tenter d'élargir leur espace de pouvoir, de « sortir » de leur service hospitalier jugé souvent trop restreint pour « résoudre » les problèmes de santé, n'hésitant pas à s'investir dans le champ politique grâce à leur aura de professeur de médecine. On observe par exemple que la majorité des ministres de la santé depuis l'indépendance ont été professeurs de médecine.

La présentation rapide des quatre figures de médecins algériens, montre bien la prégnance d'une logique d'inversion par rapport à celle des décennies 70 et 80 marquées notamment par le refus de l'État et d'une majorité de médecins du secteur public de reconnaître leurs « confrères » peu nombreux du secteur privé, étiquetés de façon explicite de « commerçants », se préoccupant plutôt de « faire de l'argent ». Les médecins privés se percevaient à la marge du système de santé (Mebtoul, 1994). Aujourd'hui, ce sont au contraire les pouvoirs publics et les spécialistes de l'hôpital qui sollicitent de façon très explicite le secteur privé pour assurer un ensemble d'examen complémentaires, d'analyses diverses et de consultations, etc. Le secteur privé s'approprie ainsi une position enviable dans le jeu social entre les différentes catégories d'acteurs. Par exemple, les pouvoirs publics souhaiteraient « intégrer » temporairement des

spécialistes du privé dans les institutions publiques de santé, notamment l'hôpital, en leur proposant l'établissement de conventions, illustrant la « volonté » de l'État de nouer des rapports de travail avec les médecins privés. Cette perspective traduit profondément la logique de dépendance des pouvoirs publics à l'égard du secteur privé placé dans une situation privilégiée. Ce qui lui permet de capter et d'insérer aisément les médecins de l'hôpital dans son propre espace social.

La présentation des figures plurielles des médecins, permet d'indiquer que la profession médicale en Algérie est loin de se déployer dans un espace d'interdépendance qui conduiraient les médecins à intégrer des formes de socialisation toujours renouvelées pour éviter la dislocation des liens professionnels. La notion d'interdépendance (Elias, 1993) montre que dans le cadre de la différenciation sociale, les liens entre les personnes, et entre personnes et institutions restent marqués par cette chaîne d'interdépendance qui permet la régulation des activités quotidiennes : *« Chaque groupe et chaque individu devient sur le plan fonctionnel de plus en plus dépendant des autres de par la spécificité de ses propres fonctions. Les chaînes d'interdépendance se différencient, se rallongent, elles deviennent de moins en moins perceptibles, échappent ainsi au contrôle de l'individu et des groupes »*. En l'absence de toute interdépendance, se substitue au contraire des logiques de ruptures, de défiance et de distanciation sociale entre les acteurs du champ de la santé : *« On n'a pas le temps de discuter avec les malades »* ; *« On n'a pas de contact avec la hiérarchie »* ; *« Les décisions sont placardées »*, etc. Pour comprendre les multiples désarticulations au cœur du travail médical, il m'a donc semblé important de faire référence au terme d'absence sociale.

L'absence sociale

Elle est révélatrice des types de relations nouées entre les acteurs de l'espace sanitaire. Ici l'interdépendance évoquée précédemment, subit un processus d'inversion qui se traduit par la rareté des interactions soutenues et coordonnées entre les professionnels de la santé des

services hospitaliers. L'absence sociale indique donc que l'acteur habilité à assurer l'acte de travail au moment opportun ne peut pas, pour différentes raisons, le concrétiser (n'est pas présent à ce moment là, l'objet technique fait défaut, refus et résistances multiples des agents pour exercer l'acte en question, etc.), interdisant ainsi la poursuite du processus de soins : « *On ne peut rien faire pour le moment. Il faut attendre que le médecin vienne* » (infirmier) ; « *La femme de ménage n'a pas nettoyé le bloc opératoire. Il faut attendre avant de faire entrer le malade* » (résident) ; « *le scanner est en panne. Il faut orienter le malade vers le privé* » (infirmier) ; « *Il y a des malades qui meurent bêtement. Dès fois, il descend au bloc pour une chose banale. Il meurt. Il y a des malades qui traînent ici pendant trois mois. D'autres sont opérées le jour même. Le pauvre malheureux traîne. Les autres flen ou flen (personnes considérées comme ayant un statut élevé dans la société, mais aussi étant détenteurs d'un capital social important), on s'occupe d'eux immédiatement* » (infirmier).

L'absence sociale marque profondément le fonctionnement quotidien des hôpitaux. Elle produit de la défiance entre les agents de l'espace sanitaire. La responsabilité est toujours renvoyée de façon anonyme vers les « autres ». Ce qui se traduit par un étiquetage d'ordre moral pour indiquer la reproduction à l'identique des dysfonctionnements sociaux : « *Il y a chez certains, une absence de conscience professionnelle* » ; « *Les gens ne sont pas ici motivés* » ; « *Il est toujours absent. Il travaille ailleurs. On n'ose pas le lui dire* ». Ici l'accusation est rarement personnalisée dans un système de santé qui est aussi un système politique (Hours, 2001) , interdisant en réalité toute reconnaissance sociale de la personne. La peur de dire semble toujours prégnante en l'absence de toute régulation sociale légitimant les contre-pouvoirs. Dans ce mode de régulation, la logique administrative efface toute possibilité de remise en question ou d'opposition explicitement assumée par les acteurs sociaux du service hospitalier. Pour situer l'origine de la crise des hôpitaux, la réponse des professionnels est nécessairement vague et anonyme : « *c'est le système* » ; « *c'est le ministère* » ; « *c'est la direction* », etc. Autant de facteurs importants qui permettent d'indiquer la prégnance de

situations professionnelles fragilisées et construites dans un espace social opaque et brouillé qui fonctionne dans une logique bureaucratique. Ce qui semble nous éloigner de ce que Weber caractérise comme « *des relations sociales fondées sur le compromis ou la coordination d'intérêts motivés rationnellement (en valeur et en finalité)* ».

Les pouvoirs publics vont aussi contribuer à incruster dans les formations sanitaires, la notion d'absence sociale. Ils sont effet les acteurs principaux sur lesquels tous les regards vont se focaliser. Ils sont à l'origine de ce que l'on peut appeler une logique de l'attente de la décision qui est en réalité rarement négociable. Elle émerge en effet à partir d'un jeu social peu transparent qui laisse peu de place à la confrontation et à l'échange entre les acteurs sociaux du champ de la santé. Les pouvoirs publics s'octroient un triple rôle qu'il leur est difficile de tenir : seul arbitre dans la répartition des budgets des structures publiques de soins, unique gestionnaire du système de santé, à l'origine des règles, des normes et des circulaires devant réguler leur fonctionnement quotidien et enfin, le seul acteur responsable des transformations imposées aux formations sanitaires. Cette configuration sociale n'implique pas, et notre article l'atteste, que les professionnels et les patients vont rester passifs face aux règles imposées par les pouvoirs publics. Nous considérons au contraire que la régulation centralisée et administrative fondée sur la distanciation sociale entre les pouvoirs publics et les professionnels de la santé, favorise les logiques d'acteurs. L'observation fine des pratiques des agents du système de santé (Mebtoul, 1998) semble montrer la prégnance des formes sociales de retrait, d'indifférence ou de contournement des professionnels de la santé à l'égard des décisions prises par la hiérarchie politique ou administrative, contribuant à remodeler le cadre socio-organisationnel de l'hôpital. L'absence sociale semble donner encore plus de poids aux manières de faire des acteurs, particulièrement quand les pouvoirs publics sont aujourd'hui dans l'impossibilité d'intégrer une approche reconnaissant socialement l'activité quotidienne des professionnels de la santé. Tout en étant en grande partie à l'origine de la déconstruction de la

rationalité médicale, interdisant toute temporalité rigoureuse et toute possibilité d'une coordination des tâches entre les différentes catégories du personnel de santé, l'absence sociale permet enfin d'indiquer la fragilisation des relations sociales de travail dans les services hospitaliers : « *Vous demandez qu'un travail soit fait. Il ne se fait pas rapidement. Vous demandez que votre malade entre au bloc opératoire. Vous risquez d'attendre une bonne heure. Vous interrogez le personnel : pourquoi le malade n'est-il pas entré au bloc ? On vous répond de façon évasive : le bilan n'a pas encore été fait. Je reviens une demi-heure après et c'est une autre raison qui est avancée : « docteur, le malade n'est pas encore rasé ». Ensuite ce sera une affaire de draps qui n'est pas disponible* » (résident, urgence médico-chirurgicale).

Dans ce mode de régulation sociale, on est conduit à observer la perversion des notions de hiérarchie, d'autorité et de responsabilité dans une structure hiérarchique brouillée et déconstruite par les acteurs sociaux qui exercent dans un espace sanitaire banalisé et socialement dévalorisé.

Banalisation sociale des espaces sanitaires

La banalisation sociale des services hospitaliers est caractérisée ici par la reproduction toujours plus accentuée des dysfonctionnements techniques et sociaux, des attentes et des multiples insatisfactions formulées de façon explicite par les professionnels et les patients. Dans les espaces de soins banalisés, les différentes catégories d'acteurs semblent s'enfermer sur leurs propres contraintes et certitudes, se traduisant par des « incompréhensions » et des logiques de ruptures. Elles contribuent à produire des effets pervers sur le fonctionnement quotidien des services hospitaliers. Mais la banalisation sociale d'un espace sanitaire, n'interdit pas à « ses » acteurs d'élaborer leurs propres justifications et de déployer des stratégies de contournement dans ce jeu social opaque. Il nous semble donc important de restituer les représentations sociales récurrentes des

spécialistes, des gestionnaires et des infirmiers, produites à *partir et dans* ces espaces socio-sanitaires banalisés.

Le médecin spécialiste de l'hôpital insiste en permanence sur la rareté des moyens techniques et le nombre important de consultants. Il estime être confronté à des malades qui ne le « comprennent pas toujours ». Certains d'entre eux n'hésitent pas à utiliser l'expression suivante : « *nous sommes agressés par les patients* ». Il fait aussi référence à un espace socio-sanitaire peu fonctionnel pour exercer la médecine. Les services hospitaliers sont en général dépourvus de tout lieu de repos pour les médecins de garde, marqués aussi par l'absence d'hygiène, dévoilant les mauvaises conditions matérielles et sociales de travail des spécialistes de l'hôpital. Mais ceci n'interdit pas aux médecins spécialistes de construire leur territoire professionnel et d'imposer « le pouvoir des mots » (Balandier, 1985) constitué à l'aune du seul système de valeurs de la biomédecine qui opère un classement social entre les patients selon leur degré de conformité à la norme médicale. Le « bon » patient sera en général évalué et jugé sur sa capacité à modifier son comportement selon les prescriptions imposées de façon unilatérale par le médecin spécialiste. L'individualisation des questions de santé et de maladie, semble bien conduire à un « *détournement de la dimension socio-politique de la souffrance : il s'agit d'éviter toute construction collective des « problèmes de santé* ». Les professionnels de santé resteront donc les seuls à pouvoir parler, entre eux, des « problèmes de santé », des « besoins » et de la « demande » (Berche, 1998).

Dans les service hospitaliers banalisés, l'infirmier tente de s'inscrire en faux contre « la mauvaise réputation » qui lui est attribuée par les malades et les médecins : « *L'infirmier qui est pourtant le pilier du service des urgences, a une mauvaise réputation. Je ne sais pas pourquoi, même avec les médecins, pourtant, sans nous, rien ne peut se faire. On aide énormément. En cas de maladie grave comateuse, le médecin ne peut rien faire. On aide énormément* » (infirmier, urgence médico-chirurgicales). Formé dans une logique techniciste, « *nous sommes des piqueurs* », prenant rarement en compte les trajectoires

diversifiées des malades, il est conduit à nouer des rapports très paternalistes avec ces derniers. « *Ce sont des pauvres malades* », expression utilisée fréquemment pour signifier ici qu'il « comprend » leur souffrance, n'omettant pas d'ajouter qu'il lui est impossible de répondre à certaines de leurs demandes : « *Cela vient de plus haut ! On n'est pas responsables* ». Mais l'infirmier a aussi la possibilité de produire de façon relativement autonome une logique sociale qui lui permet d'accroître ses intérêts matériels et symboliques.

Les incertitudes dans la prise en charge des malades, l'univers de manque et de pénurie mis socialement en scène, peuvent, tout étant des contraintes objectives, constituer aussi des atouts non négligeables dans la stratégie déployée par certains d'entre eux. Il est donc loin d'être totalement démuné dans l'espace de soins déprécié par les patients. Loin d'être une « victime » des contraintes du système de santé, il se présente souvent comme un acteur social incontournable. Plus présent que le médecin à l'hôpital, il est toujours le premier à instaurer le contact avec les patients. Il sait enfin identifier l'agent de l'hôpital qui pourra, dans une logique de réciprocité des services, lui obtenir un rendez-vous rapide, lui acquérir quelques produits pharmaceutiques, lui permettre de réaliser rapidement une analyse d'urine ou de sang, même si officiellement, le laboratoire ne dispose pas de réactifs. Autant de services destinés en priorité aux patients sélectionnés par ses soins qui intègrent en général son réseau familial, de voisinage ou professionnel.

Ils se considèrent explicitement comme des gestionnaires de la santé « sous-tutelle ». Leur espace de pouvoir leur semble trop restreint pour répondre de façon satisfaisante aux multiples demandes et aux pressions des professionnels et des patients. Dans un univers de pénurie, l'activité du gestionnaire, centrée sur la répartition des ressources financières et matérielles, est au cœur d'enjeux importants pour tous les acteurs de l'hôpital. Syndicalistes, responsables et agents des services hospitaliers n'hésitent pas à exprimer leurs différentes doléances. Dans ce mode de régulation administratif et centralisé, les directeurs des hôpitaux sont les médiateurs privilégiés entre les

pouvoirs publics et les professionnels. Ils vont donc capter leurs revendications sociales et professionnelles. En concentrant à leur niveau les demandes sociales des acteurs de l'espace sanitaire, les gestionnaires peuvent ainsi constituer leur propre espace de pouvoir. Autrement dit, tout en étant souvent « impuissants » à déployer de nouvelles formes de régulation et à satisfaire les nombreuses doléances des acteurs de l'hôpital, ils ne sont pas totalement démunis dans ce jeu social qui les autorise à s'approprier et à sélectionner toutes les informations émises par les pouvoirs publics, à devenir des acteurs importants dans l'arène sociale locale, étant les premiers interlocuteurs du wali (préfet) et du ministre de la santé et de la population ; « *Le récepteur ne reçoit pas passivement le sens ; il le reconstruit en fonction des contextes, des contraintes et des stratégies multiples* » (Olivier de Sardan, 1990).

Mais pour les gestionnaires de la santé, leur logique d'action serait en permanence freinée par l'absence d'autonomie de gestion financière et administrative des hôpitaux. Contraints de se plier aux règles du jeu produites à l'extérieur de l'hôpital, d'accepter le budget alloué administrativement à la structure hospitalière, ils se perçoivent « *harcelés de toute part : par les prescripteurs et les malades* » (directrice d'hôpital). Mais paradoxalement, l'insistance sur les difficultés à nouer un rapport autonome à leur activité de gestion, la fragilité supposée de leur position sociale et la nécessité de mettre en œuvre les règles prescrites par le ministère de la santé et de la population, peuvent aussi représenter des atouts dans les interactions avec les autres acteurs sociaux de l'hôpital, leur permettant ainsi de se protéger en s'identifiant comme une « *victime impuissante* » d'un mode de régulation qui restreint leur rôle à celui de « *pompier accusé par tout le monde* » (directrice d'hôpital).

Dans les structures de soins, il ne s'agit pas uniquement de soigner les malades mais aussi de protéger son territoire, de tenter de renforcer sa position sociale, de faire en sorte que l'acte technique réalisé, représente une « prouesse ». Faiblement reconnue, la valeur « travail » est de l'ordre de l'invisibilité. Peut-on s'étonner que les interactions

avec les patients soient souvent perçues comme un « service rendu » dans le cadre d'une activité quotidienne qui n'est plus considérée comme un ensemble de tâches inscrites dans ses obligations professionnelles ? La prégnance des multiples résistances des différents acteurs sociaux et l'absence sociale relevées précédemment, sont autant de facteurs importants qui contribuent en partie à effacer et à nier toute singularité et individualité du malade qui devient un « cas » et un « numéro » anonyme dans les espaces sanitaires banalisés.

Pour illustrer nos propos, on évoquera concrètement la logique déployée par un résident en cardiologie, au cours de sa pratique professionnelle. Agé de 27 ans, il intègre le service de cardiologie avec le statut de résident qui le conduit à un double investissement : praticien de l'hôpital et étudiant préparant le diplôme de maître-assistant. Pour l'avoir observé longuement dans son activité professionnelle, nous pouvons relever que toute sa formation pratique à l'hôpital va en réalité s'opérer de façon très isolée, sans soutien de l'institution hospitalière et de sa propre hiérarchie médicale représentée ici par les maîtres-assistants et le professeur qui assure la direction du service. Il n'hésite pas à identifier l'hôpital à une « arène sociale » caractérisée selon lui par des luttes et des conflits larvés entre les différents acteurs sociaux. Tout en observant que sa formation a lieu dans un cadre institutionnel fragile, peu propice aux échanges entre médecins, sa préoccupation essentielle est liée à l'acquisition du statut de spécialiste en cardiologie. Sa stratégie va se construire dans ce sens : devenir le cardiologue enfin reconnu par ses « aînés » qui pourront lui octroyer le titre de maître-assistant.

Son cadre de référence sur la médecine spécialisée se constitue autour de la maîtrise et de la valorisation des techniques médicales. Ici la médecine est indissociable du paradigme technique. Sa pratique quotidienne dévoile bien la fascination et la passion dans le rapport noué à l'électrocardiogramme et à l'échographie. Sa posture est focalisée sur les résultats acquis par la médiation des techniques médicales, oubliant le malade, l'observant rarement, faisant peu cas de

ses plaintes, de son discours et de ses contraintes quotidiennes. L'écoute du malade apparaît en réalité comme un « non sens » face aux certitudes médicales et techniques.

Il n'hésite pas à caractériser le service hospitalier comme un espace de «non-dits » qui vise surtout la catégorie de médecins au plus bas de la hiérarchie médicale (les internes et les résidents). Il estime qu'ils sont soumis à la contrainte importante du « titre » à l'origine de la peur de dire face aux multiples dysfonctionnements techniques et sociaux de l'hôpital.

La banalisation des services hospitaliers est enfin liée à une triple rupture évoquée par les médecins : rupture entre un imaginaire médical et la réalité socio-sanitaire, rupture entre les attentes socioprofessionnelles du médecin (réussite sociale et professionnelle) et le déclassement de plus en plus accentué de son statut et enfin rupture entre la catégorie de patients « coopératifs », acculturée au savoir médical, et une majorité de patients de conditions sociales et culturelles modestes, étiquetés de façon récurrente « d'indisciplinés » quand il s'agit d'appliquer la norme médicale.

Face à la banalisation-dévalorisation des espaces sanitaires, les pouvoirs publics se limitent à deux formes d'action extrêmement restrictives déployées dans une logique qui renforce le mode de régulation sociale antérieur sous-tendu par l'imposition et l'injonction de règles administratives. Il ne s'agit donc pas de transformer les règles du jeu social qui permettent le fonctionnement des espaces sanitaires. Se plaçant au-dessus de la mêlée sociale, tout en s'appropriant le monopole du pouvoir de gestion des espaces sanitaires, les pouvoirs publics n'hésitent pas à remplacer périodiquement les directeurs des hôpitaux, présentés souvent comme les premiers « responsables » de la déliquescence des structures de soins. L'instabilité et la mobilité des gestionnaires de la santé ont pour conséquences de produire des discontinuités et des ruptures dans les activités quotidiennes de l'hôpital et d'accentuer les rapports de distanciation entre les professionnels de la santé et les pouvoirs publics.

La deuxième forme d'action des pouvoirs publics consiste à « mobiliser » rapidement sous la pression de l'opinion publique des commissions d'enquêtes composées de hauts fonctionnaires exerçant au ministère de la santé et de la population. L'objectif est moins d'arbitrer et de négocier avec les acteurs locaux, que d'élaborer un rapport confidentiel soumis uniquement aux pouvoirs publics. Un tel mode de régulation est producteur de « flou » organisationnel. Il s'interdit toute objectivation et reconnaissance sociale des conflits entre les acteurs sociaux de l'hôpital, d'où la prégnance des formes sociales qui s'expriment, comme nous avons pu le relever, par des logiques de contournement, de retrait ou d'indifférence à l'égard de l'ordre produit par les différents pouvoirs. L'occultation des conflits larvés entre les acteurs sociaux, explique en partie les logiques de rupture et de cloisonnement entre les catégories d'acteurs du champ sanitaire. Dans le remarquable ouvrage de Simmel (1992) , sur le « le conflit », Freund notait dans la préface : *« Le conflit n'est pas un accident dans la vie des sociétés. Il en fait partie intégrante. Selon Simmel, il est comme tel, davantage qu'un facteur qui concourt à la formation d'associations et d'organisation au sein de la collectivité. Il est directement une forme de socialisation, ce qui veut dire que la société vit et subsiste parce qu'elle comporte nécessairement des conflits »*.

Conclusion

Nous avons tenté de présenter les différents « mondes sociaux » de la médecine en Algérie, en insistant sur leur hiérarchisation sociale, leur éclatement et leur division. Les médecins opèrent donc un marquage social important de leurs territoires professionnels respectifs et de leurs différents statuts. Tout en exerçant dans des espaces sanitaires banalisés et dévalorisés, ils sont conduits à les remodeler selon leurs cadres de référence et leurs stratégies propres. Les contraintes structurelles du système de santé et le mode de régulation administratif et centralisé, n'interdisent pas la production de logiques sociales plurielles déployées par les médecins. C'est le jeu social entre les pouvoirs publics, les médecins spécialistes de l'hôpital et ceux du

secteur privé, qu'il nous a semblé important de présenter, en insistant sur les multiples contournements des décisions prises de façon centralisée par l'État. Dans un secteur public de la santé qui impose sous le poids des dysfonctionnements sociaux et techniques, la majorité des médecins semble nettement privilégier la pratique de clientèle qui leur permet des revenus plus substantiels, accentuant les logiques de défiance et de distanciation à l'égard des pouvoirs publics. Le fonctionnement des services hospitaliers est enfin caractérisé par l'absence sociale. Elle met en scène les multiples résistances des professionnels de la santé. Elle semble représenter la seule alternative pour tenter de déjouer de façon détournée la gestion centralisée du système de santé.

Références

- Berche T., 1996, *Anthropologie et santé publique en pays dogon*, Paris, Karthala.
- Balandier G., 1985, *Le détour, pouvoir et modernité*, Paris, Fayard.
- Castel R., 1994, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
- Bourdieu P., 2000, *Les structures sociales de l'économie*, Paris, Seuil.
- De Certeau M., 1990, *L'invention du quotidien*, Arts de faire, Gallimard.
- Dubar C., Tripier P., 1998, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Collin.
- Elias N., 1993, *Engagement et distanciation*, Paris, Fayard.
- El-kenz A., 1986, *Monographie d'une expérience industrielle : le cas du complexe sidérurgique de Annaba*, Paris, C.N.R.S.
- Freidson E., 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- Good B., 1999, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, Rationalité, vécu*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond.
- Hours B., (éds.), 2001, *Systèmes et politiques de santé, de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala.
- Mebtoul M., 1994, *Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, l'Harmattan.

Mebtoul M., Cook J., Grangaud J.P., Tursz A., 1998, « Les jugements des médecins algériens sur l'activité de soins : une identité professionnelle fragile », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 18, 2, 95-120.

Olivier de Sardan J.P., 1990, « Sociétés et Développement », in : Fassin D., Jaffré Y., (éds.), *Sociétés, Développement et Santé*, Paris, Ellipses/Aurelf, 28-37.

Parsons T., 1939, « The profession and the social structure », *Essays in Sociological Theory*, New York, Free Presse, 34-49, traduit dans *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, 1963.

Ricoeur P., 1986, *Du texte à l'action, essai d'herméneutique II*, Paris, Le Seuil.

Simmel G., 1992, *Le conflit*, Paris, Editions Circé.

Strauss A., 1992, *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme*, (Textes réunis et présentés par Baszanger I.), Paris, l'Harmattan.

Watier P., 1996, *La sociologie et les représentations sociales*, Paris, Méridiens Klincksieck.

Les médecins égyptiens entre déclassement et vocation sociale

Sylvia Chiffolleau *

Résumé. La profession médicale égyptienne est à la fois exemplaire de la situation qui prévaut dans les pays en développement, et spécifique en raison de l'ancienneté de sa création, qui doit peut-être à la période coloniale. La Révolution de 1952, en modifiant radicalement le cadre de l'exercice professionnel, qui passe du primat du privé à la généralisation de l'emploi public, et en favorisant l'explosion démographique de la profession, a entraîné une large partie de celle-ci dans une situation de déclassement, tant professionnel que social. Le processus accéléré de reprivatisation, depuis une quinzaine d'années, permet aux médecins de déployer des stratégies individuelles de reclassement (multiactivité, pseudospécialisation, emploi dans les cliniques religieuses ou les ONG...).

Depuis la fin des années 1990, on assiste par ailleurs à une remobilisation de l'Etat qui entend, en suivant les prescriptions internationales, procéder à une réforme globale du système de santé, laquelle tenterait une nouvelle fois de concilier requalification professionnelle et offre de soins décente à l'ensemble de la population.

Mots clés : profession médicale, déclassement, privatisation.

Ces quelques pages n'ont d'autre ambition que de brosse à grands traits les principales évolutions de la profession médicale égyptienne depuis la Révolution de 1952. Il ne s'agit pas en effet ici d'une étude qualitative, d'une analyse de proximité, mais d'une incursion, en suivant le cheminement professionnel des praticiens égyptiens durant un demi-siècle, sur un terrain peu abordé par la recherche socio-

* Sociologue GREMMO/CNRS – Maison de l'Orient Méditerranéen (Lyon)

anthropologique portant sur la santé, celui du Moyen-Orient. Pays charnière entre trois continents, l'Égypte emprunte des traits à chacun d'eux et se présente finalement comme une situation à la fois proche et distincte des autres pays en développement.

L'Égypte possède d'abord une spécificité géographique. Il s'agit d'un grand pays de plus d'un million de km², peuplé de 65 millions d'habitants fort inégalement répartis sur ce vaste territoire. La vie se concentre en effet sur les berges du fleuve nourricier, alors que partout ailleurs règne le désert. Ainsi, 95 % des Égyptiens vivent sur 4 % du territoire, le Delta et la Vallée du Nil, avec des densités record de l'ordre de 1000 à 1500 ha./km² dans les régions les plus peuplées. Le fleuve cheminant dans le désert donne au pays son paysage si caractéristique : une longue et étroite oasis de plus de 1000 km dessine la Vallée, puis le fleuve se disperse dans le Delta. À la jonction, le Caire, capitale ancestrale, contrôle les deux régions aux identités sensiblement différentes et occupe une position de surcentralité, tant géographique qu'administrative et économique. En Égypte, tout se décline à partir du Caire, et l'éloignement se mesure à partir de la capitale.

Spécificité socio-économique, ensuite. Alors que l'Égypte est désormais classée parmi les pays à revenu intermédiaire par la Banque mondiale, elle conserve des indicateurs sociaux, notamment en ce qui concerne la santé, qui la placent dans les derniers rangs de la région Moyen-Orient/Maghreb, entité géographique à laquelle elle est rattachée, certains de ses indicateurs sanitaires frôlant même les niveaux africains (l'Afrique qui est aussi son continent). L'Égypte présente ainsi une situation paradoxale : si son niveau d'équipements est correct, tant au niveau général (adduction d'eau, écoles...) que sanitaire (2,08 lit pour 1000 habitants et 2,1 médecins pour 1000 habitants), les indicateurs de santé sont relativement faibles par rapport à ce niveau d'équipements (la mortalité maternelle est de 174 pour 100 000, par exemple, la mortalité infantile de 69 pour 1000 ce qui demeure élevé pour un pays de ce niveau). Cette situation renvoie à un certain nombre de problèmes, en particulier l'inégale distribution des infrastructures et des équipements, les dysfonctionnements du

système de santé, et la compétence professionnelle, menacée en particulier par un système de formation de qualité médiocre.

Spécificité historique, enfin. Le déficit de compétence est en effet lui aussi paradoxal, dans la mesure où l'Égypte se caractérise par l'ancienneté de sa profession médicale. C'est dans le contexte réformiste du début du XIX^e siècle, selon un processus volontariste endogène, et en dehors de tout contexte de colonisation, que la médecine moderne a été implantée en Égypte, sur la base du modèle français. Même si ce modèle a ensuite été relayé, à partir de l'occupation britannique de 1882, par un modèle anglais, la profession médicale égyptienne doit peu à la colonisation, contrairement à la plupart des pays du Sud, et au moment de l'indépendance retrouvée, elle s'inscrit déjà dans une histoire professionnelle globalement réussie.

La profession médicale égyptienne a donc connu une histoire longue, c'est-à-dire soumise à des évolutions profondes, des changements bien sûr, mais aussi des continuités. Certains phénomènes qu'on va décrire sont récurrents depuis près de deux siècles (notamment la dévalorisation de l'exercice en milieu rural) ; d'autres ont émergé au cours du demi-siècle écoulé. On s'attachera d'abord ici à revenir sur l'évolution de la profession médicale depuis la Révolution de 1952, c'est-à-dire depuis l'explosion démographique qui a accompagné des transformations sociales profondes dans le pays et qui a modifié en profondeur la profession. On s'arrêtera ensuite sur les conséquences négatives de ces transformations en termes de déclassement professionnel d'une part et d'inadéquation entre le milieu social général et les aspirations professionnelles d'autre part, pour finir sur les stratégies de reclassement qui se multiplient dans le cadre de la réforme du système de santé actuellement conduite sous les auspices des instances internationales.

L'après 1952 : un changement d'échelle de la profession

Le nouveau cadre de l'exercice médical

En juillet 1952, la Révolution dite des « Officiers libres » évince la présence anglaise, laquelle avait perduré après l'indépendance nominale en 1936, et renverse la monarchie égyptienne. La

République qui lui succède, dirigée par des militaires, s'inscrit dans la mouvance tiers-mondiste et socialiste de l'époque ; Nasser, son leader, est une figure dominante du non alignement et l'un des principaux promoteurs du socialisme dit arabe. Ses successeurs, Anouar el-Sadate puis Hosni Moubarak, bien que se réclamant de son héritage, ont opéré des choix économiques de plus en plus libéraux, et les acquis du nassérisme sont aujourd'hui en cours de liquidation.

Dans le domaine de la santé, la Révolution de 1952 a cherché à fonder une médecine publique à grande échelle, en réaction contre les limites posées par les Anglais (médecine sans moyens financiers et vouée au seul contrôle des épidémies pour protéger la rive nord de la Méditerranée). La médecine devient ainsi une arme idéologique de conquête sociale pour le nouvel État national. À partir de 1962, il mène une offensive décisive dans le secteur de la santé, déployant un effort budgétaire sans précédent qui permet la construction d'une infrastructure sanitaire de type pyramidal, avec une large extension géographique des structures de base (les centres de santé ruraux). Ces investissements permettent un accès aux soins correct : en principe, chaque Égyptien vit à moins de 5 km d'une structure de soins (ce qui ne dit rien de la qualité de celle-ci). Par ailleurs, la médecine proposée dans ces structures est gratuite pour l'utilisateur, du moins en milieu rural, ou couverte par l'assurance maladie pour les catégories employées par l'État. La pratique professionnelle repose sur le fonctionnariat, dès lors quasi généralisé.

Or ce projet s'impose dans le conflit à une profession médicale déjà ancienne, socialement installée, et majoritairement intégrée dans une tout autre forme de pratique. Au cours de la première moitié du XX^e siècle, malgré les entraves posées par la colonisation britannique, elle a acquis un statut social privilégié et des avantages matériels parfois immenses grâce à la pratique privée de clientèle. Au moment de la Révolution, la profession médicale est au sommet de son prestige social et scientifique, au terme d'une reconquête réussie sur le corps médical anglais hégémonique, et du processus d'égyptianisation de la profession depuis la première Guerre mondiale.

C'est donc à un bras de fer entre la profession et l'État auquel on assiste, le second cherchant à imposer une médecine entièrement

socialisée, où les médecins ne pourraient plus exercer en libéral, ceci visant à casser l'élite médicale, associée à la bourgeoisie d'ancien régime, alors que les premiers tentent de sauvegarder une partie au moins de leurs privilèges. Les médecins, grâce au prestige acquis antérieurement, mais aussi grâce à leur faible nombre (l'Etat a quand même besoin d'eux pour accomplir son projet) parviennent à préserver un espace de pratique privé et l'existence de structures privées. Mais dans leur ensemble, les médecins, et notamment les jeunes formés à partir de ce moment-là, vont rejoindre le système général de santé publique qui tente de renouer avec la vocation sociale de la médecine, en rupture avec la période précédente. On insiste en particulier sur la nécessité de couvrir le monde rural en infrastructures sanitaires, ce qui avait déjà été un thème fort dans les années 1920-1930 mais qui s'était heurté alors aux réticences de la profession à s'engager dans une pratique rurale de première ligne jugée peu valorisante et vécue comme un exil loin des villes où se joue l'essentiel des enjeux de réussite professionnelle, en raison de la présence d'une clientèle solvable.

Il y a là une spécificité chronologique de l'Égypte : dans la plupart des cas, dans les pays du Sud, il y a concordance de temps entre l'implantation d'une médecine publique de première ligne et l'émergence de la profession, généralement dans le contexte post-colonial. Révolution nationale et naissance de la profession médicale vont souvent de pair et il y a un investissement « militant » de la profession dans son rôle social, même si on connaît bien sûr les biais hospitalo-centristes des élites, mais cette dimension « engagée », « militante » de la profession n'existe pas en Égypte, ou très peu, lors du virage socialiste. Les tendances hospitalières, urbaines, y sont poussées peut-être plus loin qu'ailleurs, en raison de la profondeur historique de la profession, tendance renforcée par la surcentralité du Caire.

De la pénurie à la surpopulation

En 1963, les médecins égyptiens sont 17 000 pour une population de 28 millions. La réussite du projet d'extension des structures de soins

par l'État national suppose au préalable d'entreprendre un véritable effort de formation.

Avec la Révolution de 1952, on assiste au développement considérable de l'enseignement et du système universitaire, lesquels ont pour mission de former une élite nationale capable de prendre en charge le programme de transformation de la société tout en offrant un canal effectif et légitime de promotion sociale. La paysannerie moyenne, les commerçants, les classes moyennes émergentes, toutes catégories clientes du nouveau régime, constituent un important bassin de recrutement pour l'université, à laquelle ils n'avaient pas ou peu accès jusqu'alors.

À partir de 1962, l'enseignement universitaire devient gratuit, et deux ans plus tard, une loi garantit l'embauche de tous les diplômés dans les structures publiques. Ce principe renforce l'attrait de la fonction publique pour les nouvelles catégories éduquées à la recherche de stabilité. Cette loi a été supprimée discrètement en 1986, mais a continué longtemps, au-delà de cette date, à motiver les jeunes vers l'enseignement supérieur.

S'il n'y avait en Égypte que trois universités en 1952, elle sont aujourd'hui au nombre de seize, auxquelles s'ajoutent deux universités privées depuis 1996. Reflet du prestige social qui demeure attaché à la profession médicale, l'accès aux facultés de médecine est le plus exigeant, puisqu'il réclame les meilleurs résultats à l'examen de fin d'études secondaires. Malgré la sélection ainsi opérée, les portes des Facultés demeurent largement ouvertes et la politique volontariste de formation a conduit en moins de 50 ans de la pénurie à la pléthore. Le nombre des médecins passe ainsi de 17 000 en 1963, à 32 000 en 1977, pour atteindre 125 000 en 1997

Mais depuis vingt ans déjà, ce chiffre dépasse largement les capacités d'accueil du système universitaire, et au-delà du système de santé. La pléthore d'étudiants dans les facultés de médecine entraîne une baisse du niveau général d'enseignement, sensible depuis les années 1970, d'autant que l'enseignement est victime, comme les autres secteurs sociaux, de la crise économique et de la faillite de l'État, de plus en plus incapable d'assumer ses grands projets sociaux. La surcharge des classes rend les exercices pratiques quasi impossibles ou du moins peu

fructueux. La situation est particulièrement médiocre dans les petites universités de province, qui se sont multipliées ces dernières années, où les équipements sont quasi inexistantes, les bibliothèques dépourvues d'ouvrages, et le corps enseignant peu motivé.

Pour compenser les faiblesses de l'enseignement et réussir malgré tout aux examens, les étudiants doivent avoir recours au système des leçons particulières, devenues une véritable institution dans la mesure où elles représentent une source importante de revenu pour des enseignants rémunérés au tarif dérisoire de la fonction publique. Par ailleurs, ceux qui en ont les capacités linguistiques (qu'ils doivent à la fréquentation d'écoles privées dites « étrangères » au cours de leur scolarité) et les moyens financiers, ont accès aux revues médicales étrangères et surtout à des stages dans les pays occidentaux. Le système instaure ainsi une formation à deux vitesses : ceux qui possèdent un capital économique et culturel qui leur permet d'acquérir une formation solide, et les autres qui doivent se contenter d'une formation imparfaite, avec des connaissances floues, qui en fait des praticiens peu sûrs d'eux-mêmes et sujets aux erreurs médicales dont la chronique alimente fréquemment les colonnes de la presse.

Les conditions réelles de l'exercice professionnel : déclassement et contournement du rôle social de la médecine

Les transformations imposées par la Révolution de 1952 au secteur de la santé ont entraîné une modification assez radicale de l'exercice professionnel, dont la réalité s'est éloignée de l'idéal hérité de la longue période au cours de laquelle les médecins égyptiens ont construit leur profession et l'identité de celle-ci.

Avec la généralisation du secteur public, et surtout la dégradation rapide de celui-ci, victime dès les années 1970 d'un abandon budgétaire qui ne permet plus d'en assurer le bon fonctionnement (locaux dégradés, manque d'équipements et de médicaments), les médecins se sont retrouvés en majorité à devoir exercer en milieu rural ou en pratique urbaine de dispensaire, dans des conditions de pénurie chronique et pour un salaire dérisoire. Selon la grille de la fonction publique, le médecin généraliste de base gagne un salaire de

200 Livres égyptiennes, soit environ 60 Euros, somme très insuffisante pour pourvoir à l'entretien d'une famille considérée comme « bourgeoise » au regard de la profession exercée.

Dans ce type de pratique, les médecins sont amenés à exercer une médecine de première ligne, pour laquelle précisément ils ne sont pas formés. En effet, l'enseignement donné à l'Université demeure très théorique, souvent faute d'équipements pour la formation pratique, trop coûteuse. Confrontés à des gestes aussi simples que la pesée des enfants, les praticiens se révèlent souvent incapables de les réaliser de façon adéquate ce qui ne fait que rajouter à leur malaise dû au fait qu'ils sont astreints à un mode d'exercice dévalorisé, celui de la santé publique, *a fortiori* lorsque celui-ci prend place en milieu rural

Or les médecins sont d'autant plus livrés à leurs incertitudes qu'ils ne peuvent guère s'appuyer sur le personnel paramédical, lequel connaît à l'inverse du corps médical une situation de pénurie chronique en Égypte, notamment en ce qui concerne les infirmières. Métier de femme, consacré à la manipulation des corps, mais sans la caution du doctorat, il fait craindre pour la moralité de celles qui l'exercent, d'autant plus que l'obligation des services de nuit semble rien moins qu'honorable. Pourtant, dans un contexte sanitaire tel que le connaît l'Égypte, la tâche des personnels paramédicaux revêt une importance particulière. La dimension pédagogique, l'apprentissage de gestes simples mais peu évidents aux yeux d'une population encore très traditionnelle et relativement peu alphabétisée, notamment les femmes, nécessitent un engagement patient et quotidien de ce type de personnel auprès de la communauté.

La réalité de la pratique médicale, exercée dans des situations difficiles, marquées parfois par l'isolement, toujours par le manque de moyens et d'équipements décents, entraîne un déclassement tant social que professionnel des médecins, qui vivent une position inavouée « d'officiers de santé ». Certes la profession conserve un statut social valorisé, hérité de la période de l'entre-deux-guerres, période qui a aussi transmis l'idée, aujourd'hui largement erronée, que la médecine conduit à l'aisance, voire à la fortune.

Les médecins vivent pourtant encore largement sur le mythe de la réussite professionnelle, résumée dans l'imaginaire égyptien par le

paradigme des « cinq 'ain ». Ces « cinq 'ain », du nom de la lettre arabe commençant chacun des termes, désignent les attributs « matériels » que l'on devrait pouvoir légitimement espérer obtenir de la pratique de la médecine. Il s'agit d'abord de *'arūsa* (la mariée), le mariage étant la première étape de l'assise sociale, puis *'arabeyya* (la voiture en arabe dialectal égyptien), attribut de distinction encore relativement rare dans la société égyptienne, puis *'iyâda* (cabinet de consultation), *'imâra* (immeuble), l'immobilier restant un investissement privilégié de la bourgeoisie égyptienne, enfin *'izba* (grande propriété agricole), symbole le plus évident et le plus considéré d'une fortune assurée.

En fait, il est bien rare aujourd'hui de posséder tous ces biens lorsqu'on est médecin. Le mariage lui-même est de plus en plus différé, en raison de la pression financière qui pèse sur les futurs époux, notamment le fiancé, résultant des tendances consuméristes apparues depuis les années 1970, qui ont imposé la coutume d'accumuler préalablement au mariage de nombreux biens matériels. La modestie des salaires des médecins obligent ceux-ci à économiser durant une dizaine d'années, ou à émigrer temporairement dans un pays du Golfe, pour parvenir à constituer le capital nécessaire. Les voitures et désormais les cabinets de consultations, bien que ceux-ci ne fassent guère vivre leur locataire, sont aujourd'hui relativement répandus dans le corps médical, mais posséder des biens immobiliers et fonciers est tout à fait exceptionnel.

Durant la période de l'entre-deux-guerres, les médecins avaient déjà, pour la plupart, un itinéraire qui débutait dans la fonction publique. Mais il ne s'agissait souvent que d'une étape relativement brève, dès alors fort peu valorisée, notamment dans sa variante rurale, qui débouchait ensuite sur une progression continue vers la ville, vers le privé et vers la réussite sociale. Aujourd'hui, les itinéraires de réussite sont exceptionnels et c'est essentiellement par la relève des héritiers que se fait la reproduction de l'élite médicale. On assiste ainsi à une bipolarisation du corps médical, entre une étroite élite professionnelle, généralement vouée à la pratique privée, hospitalière et universitaire, et la cohorte des jeunes (ou désormais moins jeunes) médecins, formés depuis les années 1970 et qui doivent chercher les moyens de

se revaloriser socialement et professionnellement pour tenter de dépasser leur situation de déclassement.

Les stratégies de reclassement

Les stratégies individuelles : des tentatives de reconquête des « cinq 'ain »

Le processus de déclassement que connaît la profession médicale égyptienne a atteint un point particulièrement critique dans les années 1980, à une époque qui était encore dominée par la pratique publique. Depuis, on a pu assister à une diversification des modes de pratique et à un infléchissement net de la pratique publique dans un contexte où l'État a commencé de se désengager de son rôle social et à le confier, du moins partiellement, au secteur privé. Un tel désengagement s'avère d'ailleurs délicat dans la mesure où une partie de la population égyptienne connaît une paupérisation croissante et se trouve exclue des processus de modernisation et de libéralisation économique accélérés que connaît le pays depuis près d'une décennie. Mais ces changements donnent aussi l'occasion aux médecins de développer des stratégies visant à reconquérir une position professionnelle et sociale sinon enviable, du moins décente.

La multiactivité constitue l'un des principaux moyens d'augmenter les revenus liés à l'exercice professionnel. Avec l'ouverture de la santé au secteur privé, les cabinets de clientèle ont fleuri, notamment dans les quartiers périphériques des grandes villes, dans ces vastes zones informelles habitées par des populations (très) modestes mais non pas réellement pauvres. Mais ces quartiers sont aujourd'hui quasi saturés et l'extension du secteur privé médical bénéficie désormais aux provinces égyptiennes, mouvement qui accompagne d'ailleurs l'urbanisation croissante du monde rural. Mais dans un cas comme dans l'autre, les revenus tirés de ce type d'exercice demeurent modestes et la concurrence entre praticiens est vive. Le repli sur le local permet d'ailleurs d'y mobiliser des ressources familiales ou relationnelles au profit du praticien originaire, de façon plus aisée que dans les grandes villes où les liens de solidarité traditionnels tendent à se relâcher. La multiactivité, qui nécessite un temps de travail

extensif, souvent couplé à une intense dépense d'énergie dans les embarras des grandes villes, ne participe guère à une amélioration de la qualité des soins.

La pseudo-spécialisation, assez caractéristique de la situation égyptienne, est une stratégie qui vise la distinction dans un contexte de quasi-surpopulation médicale. De façon générale, la spécialisation est une tendance lourde de la profession égyptienne. Ainsi, en 1997, 55,5 % des médecins employés par le ministère de la Santé et de la Population sont des spécialistes. Une autre enquête de 1995 montre que 88 % des médecins privés sont des spécialistes. Mais se pose ici un problème de définition de la spécialité. En effet, la frontière est floue entre la véritable spécialité et le supplément de formation donné par l'année dite « *d'imtiyâz* », qui correspond à une année obligatoire de résidanat après six années d'étude, au cours de laquelle sont approfondies trois disciplines médicales. Le terme de spécialisation est donc utilisé de façon abusive par de nombreux praticiens qui n'hésitent pas à faire figurer sur leur plaque professionnelle à l'entrée des cabinets trois « spécialités », aussi éloignées soient-elles les unes des autres. Le ministère de la Santé n'a ni les moyens ni le personnel nécessaires pour effectuer des contrôles efficaces contre ces abus, mais en tout état de cause, ce phénomène montre à quel point il est peu valorisé de s'afficher comme simple généraliste.

Les cliniques religieuses offrent désormais un bassin d'emploi non négligeable pour les médecins égyptiens, qui exercent généralement dans ces établissements conjointement avec d'autres modes de pratique (publique et/ou privée). Les dispensaires attachés aux églises et surtout aux mosquées se sont multipliés au cours des vingt dernières années, dans une démarche initiée par de nombreux acteurs du mouvement de renaissance religieuse, allant du groupe le plus radical à la traditionnelle association de charité. Dans le contexte actuel de désengagement de l'Etat, ces établissements veulent se constituer en recours, offert au plus grand nombre, pour bénéficier, dans de bonnes conditions, de la médecine moderne, en évitant les excès du libéralisme. Ils offrent en effet un mode alternatif de pratique face au secteur public déconsidéré et au modèle trop ouvertement élitiste des grands hôpitaux privés. La référence religieuse contribue à rassurer les

patients et à revaloriser la profession médicale, souvent fustigée pour son manque d'éthique.

L'engagement dans une Organisation non gouvernementale, étrangère ou du moins en liaison avec les réseaux étrangers, constitue de plus en plus un mode privilégié de requalification professionnelle. L'accès à ce type de structure est cependant soumis à un certain nombre de conditions (bonne maîtrise d'une langue étrangère, compétence non seulement médicale mais également administrative ou organisationnelle), ce qui restreint ce mode d'exercice aux détenteurs d'un bon capital social.

Enfin, pour les jeunes médecins issus des classes moyennes, l'émigration dans les pays pétroliers constitue un moyen d'accélérer le processus de réussite professionnelle. L'Égypte, qui produit des médecins en grand nombre, s'est révélée un réservoir de main d'œuvre d'autant plus disposée à l'émigration que celle-ci permet de réduire le décalage entre la démographie médicale et la faiblesse des structures d'emploi disponibles dans le pays, et permet d'obtenir des salaires très supérieurs. Les occasions d'emploi dans les pays pétroliers commencent néanmoins à diminuer dans la mesure où certains produisent désormais eux-mêmes des médecins, formés soit à l'étranger soit dans les universités locales nouvellement créées. De plus, la compétence et la qualité des diplômés égyptiens commencent à être mises en question et certains pays refusent l'immigration des médecins formés après 1976, date à laquelle les effets négatifs résultants de l'extension inconsidérée des effectifs des facultés de médecine ont commencé à se faire sentir.

Reprise de l'offensive publique : l'impact des prescriptions internationales

Le désengagement de l'Etat des secteurs sociaux, amorcé dans les années 1980, ne signifie pas pour autant un renoncement total de sa part à une implication dans le domaine sanitaire. Le poids de l'héritage nassérien demeure prégnant et l'Etat ne saurait abandonner sa vocation sociale, au risque de voir vaciller sa légitimité. Mais depuis près d'une décennie, sa participation au secteur de la santé a commencé à changer de façon assez radicale. Longtemps cantonnée

aux seules politiques publiques nationales, la définition des politiques de santé est de plus en plus imperméable aux influences extérieures, et singulièrement aux prescriptions des organisations intergouvernementales. Au début des années 1990, une expertise internationale s'est déployée en Egypte, pilotée par l'USAID et appuyée par le ministère égyptien de la Santé et de la Population, dont les travaux ont permis de dresser un bilan très médiocre des performances du système de santé. Les nombreux rapports publiés à cette occasion par les experts étrangers mettent en évidence une situation marquée par l'inégalité, tant sociale que géographique.

La Haute-Egypte rurale notamment, c'est-à-dire le sud de la Vallée du Nil, connaît des conditions sanitaires particulièrement précaires. Le taux d'équipement et de personnel ne cesse de décroître plus on s'éloigne du Caire en direction du sud, alors que la région du Delta, plus ramassée géographiquement et dont tous les lieux sont relativement proches du Caire ou d'Alexandrie est nettement mieux pourvue. Les indicateurs de santé suivent sans surprise les mêmes courbes : la Haute-Egypte est toujours mal placée, comparée au Delta et *a fortiori* aux gouvernorats urbains. Le secteur public de santé contribue lui-même à creuser ces inégalités régionales. En effet, les dépenses du secteur gouvernemental sont près de deux fois supérieures *per capita* en milieu urbain qu'en milieu rural. De même, l'argent public va dans les gouvernorats et les régions où le taux de mortalité infantile est le plus bas. Dans l'état actuel du système, les régions les moins favorisées, tant du point de vue des indicateurs de santé que de celui des structures de soins et des personnels, sont aussi celles qui reçoivent les financements les plus réduits.

Face à ces dysfonctionnements, et alors que le gouvernement égyptien accélère la libéralisation économique, dont le processus ne manquera sans doute pas de précipiter les phénomènes d'inégalité sociale, la nécessité de mener une réforme du système de santé s'est imposée. En 1996, année qui voit un nouveau train de mesures libéralisant l'économie, ainsi que l'arrivée aux commandes du ministère de la Santé et de la Population d'un nouveau ministre déterminé à laisser sa marque dans le paysage sanitaire égyptien, le gouvernement égyptien

fait appel à la Banque mondiale devenue, depuis la publication de son rapport 1993 *Investir pour la santé*, l'une des principales agences internationales intervenant dans le domaine de la santé.

Le rapport remis par la Banque au gouvernement égyptien en juin 1996 donne son accord pour une intervention, mais soumet celle-ci à la condition d'opérer une réforme d'ensemble du système de santé, jugé structurellement trop fragile pour se contenter d'actions limitées et ponctuelles. Par ailleurs, la Banque réclame l'implication d'autres financeurs dans ce projet, compte tenu de son ampleur. L'USAID, déjà engagé en Egypte dans un projet similaire se joint au partenariat, ainsi que l'Union Européenne qui met alors en place sa politique de coopération de l'après-Barcelone. L'ensemble des travaux d'expertise conduits antérieurement à la mise en place du partenariat est mis au service d'une évaluation globale du secteur santé. C'est sur la base de leurs conclusions qu'est proposé un projet de réforme de l'ensemble du système de santé égyptien.

En juin 1998, le projet est achevé et les accords de financement établis entre les trois principaux bailleurs de fonds. Ils conviennent de consacrer 260 millions de dollars à ce projet, ce qui constitue pour l'Égypte une forte motivation à se plier aux normes internationales proposées par ces agences. Une première phase d'application est lancée à titre d'essai dans trois des vingt-six gouvernorats égyptiens.

Très schématiquement, le dispositif adopté prévoit une extension de l'assurance maladie à l'ensemble de la population. Cette couverture sociale serait régulée par un Fonds national d'assurance maladie, mais elle serait aussi limitée à un « paquet » de prestations de base, tant préventives que curatives, en principe définies en fonction du profil pathologique local et des principaux besoins. Au-delà de ce « paquet », les prestations devront être couvertes par tout autre moyen, assurance privée ou intervention de l'employeur, par exemple.

Dans le cadre de cette réforme, un certain nombre de mesures vise tout à la fois à contrôler et à requalifier la profession médicale. La première d'entre elles, politiquement très sensible, est l'instauration d'un *numerus clausus* à l'entrée des facultés de médecine. Par ailleurs, au terme du cursus universitaire, l'autorisation d'exercer ne sera que

temporaire, renouvelable tous les cinq ans, après vérification des compétences. Le cas échéant, une phase de formation sera nécessaire pour obtenir une nouvelle autorisation. Enfin, l'exercice dans le secteur public devrait être plus rigoureusement suivi, de façon à éviter les très nombreux passe-droits qui permettent à des praticiens affectés en province, d'obtenir des postes dans la capitale ou à Alexandrie. Une carte des emplois publics devrait être mise en place, tenant à jour les postes disponibles. Les nouveaux diplômés se verront proposer une seule offre ; en cas de refus, ils devront renoncer à la fonction publique.

Plus généralement, la réforme devrait permettre une tentative de requalification du généraliste en « médecin de famille ». En effet, avec la promotion du concept de santé de famille, la famille sera désormais au principe du système de santé, et non plus la dichotomie établie depuis le premier tiers du XIX^e siècle entre rural et urbain. Ainsi, les unités de soins rurales et les centres de santé urbains seront dénommés « Family Health Unit » et « Family Health Center ». En ce qui concerne la profession, cette qualification de « médecin de famille » est présentée comme une spécialité à part entière, à l'image de son équivalent anglo-saxon. Mais si une première cohorte de quelques centaines de médecins a déjà été envoyée dans des universités américaines pour se former à cette nouvelle spécialité, il reste à craindre qu'en l'absence d'une réforme profonde des études de médecine en Egypte, cette requalification ne demeure que le camouflage, sous un terme nouveau, d'une médecine de base dont les conditions d'exercice, elles, ne changeront guère, et il est peu probable que les médecins égyptiens s'y laissent prendre.

La réforme actuellement mise en place tente une nouvelle fois d'ajuster le système de santé aux besoins de la population égyptienne, notamment dans sa composante rurale, laquelle est aussi souvent la catégorie la plus défavorisée. Dès l'origine, Clot bey, le fondateur de la médecine moderne égyptienne, s'est attaché, avec un certain succès, encore qu'éphémère, à déployer ses officiers de santé dans le monde rural, notamment pour y diffuser la vaccination antivariolique. La période réformiste de l'entre-deux-guerres s'est à son tour attachée à ce projet, mais ses ambitieux plans de couverture sanitaire exhaustive

se sont vite épuisés face à l'ampleur de la tâche à accomplir, et devant la mauvaise volonté des praticiens, déjà promus à un statut bourgeois. La Révolution nassérienne, avec plus de moyens financiers, plus de personnels, et une volonté politique plus affirmée, est parvenue à améliorer notablement la situation, sans toutefois faire se rejoindre les deux logiques contradictoires. Dans une société comme l'Égypte, largement construite par le haut, se distinguent d'une part une logique professionnelle, dont relèvent les médecins, faite d'un processus d'acquisition du prestige et de l'aisance matérielle, et une logique sociale d'autre part, initiée par l'État, qui cherche à assurer une couverture sanitaire décente à une population pauvre, nombreuse, et répartie sur un vaste territoire. Toutes les tentatives de concilier les deux logiques dans un même système ont plus ou moins échoué, instaurant un mouvement constant par lequel, lorsque l'effort se porte sur la base, c'est au détriment de la profession, et lorsque la base est négligée, c'est la profession qui en tire bénéfice.

Références

- Egypt Health Sector Reform Program*, first draft, ministère de la Santé, République arabe d'Égypte, décembre 1997.
- Clayton Ajello, *Baseline skills, Knowledge survey*, USAID, maers, 1981.
- Egypt Health Sector Reform Program*, first draft, ministère de la Santé, République arabe d'Égypte, décembre 1997.
- Provider Survey*, USAID/PHR, 1995.
- Egypt Health Sector Reform Program*, first draft, ministère de la Santé, République arabe d'Égypte, décembre 1997.
- Rapport sur le développement dans le monde. Investir pour la santé*, Banque mondiale, 1993.

La professionnalisation des couches

Jacques Gélis*

Résumé. Ce n'est que récemment, au regard de l'histoire, que l'assistance aux femmes en couches est sortie du domaine de l'aide mutuelle pour devenir une profession. La professionnalisation des couches est le résultat d'un long processus de transformation des conditions d'assistance dans les sociétés occidentales. C'est le XVIII^{ème} siècle qui marque vraiment l'inflexion décisive, même si, dès le XVII^{ème} siècle, certaines sages-femmes urbaines font de la pratique des accouchements leur moyen d'existence. En réalité, lorsqu'on évoque la professionnalisation de l'accouchement, on doit faire référence à un double mouvement ; d'une part, on assiste au passage de l'accoucheuse traditionnelle - la matrone - à la sage-femme, instruite des rudiments de l'art dans une école d'accouchement ; d'autre part, à partir du milieu du XVII^{ème} siècle, l'apparition des premiers accoucheurs vient transformer radicalement l'atmosphère des couches, *qui jusqu'alors rappelons-le s'effectuaient exclusivement entre femmes.*

Mots clés : profession, matrone, sage-femme.

Les processus qui ont amené la professionnalisation des couches sont complexes et il faut éviter ici deux écueils, deux optiques réductrices : en premier lieu, l'idéalisation de la naissance d'autrefois (plus proche de « la nature », elle se serait déroulée dans un climat plus convivial et plus serein : un parfum de paradis perdu), et à l'inverse l'idéalisation des pratiques médicales (la voie royale de la toute nouvelle science qu'est l'obstétrique). Or, on ne peut nier que les couches d'autrefois aient été trop souvent dramatiques, car lorsque quelque complication intervenait la matrone n'était pas toujours à la hauteur ; de leur côté,

* Historien, Université Paris VIII

les chirurgiens qui s'improvisaient accoucheurs n'étaient pas non plus exempts de critiques. Une chose est sûre : ni sa volonté de dominer le monde des couches, ni la meilleure compétence qu'il revendique ne peuvent expliquer la relative rapidité avec laquelle l'accoucheur s'est imposé aux femmes en couches dans les villes d'Europe occidentale au cours du XVIIIème siècle. C'est là un point essentiel : la professionnalisation des couches ne peut se comprendre sans référence aux évolutions culturelles. Trois points seront ainsi abordés : avant la profession, l'univers de la matrone ; l'émergence de la sage-femme et de l'accoucheur ; le changement culturel à l'origine de la mutation.

L'univers de la matrone

Aussi loin que l'on remonte dans l'histoire (dans la Bible ou les textes médiévaux), on trouve l'accoucheuse. Et très tôt, dans les différentes cultures, l'accoucheuse apparaît comme jouant un rôle qui dépasse largement celui d'assistante aux femmes qui accouchent ; elle apporte une aide, mais elle est aussi la dépositaire d'une culture. Elle est souvent celle qui donne la vie et celle qui ensevelit les morts, tenant ainsi les deux bouts de la chaîne de toute existence. Dans des sociétés occidentales qui, jusqu'au milieu du XIXème siècle, restent à dominante rurale, elle a donc une place centrale dans la communauté. Et il n'est donc pas étonnant que l'une des constantes de l'Église, et du curé de paroisse, à partir du XVIIème siècle, ait été de contrôler l'accoucheuse. Mais qui est accoucheuse ? Comment devient-on accoucheuse ? Quel savoir a-t-elle et comment se fait la transmission de ce savoir ? Avec quels résultats ?

Le monde des accoucheuses est un univers fermé aux hommes qui n'assistent pas aux accouchements, même pas bien souvent à celui de leur femme, et ne pratiquent pas. La situation la plus ordinaire, c'est l'aide mutuelle entre femmes (« la voisine aide la voisine ») ; mais très rapidement, une femme s'impose, grâce à son doigté, à sa force de caractère, à son rôle dans la communauté. Ce que l'on attend de l'accoucheuse c'est qu'elle soit là lorsqu'on a besoin d'elle (« qu'elle soit exacte ») et qu'elle apporte aide physique et morale à la femme « en travail ». L'image d'une femme âgée, que l'on a

traditionnellement de la matrone est partiellement vraie, car elle doit être libre l'aller et venir, et donc ne pas être empêtrée de marmaille, donc avec des enfants déjà élevés. En tous cas, il est bien clair que non seulement elle doit être mariée, mais qu'elle doit avoir fait elle-même l'expérience de la maternité : une fille ne serait jamais agréée. En réalité, il existe des différences selon les régions ; ainsi, en France méridionale, l'accoucheuse est en moyenne moins âgée que dans les provinces du nord. La matrone doit surtout avoir la confiance des femmes de la communauté yillageoise : être accoucheuse c'est aussi une certaine manière d'être avec les autres. La connaissance ne suffit pas : c'est la raison pour laquelle, il existe fréquemment plusieurs accoucheuses par communauté ; et dans les communautés mixtes alsaciennes, au 17^e et au 18^e siècles, il y a toujours une catholique et une protestante.

On devient accoucheuse de plusieurs manières ; outre celle qui s'impose par sa force de caractère, il y a celle qui a suivi sa mère ou sa tante et qui en a appris les « petits secrets ». On peut aussi s'improviser accoucheuse le jour où personne n'est là pour aider (l'accoucheuse est souvent appelée jusqu'au début du XX^{ème} siècle « la femme qui aide ») ; c'est dire la part d'improvisations, d'opportunisme, dans une circonstance qui met pourtant en jeu la vie de deux êtres humains et l'avenir d'une famille. Leur savoir est essentiellement empirique : le savoir sans la théorie ; l'apprentissage sur le tas, avec ce que cela suppose d'improvisation. Mais en même temps, on sait que l'on est sous le regard des autres : il faut savoir attendre que l'enfant décide de sa naissance (explique sans doute la grande liberté laissée à la femme qui accouche, les diverses positions qu'on lui laisse prendre par exemple), mais pas trop (et une attitude bienveillante peut laisser place rapidement à des comportements paniques lorsque l'enfant tarde à naître).

Nous sommes dans un univers dominé par la pensée analogique et le magisme et toute la science de la matrone s'inscrit dans ce cadre mental : la grossesse et ses interdits, le rôle des amulettes (la pierre d'aigle ou la rose de Jéricho), et après la naissance, le soin que l'on prend du placenta. L'attitude de la matrone et de l'assistance résulte d'un certain imaginaire du monde, d'une certaine conscience de la vie

et de l'enchaînement des générations, d'une certaine conception du corps (le corps de la femme que l'on secoue pour qu'il rende le fœtus, l'importance accordée aux ouvertures du corps et les parfums ou les mauvaises odeurs que l'on approche de la bouche ou de la vulve pour attirer l'enfant ou le refouler, etc.). Mais si des complications apparaissent, si l'enfant et la mère sont en danger, c'est toujours le sort de la mère qui est privilégié : on sauve ce qui vit, ce qui existe.

La matrone est récompensée pour les services qu'elle rend : elle a donné de son temps et de son énergie ; elle reçoit un contre don en nature (repas, bois, produits alimentaires). Souvent veuve et pauvre, elle compense ce peu de relief social par une influence occulte dans le village : « la bonne mère » est un peu la seconde mère de tous les enfants de la communauté. Plus tard, si elle est encore de ce monde, elle assistera à leur mariage, après s'être entremise comme « marieuse » entre les familles.

En pays catholique, elle joue un rôle décisif lorsqu'il s'agit de sauver l'enfant à la vie éternelle : elle a le devoir d'ondoyer les enfants qui naissent faibles et qui risquent de mourir avant le baptême ; elle a la reconnaissance de l'Eglise et du curé, auprès duquel elle doit prêter serment après avoir fait la preuve qu'elle connaît les bonnes formules du « petit baptême ». L'Eglise, essentiellement pour des raisons spirituelles (le baptême en cas de difficulté pour l'enfant), est ainsi la première à se soucier de normaliser l'exercice de l'accoucheuse traditionnelle. Cette reconnaissance la met en première ligne lorsqu'il s'agit de faire des nouveau-nés de bons chrétiens, c'est-à-dire de bons catholiques. Elle joue un rôle essentiel dans la reconquête des esprits, dans le dispositif de lutte contre l'hérésie après la Révocation ; la question du baptême et le rôle de la sage-femme sont au cœur de la controverse religieuse ; la charge de sage-femme est interdite aux protestantes après 1685.

L'émergence de la sage-femme et de l'accoucheur

Avant le XVI^{ème} siècle, les hommes de l'art sont donc absents de la pratique ; ils manifestent même peu d'intérêt pour ce qui deviendra « la science des accouchements ». La connaissance qu'ont les

chirurgiens - l'accouchement est alors du domaine de la chirurgie - des mécanismes des couches reste très théorique ; l'intérêt qu'ils portent à l'accouchement reste jusqu'à Ambroise Paré purement spéculatif. Ce sont donc les sages-femmes, c'est-à-dire les accoucheuses ayant reçu une formation théorique et pratique, qui assurent pendant longtemps l'exclusivité des accouchements.

La sage-femme

La sage-femme est une innovation urbaine de la fin du 14^e et du 15^e siècle : pour des raisons de bonne gouvernance, d'ordre public, les villes de la modernité - Flandre et Artois, Bourgogne, Alsace et Allemagne méridionale - développent alors des services d'assistance aux plus démunis, en particulier aux femmes pauvres qui accouchent. La « sage-femme des pauvres » est souvent une création de temps de crise, de même que la « sage-femme de peste » destinée à prêter, avec quelle abnégation, ses services aux femmes contaminées par l'épidémie. Progressivement, apparaît la « sage-femme pensionnée » ; formée par celle qui l'a précédée dans la fonction, sous le contrôle des hommes de l'art, elle est reçue officiellement en séance publique « en pleine halle » par les échevins. Elle est certes examinée par les médecins ; mais le rôle des hommes de l'art est alors, et jusqu'au XV^{ème} siècle, de pure forme, puisqu'ils ne savent rien de la pratique des accouchements ; néanmoins, la future sage-femme doit s'engager à demander leur aide en cas de difficultés.

C'est tout le problème des corporations interdites aux femmes qui est derrière cette prescription : puisque les femmes ne peuvent constituer des cadres professionnels, elles dépendent des hommes, en l'occurrence, pour les accouchements, des chirurgiens. Cette volonté de contrôle s'explique de plusieurs manières. Il s'agit tout d'abord d'éviter les grossesses illégitimes et les infanticides, surtout après l'édit de Henri II de 1556, destiné à découvrir les femmes qui « cèlent leur grossesse », parce qu'elles n'envisagent pas de garder l'enfant qu'elles portent. Il s'agit aussi de sauver les enfants et les femmes de la mort lors des couches : la préoccupation charitable (des 15^e et 16^e siècles) apparaît avant la préoccupation populationniste (fin 17^e et surtout 18^e siècles).

La sage-femme pensionnée, qui détient une véritable charge publique, reçoit en contrepartie de son travail une rétribution fixée par contrat (en argent et nature). Elle s'engage par serment à « aider et secourir les femmes enceintes à accoucher d'enfants aussi bien au pauvre qu'au riche et à toute heure qu'elle sera mandée » (Lille, XV^{ème} siècle). Elle doit se montrer mesurée, discrète et en particulier promettre de ne pas « révéler de secrets de famille ». Toutes ces mesures qui sont le fait des villes s'accompagnent de la publication de règlements visant à contrôler l'exercice des sages-femmes ; ainsi l'accoucheuse devient-elle progressivement un instrument de contrôle de la population.

Les sages-femmes de grandes villes qui avaient joui en Allemagne du sud d'une assez grande liberté d'action (c'était la *obfrau*, la maîtresse sage-femme qui veillait jusqu'alors au respect de la saine pratique) sont de plus en plus surveillées. Ce qui doit être mis en relation une fois de plus avec la stratégie de la Contre-Réforme catholique. Désormais on précise les cas où la sage-femme doit obligatoirement faire appel à l'homme de l'art : au terme d'une évolution qui est générale, la sage-femme urbaine perd progressivement l'autonomie qui était la sienne.

En réalité, bien souvent, par manque de compétence et d'intérêt des chirurgiens pour les accouchements, surtout en province, la dépendance des accoucheuses reste théorique (sauf à Paris). Ce n'est qu'à partir de la fin du XVII^{ème} siècle et surtout au cours du XVIII^{ème} siècle que le rappel au règlement apparaît, et l'intérêt nouveau des hommes de l'art pour l'obstétrique n'y est bien entendu pas étrangère. Ajoutons-y pourtant la volonté du gouvernement de protéger les populations dans le cadre d'une politique populationniste qui commence à s'affirmer. Celle-ci s'exprime en particulier, par l'uniformisation de la réglementation : à partir de 1730, la réglementation royale remplace désormais les règlements municipaux. (on distingue désormais trois catégories de sages-femmes selon leur lieu d'exercice).

La sage-femme est désormais au service des pouvoirs. Payée par la communauté urbaine, l'accoucheuse pensionnée est conduite à en défendre les intérêts matériels et moraux. Instituée initialement pour

des raisons charitables, ses compétences sont désormais également utilisée à des fins de contrôle social. Il en résulte un nouveau comportement et une nouvelle image de la sage-femme : refus d'assumer des accouchements clandestins, voire des avortements ; et en revanche acceptation de « visiter » des femmes, c'est-à-dire de procéder à un examen gynécologique, lorsqu'un soupçon d'accouchement clandestin pèse sur l'une d'elle. Dans le temps où l'on croit constater au XVIII^{ème} siècle un relâchement des mœurs, la sage-femme se trouve enrôlée dans une entreprise de moralisation de la société ; elle devient l'instrument d'une politique répressive. Cette femme est en effet à un carrefour : elle détient une charge publique, mais officie dans l'intimité des familles, et jusqu'alors, on l'a vu, on insistait sur son indispensable discrétion. Or, maintenant, très officiellement, elle est invitée à dénoncer les personnes qui accoucheraient en secret chez elle, ou avec son aide (en particulier les filles-mères qui viennent à la ville se débarrasser de leur fruit illégitime et qui sont accusées de grever ainsi les finances des villes).

Le problème de la formation de ces sages-femmes urbaines

Pendant longtemps le seul lieu de formation qui exista fut l'Ecole ou Maternité de l'Hôtel Dieu de Paris fondée en 1630. Elle était dirigée par la Dame des Accouchées, une sage-femme de qualité, douée d'une solide autorité, qui ne tolérait pas dans son service la présence d'un homme de l'art. Cette école était excellente, mais elle formait peu d'élèves : 16, 24, puis 40 par an au XVIII^{ème} siècle, ce qui était bien entendu très insuffisant pour les besoins du pays, d'autant que l'on y acceptait des élèves recommandées par des souverains étrangers. Il y avait beaucoup de postulantes et peu d'élues que l'on s'arrachait. Elles s'installaient de préférence dans les grandes villes où existait une riche clientèle et surtout dans les villes de résidence royale : Paris, Fontainebleau, Versailles et Saint-Germain.

Les élèves étaient internes et recevaient une formation pendant trois mois, dans des conditions très satisfaisantes ; l'enseignement était à la fois théorique et pratique. L'enseignement clinique y était la règle et au début du XVIII^{ème} siècle, par exemple, mille femmes étaient ainsi

accouchées chaque année devant les élèves et par les élèves. Les cas les plus difficiles étaient expérimentés par les élèves ; ce qui leur donnait une grande compétence lorsqu'elles rencontraient des cas similaires au cours de leur propre exercice.

Comme toutes ces accoucheuses émérites devenaient sages-femmes dans les villes, les campagnes furent longtemps livrées à elles-mêmes, ou plutôt à la pratique des matrones traditionnelles. Aucune évolution n'est perceptible ici avant 1760. La formation est toujours empirique ; et l'accoucheuse, parfois élue par les femmes de la communauté - principalement dans l'est de la France- est toujours surveillée par le curé, de crainte qu'elle n'introduise dans sa pratique des traits condamnés par l'Eglise.

L'émergence de l'accoucheur

L'intérêt pour la pratique des accouchements chez les chirurgiens émerge à partir de la deuxième moitié du XVIème siècle et surtout du milieu du XVIIème siècle ; c'est en effet en 1668 qu'est publié pour la première fois le *Traité des maladies des femmes grosses et accouchées* de François Mauriceau, dont on dit volontiers qu'il marque l'acte de naissance de l'obstétrique. Pourquoi cet intérêt pour l'obstétrique, alors que les praticiens s'en sont peu préoccupés jusqu'alors, sauf exception ? On peut avancer plusieurs raisons.

Le discrédit des accoucheuses, surtout à partir de 1680 c'est-à-dire à un moment où certaines d'entre elles sont fortement mises en cause dans des affaires d'avortements, en particulier au moment de « l'Affaire des poisons ». Puis, la campagne de dénigrement contre les sages-femmes, à laquelle tout ce qui est réformiste adhère au XVIII^{ème} siècle (cf. L'Encyclopédie) facilite l'irruption du praticien dans le monde des couches ; même si elle est en fait dirigée contre les matrones de routine, elle englobe vite les sages-femmes.

L'intérêt des chirurgiens, ensuite. Il y a chez eux un très fort désir d'affirmation sociale face aux médecins, leurs éternels rivaux, qui se veulent des intellectuels, maniant la latin à merveille, mais piètres soignants. Les chirurgiens au contraire sont des artisans, des hommes

pratiques, des hommes de peine ; ils sont alors l'aile marchante de l'art de guérir, face barbiers dont ils viennent de se séparer, et aux médecins englués dans leur médecine sclérosée. Et l'obstétrique devient alors pour les chirurgiens un moyen de se hausser dans l'échelle sociale, de bénéficier, alors que les accouchements deviennent à la mode, d'une certaine notoriété et de se hausser socialement à la hauteur des médecins, un vieux rêve. A la fin du XVIII^{ème} siècle, le grand chirurgien-accoucheur qu'est Baudelocque est présenté comme un « nouveau sauveur » des mères et des nouveau-nés.

Ajoutons que les accoucheurs sont encouragés par les pouvoirs publics à partir de la fin du XVII^{ème} siècle avec la montée des thèses populationnistes. Ils ont l'appui de tous « les modernes », les Encyclopédistes en tête. On assiste alors à la lente élaboration d'une politique réformiste qui va consister à déborder les vieilles institutions des collèges de chirurgie, avec en particulier la création de l'Académie royale de chirurgie en 1743. Or, ces chirurgiens qui se destinent à l'obstétrique reçoivent désormais une meilleure formation : progrès de la théorie, meilleurs manuels, entretiens avec sages-femmes, début de la clinique, parfois au domicile d'un maître. Le rôle des cours privés est de ce point de vue essentiel, principalement en Angleterre. Ainsi se forme une nouvelle génération de chirurgiens, qui font de l'obstétrique « leur principal » dans les villes (davantage au nord de la France et de l'Europe qu'au sud) dans les années 1730-1760. De ce point de vue un praticien comme Mauquest de La Motte exerçant dans les campagnes du Cotentin dès la fin du XVII^{ème} siècle fait figure de précurseur ; mais à la même époque, ce genre de praticien existe aussi aux Provinces-Unies et en Angleterre ; l'accoucheur vient du nord.

La politique des cours publics d'accouchement destinés à former les accoucheuses de campagnes favorise paradoxalement les accoucheurs. Le tour de France qu'entreprend la maîtresse sage-femme Madame Du Coudray à partir de 1760 va durer 25 ans et permettre la formation d'environ 10 000 accoucheuses, selon une pédagogie adaptée. Mais une fois partie, c'est un chirurgien qui va poursuivre sur place le cours d'accouchement ; ce qui va conforter l'idée que décidément les

chirurgiens accoucheurs sont beaucoup plus savants que les sages-femmes, puisque c'est à eux que l'on va accorder le brevet de démonstrateur et confier le matériel de démonstration : dans le temps où l'on interdit aux sages-femmes l'usage des instruments. Or, le forceps devient un moyen supplémentaire de s'imposer pour les accoucheurs français ; fidèles à l'enseignement de Levret, promoteur en France du forceps, les accoucheurs français manient le forceps plus qu'il ne faudrait, s'opposant en cela aux accoucheurs anglais, qui, devant la pression de l'opinion publique, utilisent les instruments avec beaucoup plus de modération à partir de 1760. Il faut donc tenir compte ici également de la diversité européenne des pratiques et des comportements.

Il faut enfin rappeler les deux derniers atouts des chirurgiens dans leur entreprise de contrôle des accouchements. D'abord « le grand tour » qui, à l'image des artistes se rendant en Italie, conduit les futurs accoucheurs auprès des grands maîtres européens. Un jeune chirurgien peut ainsi fréquenter pendant plusieurs années les cours de différents maîtres à Paris, Londres ou Strasbourg - la grande école européenne dirigée par les Fried - mettant à l'épreuve les méthodes enseignées et forgeant ainsi peu à peu sa propre méthode. De telles missions sont parfois financées par les princes, toujours soucieux de contribuer à la sauvegarde des femmes et des enfants et à l'accroissement de la population.

Les chirurgiens ont un autre avantage par rapport aux sages-femmes. Celles-ci n'ont souvent ni le temps, ni la possibilité de continuer à s'instruire après leur formation ; les chirurgiens au contraire disposent de tout un choix de supports écrits, en particulier des revues médicales et des traités d'accouchement, qui leur apportent des compléments précieux sous forme d'études de cas. Sans négliger la correspondance qui est souvent importante avec les amis que l'on a connus au cours du « grand tour », et avec d'autres praticiens de grandes villes. Tous ces supports anciens et nouveaux, tous ces réseaux de relations contribuent sans conteste à favoriser les accoucheurs aux dépens des sages-femmes et à cantonner celles-ci dans une pratique sans perspectives.

Mais ce qui explique fondamentalement la pénétration relativement rapide, mais inégale géographiquement, de l'accoucheur dans l'horizon des couches, ce sont les mutations culturelles qui sont apparues peu à peu dans la société occidentale. Le désir des femmes de se sauver et de sauver leur enfant s'affirme progressivement dans les villes : l'accoucheur, non sans conséquences parfois pour l'équilibre de la femme, est accepté dans tous les milieux sociaux, dès lors qu'il fait la preuve de sa compétence (c'est le cas de La Motte déjà cité dans les campagnes du Cotentin à la fin du XVII^{ème} siècle) et qu'il adapte ses honoraires au milieu social dans lequel il intervient (comme le fait Pierre Robin à Reims, un siècle plus tard).

A l'origine de la mutation : le changement culturel

L'entrée de l'obstétricien dans le champ de la pratique au cours de la seconde moitié du XVII^{ème} siècle et surtout au cours du XVIII^{ème} siècle a été interprétée par ceux qui ont été longtemps les seuls à en parler, les médecins, comme une réponse technique à un problème réel à cette époque : l'effroyable mortalité en couches et à la naissance. Grâce à ses connaissances et à l'instrument, le praticien aurait résolu l'essentiel des problèmes posés par les couches. Empruntant la voie royale de la science, au nom du combat pour la vie, il aurait vaincu les préjugés des populations et l'obscurantisme des vieilles matrones.

Si le combat pour la vie est bien une réalité au XVIII^{ème} siècle, l'émergence de l'obstétricien ne résulte pas seulement de son savoir, qui reste encore limité. En réalité, cette évolution n'a été possible que parce qu'en profondeur les mentalités avaient changé. L'acceptation par les femmes des villes de l'homme-accoucheur, que l'éducation reçue leur avait fait longtemps repousser (surtout en milieu catholique, car les milieux protestants paraissent adopter la pratique de l'accoucheur avec une plus grande rapidité et avoir une moins grande prévention), témoigne des changements intervenus dans les mentalités. C'est la demande sociale qui est à l'origine de l'innovation : le désir des femmes de sauver leur enfant et de se sauver elles-mêmes d'un mauvais pas a créé les conditions de l'intervention du praticien. Le souci de sécurité l'a emporté sur la pudeur.

Derrière l'accoucheur compétent et la sage-femme instruite, se devine une nouvelle attitude devant l'existence, sans laquelle on ne peut comprendre la révolution de l'obstétrique. L'affirmation de l'accoucheur n'est plus alors que l'un des symptômes des mutations culturelles intervenues dans le monde occidental au cours des siècles classiques. Il faut faire un effort pour comprendre ce qui s'est passé à partir de la Renaissance. Les comportements nouveaux à l'égard de l'enfant et de la famille, que Philippe Ariès le premier a souligné, trouvent leurs fondements dans la transformation lente d'une société à dominante rurale où existait une conception originale de la vie et du corps, en une société où la ville allait progressivement imposer une autre « manière d'être au monde » : la nôtre.

A chaque moment de l'histoire, une chaîne invisible, mais très forte, lie la conscience que l'homme a de son corps, sa conception de la vie et sa vision du monde : les trois références qui font l'homme en son temps. Pendant des siècles se sont opposées deux conceptions de la vie, du monde et du corps : celle des populations rurales et celle de l'Église. La conception « naturaliste » de l'existence faisait de la Terre-Mère le vivier où se renouvelaient toutes les espèces, donc l'espèce humaine ; et l'individu n'était qu'un rouage dans la chaîne de solidarités qui unissait les hommes d'une même lignée. Dans ce contexte, le concept de liberté individuelle n'avait guère de sens. Le corps lui-même était en quelque sorte ambivalent. La relation avec la communauté était en effet charnellement ressentie la vie durant : chacun avait son corps en propre et en même temps éprouvait très fortement son appartenance au « grand corps » collectif de la lignée, à ceux de la grande famille des vivants et des ancêtres morts. Et le nouveau-né n'était qu'une pièce parmi d'autres de cette immense mécanique qui semblait ne jamais devoir s'arrêter. L'Église lutta contre cette conception qu'elle jugeait erronée. En valorisant l'individu, le christianisme, religion du salut personnel, allait être amené à s'opposer aux antiques solidarités. Mais si la religion introduisait un ferment de liberté, ce n'était pas essentiellement pour favoriser l'épanouissement de l'homme et de son corps dans la société d'ici-bas, puisque l'objectif était le salut ; l'Église n'évoquait souvent

le corps que pour en dénoncer les pièges ; et ce n'était pas de ce corps-là précisément que commençait à rêver l'homme moderne.

A la ville, à partir du XVI^{ème} siècle, l'individu se dégage progressivement des contraintes lignagères. La modification des concepts d'espace et de temps (l'héliocentrisme de Copernic, 1543), le corps à corps comparatif qu'on établit presque spontanément avec les ethnies des nouveaux mondes, l'exploration anatomique (*La Fabrica* de Vésale, en 1543 également) modifient la conception du corps et la perception de la vie. L'individu entend maintenant disposer pleinement de son corps, d'un corps véritablement autonome. Mais en s'arrachant au grand corps collectif du lignage, il paie son émancipation au prix fort ; car de ce corps il ressent alors l'angoissante fragilité. Lorsque vient l'heure de la maladie, de la souffrance et de la mort, la solidarité de la lignée ne joue plus. D'où son désir de préserver son corps le plus longtemps possible, de le soigner, de le faire durer.

Ainsi, à la passivité, à une sorte de fatalisme qui était le propre des sociétés rurales, fait place désormais une aspiration aux soins, une volonté de se sauver, en faisant appel à ceux qui font profession de soigner le corps souffrant, aux hommes de l'art. Or, à cette demande de soins, dont témoignent les femmes en couches, le praticien de la fin du XVII^{ème} siècle s'avère encore bien incapable de répondre. Songeons aux médecins de Molière ! A la montée des espoirs correspond le retard des savoirs. Et il faudra qu'émergent les thèses populationnistes et que l'État intervienne dans la politique des soins et soutienne les cours de Madame Du Coudray pour que le corps médical prenne conscience de réformer sa pratique. L'intervention de l'accoucheur a donc été largement préparée dans les consciences. Dans un domaine aussi sensible que celui du corps, de la pudeur des couches, elle n'était d'ailleurs concevable que si les femmes y consentaient.

Peu à peu émergent les comportements contemporains : souci de rompre avec la ronde, désormais jugée infernale, des maternités à répétition ; désir d'avoir des enfants non plus seulement pour assurer la permanence du cycle vital, mais pour les aimer et en être aimé.

« Réaliser » le couple, sans être obsédé par la perpétuation de l'espèce.

En médicalisant l'accouchement au XVIII^{ème} siècle, on a créé deux catégories d'accoucheuses. Celles que l'on considère comme bonnes, parce qu'elles sont passées par l'école d'accouchement et acceptent de se mettre au service des pouvoirs, politique, religieux et médical : les sages-femmes ; et celles que l'on dépeint volontiers comme appartenant à la pire espèce, dont toute l'activité s'inscrit dans un cadre de références culturelles désormais rejeté : les « matrones de routine », ces accoucheuses empiriques sans cesse mises en accusation.

Certes, on avait à l'esprit la perspective d'une amélioration sanitaire des populations, et de ce point de vue, il est indéniable que la mortalité en couches et la mortalité néonatale ont été réduites de manière spectaculaire. Mais la volonté de faire le bonheur du peuple n'est pas séparable de la tentative de contrôle des populations, par l'entremise de la sage-femme, qui dut accepter désormais la tutelle effective de l'accoucheur. Une telle évolution cependant, ne peut être jugée seulement en termes d'amélioration des conditions médicales de la naissance. Il est indiscutable qu'en discréditant les matrones, on a contribué efficacement à faire disparaître une « manière d'être au monde » qui différait profondément de la nôtre ; et dans cet univers, la matrone rurale jouait indiscutablement un rôle essentiel.

Dans le temps où l'on vantait les mérites de l'homme des champs – sa famille nombreuse, ses vertus, sa morale que l'on opposait à celle, jugée déplorable de l'homme des villes- on savait les bases mêmes de sa culture. Mais au fond, ce qui s'est passé en Europe occidentale aux siècles passés n'est pas très différent de ce que l'on peut observer aujourd'hui dans certains pays du Tiers-Monde. L'accoucheuse traditionnelle y est tolérée tant que les médecins ne sont pas assez nombreux ou assez compétents. Dès que le seuil est atteint, elle devient vite une gêneuse accusée de mauvaise pratique, qu'il est souhaitable, dans l'intérêt des populations, de faire disparaître en la marginalisant. C'est aussi l'une des vertus de l'histoire que de mettre en évidence les erreurs du passé ; ne serait-ce que pour en éviter le

retour ; mais sans doute en ce domaine, comme dans d'autres, est-il déjà bien tard !

Références

Beauvalet-Boutouyrie Scarlett, *Naître à l'hôpital au XIXe siècle*, Paris, 1999.

Dumont M. et Morel P. *Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie*, Lyon, 1968.

Gélis Jacques, *L'Arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne (XVI e – XIX e siècle)*, Paris, 1984.

Gélis Jacques, *La Sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard, 1988.

Gélis Jacques, *Accoucheur de campagne sous le roi-soleil. Le traité d'accouchement de G. Mauquest de La Motte*, Toulouse, Privat, 1979 ; réédit. Paris, Imago, 1989.

Gélis J. Laget M. et Morel M-F. *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France traditionnelle*, Paris, Gallimard-Juliard, 1978.

Knibielher Yvonne et Fouquet Catherine, *L'Histoire des mères du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Montalba, 1977.

Laget Mireille, *L'accouchement avant l'âge de la clinique*, Paris, le Seuil, 1982.

Lebrun François, *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux XVII e et XVIII e siècles*, Paris, Temps Actuels, 1983 ; réédit. 1995.

Lefaucheur Nadine, *Les accoucheurs des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris. De l'art des accouchements à la protection maternelle et infantile*, Paris, CNRS-MIRE , 1989.

Shorter Edward, *Le Corps des femmes*, Paris, Le Seuil, 1982.

Speert, H. *Histoire illustrée de la gynécologie et de l'obstétrique*, Paris, Da Costa, 1973.

Thébaud Françoise, *Quand nos grands-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux guerres*, Lyon, P. univ. 1986.

Les aides-soignantes, catégorie d'assistance aux professionnels : une impossible professionnalisation ?¹

Anne-Marie Arborio*

Résumé. Créée de toutes pièces par l'administration hospitalière à des fins de reclassement du personnel, la catégorie d'aide-soignante a pris sa place peu à peu dans la division du travail auprès du malade. Si elle a contribué à la professionnalisation d'autres groupes par la prise en charge de leurs tâches les moins valorisées, sa propre professionnalisation est rendue difficile notamment du fait de sa position dans ce dispositif de délégation de tâches.

Mots clés : aide-soignante, professionnalisation, division du travail.

La sociologie des professions privilégie classiquement l'étude de groupes prestigieux, élevés dans la hiérarchie sociale, aux compétences certifiées par des diplômes rares comme les médecins. Les aides-soignantes sont loin de faire partie des groupes présentant de telles caractéristiques. Elles forment une catégorie de personnel hospitalier intermédiaire sur le plan hiérarchique, coincée dans la hiérarchie entre l'infirmière, d'une part, dont le rôle et les compétences techniques sont reconnues et l'agent de service d'autre part, chargé de tâches strictement matérielles. Sur le plan de la division du travail, les tâches des aides-soignantes se situent aux frontières entre ménage et soin ; elles sont clairement séparées du travail médical. Les aides-soignantes prennent plutôt en charge l'hôtellerie, la fonction d'hébergement de l'hôpital (service des repas, ménage autour des

* Sociologue Université de Provence (Aix-en-Provence)

¹. Cet article rend compte d'une recherche qui a donné lieu à une thèse de sociologie publiée en 2001 (Arborio, 2001).

malades), l'assistance aux malades dans leurs gestes quotidiens : faire la toilette, vider les bassins, les aider à se rendre aux toilettes, les aider à téléphoner, etc. et contribuent à la surveillance quotidienne de leur état de santé : non seulement en jetant un coup d'œil dans la chambre mais aussi en assurant le recueil des urines, le relevé des températures, etc. Ces gestes de faible technicité sont communs avec ceux qui sont exécutés par des non-professionnels dans les familles, souvent les mères, lorsque le malade est soigné à son domicile. Enfin, la catégorie d'aide-soignante semble assez peu connue du grand public, ce qui peut étonner du fait des effectifs très nombreux qu'elle représente dans les établissements de soins français, soit plus de 200 000, un effectif proche de celui des infirmières à qui le grand public associe généralement le travail hospitalier non médical. Les praticants réguliers de l'institution hospitalière ne sont enfin pas toujours à même de saisir la subtilité des hiérarchies des personnels auxquels ils ont affaire. La vogue des séries télévisées ayant pour cadre l'hôpital n'a rien fait pour pallier ce défaut de connaissance : les tâches domestiques, il est vrai peu télégéniques, y sont rarement assurées.

S'intéresser aux actes professionnels ou à la professionnalisation dans le domaine de la santé n'implique donc pas forcément de prendre en considération les aides-soignantes. D'une part ce que font les aides-soignantes ne se range pas de manière évidente sous l'appellation un peu solennelle d'acte professionnel qui, dans notre système institutionnel, suppose une codification, une réglementation, avec ses enjeux en termes de responsabilité, de financement... Elles ne travaillent que par délégation du travail infirmier et sous contrôle de l'infirmière. D'autre part, la situation des aides-soignantes ne s'analyse pas comme résultant de l'acquisition d'un statut privilégié : ce sont des salariées, aux salaires ou traitements proches du SMIC, détentrices d'un niveau de qualification CAP, peu considérées, travaillant dans des conditions de travail parfois dures.

En même temps, cette catégorie de l'entre-deux peut faire l'objet d'une analyse en termes de profession ou de professionnalisation de deux points de vue. D'abord, si l'on adopte une conception moins restreinte de ce que sont les professions, plus proche de celle de la sociologie

interactionniste où la profession apparaît comme un construit social et où l'on peut poser les mêmes questions à propos des groupes les plus ou les moins prestigieux comme le propose Everett Hughes (1996), on peut s'interroger sur le processus qui a fait passer ces gestes du quotidien à un groupe spécialisé lorsqu'ils s'exercent dans le cadre hospitalier. Ensuite parce que la catégorie d'aide-soignante peut être analysée pour son rôle dans le processus de professionnalisation d'autres groupes, comme les infirmières ou les médecins.

L'invention de la catégorie d'aide-soignante, créée dans les années 1950, constitue en effet une étape dont il faut examiner les effets d'abord sur le processus de division du travail infirmier et de professionnalisation des infirmières. Ce processus qui amène les aides-soignantes à assister les infirmières qui leur délèguent certaines tâches semble interdire par suite aux aides-soignantes d'acquérir une position plus avantageuse dans la hiérarchie hospitalière, de tendre vers la professionnalisation.

L'invention d'une catégorie de personnel hospitalier : un aspect de la professionnalisation des infirmières

L'histoire de la catégorie d'aide-soignante peut être reconstituée à partir de deux sources bien différentes, d'une part des archives de l'administration qui définit la hiérarchie de son personnel, les règles des éventuels passages d'une catégorie à l'autre, édicte les normes de vie et de travail de chacun de ses employés et les révisé au cours du temps, et d'autre part, concernant une catégorie apparue récemment, les biographies individuelles de personnels retraités. La mobilisation de ces deux types de matériaux permet à la fois de reconstituer le processus d'invention de la catégorie formelle d'aide-soignante de comprendre ses effets réels sur les trajectoires des personnels en poste à ce moment-là.

Les tâches prises en charge par les aides-soignantes sont parmi les plus anciennes réalisées dans les hôpitaux. L'énumération, dans les règlements des hôpitaux (Imbert, 1982 : 212), de ce que devaient faire les employés, montre la proximité de ces tâches avec celles de l'actuelle aide-soignante. Pourtant aucun employé n'exerce sous ce

titre jusqu'à son invention en 1949. Ceux qui assurent au quotidien le travail à l'hôpital, qui est jusqu'au XIXe siècle essentiellement un lieu d'accueil et de gardiennage pour les indigents sont des religieuses mais surtout des personnels laïcs de condition souvent misérable, présentés par les observateurs des hôpitaux comme issus des bas-fonds de la société. Avec la transformation progressive de l'hôpital en institution moderne, médicalisée puis, dans la deuxième moitié du XXe siècle, ouverte à toutes catégories sociales de malades, des réorganisations du personnel sont envisagées. C'est d'abord la catégorie d'infirmière qui est visée, et celle d'aide-soignante semble justement être le produit direct des transformations de celle-ci. Désignant d'abord tout personnel laïc travaillant à l'hôpital, le terme d'infirmier prend un sens nouveau avec la mise en place des premiers cours et des premières écoles pour infirmières, puis d'un diplôme d'Etat d'infirmière en 1922 (Knibiehler, 1984), autant d'étapes importantes dans un processus plus général de professionnalisation des infirmières. En dépit de ces évolutions, la plus grande diversité règne dans l'entre-deux-guerres parmi le personnel des hôpitaux en termes d'origines, de recrutement ou de formation : des infirmières diplômées d'Etat travaillent aux côtés d'infirmières quasi analphabètes (Knibiehler, 1984 : 227) ainsi que de filles de salle sorties du rang. Cette diversité est aggravée dans le contexte de guerre qui rend nécessaire l'embauche rapide de personnels auxiliaires.

Dans ce contexte et face aux revendications de l'élite infirmière, portées par les associations professionnelles infirmières, une loi définissant la profession d'infirmière et ses conditions d'exercice est adoptée en 1946 : elle lie désormais l'exercice de la profession à la détention du diplôme d'Etat d'infirmière. La question se pose de l'avenir du personnel en poste qui exerce dans les hôpitaux, parfois sous le titre d'infirmière ou bien qui en remplit les fonctions, sans posséder le Diplôme d'Etat. Des mesures transitoires sont prises concernant ce personnel, que ce soit l'organisation d'examens de récupération favorisant leur accès au Diplôme d'Etat ou bien l'attribution d'autorisations d'exercer comme infirmières à des personnes non détentrices du diplôme. Lorsque ces mesures sont

épuisées, en 1949, il reste des personnels en poste privés de leur titre d'infirmière mais non de leur compétence. La loi de 1946 a pour effet un transfert de titre sans *a priori* de modification sur la division du travail. L'introduction du titre d'aide-soignante en octobre 1949 constitue une réponse à cette situation conjoncturelle.

Le titre introduit par décret trois ans après la loi relative à la profession d'infirmière instaure une position intermédiaire dans la hiérarchie entre les agents de service hospitaliers – on dit encore "servantes" ou "filles de salle" – et les infirmières diplômées. L'accès à ce grade se fait sur avis du chef de service : il n'est question ni de formation spécifique ni de position particulière dans la division du travail. Le grade d'aide-soignante ne vise qu'à reclasser le personnel en poste dans ces années charnières. Le gain est d'abord de nature symbolique pour ces personnels qui se voient attribuer un titre plus valorisant que celui de servante ou de fille de salle, qui est construit de telle sorte qu'il met en évidence leur participation au soin ou tout au moins leur assistance aux soignants.

Il est aussi matériel car les aides-soignantes s'inscrivent dans une position plus favorable que les agents de service dans la grille indiciaire puis disposeront d'une prime. Si cette mesure a un coût pour les hôpitaux, elle est pourtant acceptée par l'administration comme moyen de fixer dans les établissements un personnel sinon formé du moins expérimenté alors que le personnel subalterne des hôpitaux est traditionnellement instable, cela dans un contexte de pénurie du personnel soignant. Cette catégorie d'aide-soignante n'est pas cependant destinée à durer : elle n'est qu'un palliatif de circonstance dans une situation provisoire créée par une transformation des règles d'exercice du métier d'infirmière.

Le caractère transitoire de la catégorie et ses objectifs sont bien rappelés dans les débats qui ont lieu au sein des instances dirigeantes de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. Par exemple, lorsque des créations de postes d'aides-soignantes sont demandés ou lorsque des cadres interrogent les instances dirigeantes sur les attributions des aides-soignantes, la direction répond que ces demandes ou ces

questions sont sans objet puisque le grade d'aide-soignante n'est pas destiné à durer.

En même temps, ces demandes témoignent bien de l'ambiguïté de la situation et des nouvelles transformations induites par l'introduction de ce nouveau titre dans la hiérarchie. Les aides-soignantes apparaissent alors à la fois comme des "sous-infirmières", effectuant des tâches proches de celles-ci avec un statut et une rémunération moins avantageux et comme des "super-servantes", n'étant pas forcément plus qualifiées mais mieux payées. L'argument est utilisé par les syndicats pour réclamer que les servants des hôpitaux soient plus largement intégrés comme aides-soignants et bénéficient des mêmes rémunérations. La revendication d'une égalisation des conditions des aides-soignantes et des infirmières est, elle, rendue impossible par la question du diplôme d'État.

La catégorie d'aide-soignante apparaît en tout cas comme un moyen de promotion des personnels des hôpitaux les moins qualifiés. Ces revendications finissent par convaincre l'administration, elle-même aux prises avec des difficultés de recrutement du personnel infirmier repérables par le nombre important de postes budgétaires non pourvus (à l'Assistance Publique par exemple), de maintenir la catégorie d'aide-soignante : non seulement, elle offre une perspective de carrière à des "servantes" qui seront peut-être moins souvent tentées de changer d'emploi mais elle garantit qu'une partie des tâches des infirmières en sous-effectifs sera assurée.

La mise en place d'un Certificat d'Aptitude aux fonctions d'aides-soignantes en 1956 pérennise la fonction en lui associant un niveau de qualification et en fixant des attributions aux aides-soignantes. Il ne s'agit pas encore de formation mais seulement d'un examen pratique validant une expérience acquise sur le tas. De fait, le grade d'aide-soignante devient l'étape ultime de la carrière de nombreux agents de service hospitaliers, et non un point de passage vers la catégorie d'infirmière qui conserve pour l'essentiel une voie de recrutement externe.

En lisant les analyses d'Everett Hughes, notamment dans un article de 1951, "Etudier le travail d'infirmière" (Hughes, 1996 : 69-73), on est

frappé par la similitude entre le modèle qu'il présente et le processus en cours en France au même moment, bien que ces analyses s'appuient sur la réalité américaine où les différenciations de catégories ne tracent pas les mêmes frontières entre elles. Il part de l'hypothèse que l'ensemble des tâches que l'infirmière doit réaliser dans un hôpital peuvent être hiérarchisées sur une échelle de prestige. Cela amène à distinguer trois grands ensembles de tâches selon leur position sur cette échelle, les plus basses c'est-à-dire les moins prestigieuses, formant ce qu'on peut appeler le "sale boulot" de l'infirmière.

Le travail infirmier n'est ici qu'un exemple pour une analyse dont la portée est plus générale puisque, pour Hughes, tous les métiers, quels que soient leur domaine d'exercice, leurs attributions, ont un "sale boulot". Les transformations de l'hôpital ont pour effet, un élargissement des tâches incombant aux infirmières, tant du fait de certaines évolutions techniques ou médicales que d'un souci plus grand du confort et de l'hygiène du malade.

L'ensemble hiérarchisé de leurs tâches se trouve donc accru, notamment par l'introduction de nouvelles tâches au sommet de la hiérarchie. Dans cette situation, la délégation d'une partie de leurs tâches est nécessaire et ce sont les moins prestigieuses de celles-ci, le "sale boulot" qui en sera l'objet. Deux solutions se présentent : soit des catégories subalternes existent, disponibles pour les prendre, soit de nouvelles catégories sont inventées pour cela.

C'est en fait une solution mixte qui s'observe dans la réalité : des personnels en poste se voient attribuer ces tâches et sont renommés pour l'occasion. La nouvelle catégorie ainsi créée n'existe que par la délégation de ce sale boulot. L'unité de ces tâches tient dans leur origine avant tout – et non par exemple dans l'émergence de nouveaux besoins ou de nouvelles techniques – et celle-ci marque pour longtemps la catégorie d'aide-soignante qui de droit travaille toujours sous contrôle et par délégation de l'infirmière. Une fois la catégorie créée, le processus de division du travail ne va-t-il pas donner une spécificité et une autonomie plus grandes aux aides-soignantes ?

Les effets d'un travail délégué sur la professionnalisation

Les conditions dans lesquelles a été créée la catégorie d'aide-soignante et a été défini progressivement le contenu de ses tâches, avec la prise en charge d'une partie des tâches des infirmières, contribuant à la professionnalisation de celles-ci, amènent aujourd'hui les aides-soignantes à travailler sous contrôle et par délégation des infirmières. On peut cependant s'interroger sur les effets de ce processus et de cette délégation inscrite dans les règles formelles sur la division du travail au quotidien. On se propose de le faire à partir de matériaux d'observation directe des pratiques de travail recueillis dans deux établissements. C'est l'occasion de ré-interroger le rôle de l'assistance apportée par les aides-soignantes aux infirmières dans leur professionnalisation.

La prise en charge de tâches déléguées par une catégorie supérieure n'implique pas forcément, pour la catégorie qui récupère ses tâches, une vision négative de celles-ci et une faible valorisation de son métier. N'est-ce pas au contraire, une manière de prendre quelque chose du rôle valorisé attribué habituellement à une catégorie comme celle d'infirmière ? C'est bien le cas pour les aides-soignantes de deux points de vue. Tout d'abord, la prise en charge de tâches liées au travail infirmer fait de l'aide-soignante une employée qui travaille auprès des malades.

La définition formelle du rôle de l'aide-soignante l'affirme et les observations du travail de l'aide-soignante le confirment : elle assure les gestes d'hygiène élémentaire, assiste le malade dans ses gestes quotidiens qu'il ne peut plus assurer comme boire, manger, se lever, se déplacer, gérer ses excréctions corporelles. Or, c'est bien ce travail auprès du malade qui est la fonction première de l'hôpital et la partie la plus valorisée. En même temps, héberger et soigner des malades nécessite que soient réalisées dans les coulisses de l'hôpital, de manière moins visible, un grand nombre d'autres tâches matérielles qui ne se font pas au contact direct des malades : des tâches administratives, ménagères, etc. Les aides-soignantes, comme assistantes de professionnels du soin, s'inscrivent donc dans la

hiérarchie du personnel soignant, se distinguant d'autres catégories de personnel qui contribuent moins nettement à cette fonction valorisante du soin. La distinction d'avec les agents de service hospitalier (ASH), au plus bas de la hiérarchie du personnel hospitalier, est particulièrement importante. Ces personnels travaillent dans les mêmes services que les aides-soignantes mais pour y faire parfois des tâches bien différentes : leur cantonnement dans des tâches strictement matérielles inscrit dans les décrets définissant leur fonction se traduit souvent par un travail *autour* du malade (nettoyer le sol de sa chambre, nettoyer la chambre après son départ, etc...) sans contact directe avec son corps. Lorsque des tâches sont communes avec des aides-soignantes comme parfois le service des repas, c'est pour être réglées par une subtile division du travail qui fera des agents de service ceux qui vont chercher les plateaux, les font chauffer et les apportent dans les chambres tandis que l'aide-soignante installe le malade et le fait manger. Les enjeux de cette distinction d'avec les ASH doivent se comprendre au regard de la trajectoire modale des aides-soignantes : nombreuses parmi elles sont d'anciennes ASH et ce parcours est vécu comme une promotion non seulement pour la rémunération supérieure à laquelle il conduit mais aussi pour l'accès à des tâches plus valorisées.

Une deuxième aspect de la valorisation de la position de l'aide-soignante liée à sa prise en charge de tâches déléguées par les infirmières tient à la proximité qu'elle entraîne avec des professionnels du soin. En effet, l'hôpital est une organisation assez particulière en ce qu'elle amène des personnels assez éloignés dans la hiérarchie, comme ici les aides-soignantes et les médecins par exemple, à travailler ensemble ou du moins à partager à la fois les mêmes espaces et le même "matériau" pour reprendre le terme de Goffman qui fait du malade un "matériau humain"(Goffman, 1968). Cela a des effets en termes d'estime de soi pour les catégories les plus basses : d'une part elles peuvent se glorifier de ce contact avec des catégories prestigieuses et d'autre part voient assigner à leur travail le même objectif socialement valorisé des professionnels soignante, celui de soigner les malades. Bien sûr, elles ne tirent pas de leur contribution à

cet objectif les mêmes avantages matériels et symboliques mais c'est une référence mobilisable dans leurs discours sur leur métier.

Cette proximité avec les professionnels est cependant limitée. La confusion entre ces différentes catégories est impossible, même si elle se produit parfois pour certains malades, notamment pour les malades qui associent le sexe masculin à la profession médicale et appellent donc facilement "docteur" l'aide-soignant entrant dans leur chambre. Cette proximité ne doit pas non plus laisser penser que les points de passage d'une catégorie à l'autre sont régulièrement empruntés. Sans parler de la profession médicale, il n'y a pas de réel continuum, au sein même de la hiérarchie paramédicale, entre les trois positions d'agent de service hospitalier, d'aide-soignante et d'infirmière. Si les aides-soignantes sont souvent d'anciennes agents de service, les infirmières sont beaucoup plus rarement issues de ces catégories, même si des voies de promotion professionnelle ont été organisées.

Devenir aide-soignante semble être plutôt le point culminant d'une carrière entamée comme agent de service hospitalier qu'une étape intermédiaire avant l'accès au diplôme d'Etat d'infirmière. Enfin, la proximité, entendue comme le partage d'un espace de travail et le travail sur un même matériau, loin de rapprocher, contribue ici à la mise en scène quotidienne de positions bien différenciées. Ces différences sont parfois inscrites dans des uniformes distincts, ou bien dans des manières de porter des uniformes identiques, dans l'accès à des objets "techniques" caractéristiques (par exemple le thermomètre ou le bassin pour l'aide-soignante, le tensiomètre pour l'infirmière et le stéthoscope pour le médecin), l'accès plus ou moins important à l'écrit associé au travail sur un bureau pour les infirmières ou les médecins, avec un espace et des documents réservés.

Cette différence dans la proximité amène à relire le rôle des aides-soignantes dans la professionnalisation des autres catégories de soignants. L'aide-soignante prend en charge le "sale boulot" qui est aussi parfois un boulot sale, au sens où il amène à s'occuper de matières universellement reconnues comme sales notamment les excréments corporelles, en général réservé aux catégories les plus subalternes dans une société. Ces tâches sont aussi celles qui amènent

à travailler le plus directement sur le matériau qu'est le malade, sans la médiation d'aucun instrument. Elles impliquent également d'enfreindre certaines règles de pudeur et parfois à exercer une forme de violence sur les malades. Ces tâches étant de l'ordre de l'intime donnent le sentiment d'une double délégitimation : par l'institution ou les catégories supérieures de l'institution et par les familles qui assurent ce type de tâches quand le malade est hospitalisé à domicile tandis qu'elles n'y participent pas toujours en cas d'hospitalisation. La nature de ces tâches déléguées joue un rôle dans le sentiment de relégation des aides-soignantes. En prenant en charge ce type de tâche qui lui ont été déléguées, l'aide-soignante permet aux professionnels de santé comme les médecins et les infirmières de limiter leur contact avec ces matières. Cela vaut surtout pour le médecin : il n'intervient sur le malade à l'hôpital qu'après que celui-ci a été nourri, nettoyé, changé, etc... Pour l'aide-soignante, s'occuper du malade, l'assister, c'est aussi assister les professionnels, transformer le malade en matériau digne pour eux. Elle prémunit donc les professionnels du contact avec le sale, leur permet de limiter leurs activités aux soins les plus "soignants".

L'importance de ce contact ou de cette absence de contact avec le sale dans l'organisation des hiérarchies du personnel hospitalier, bien mise en évidence par Penneff (1992), se traduit par une co-présence finalement assez rare entre aides-soignantes et médecins, peut-être même des stratégies d'évitement réciproques. S'ils partagent les mêmes espaces et le même matériau, ils se rencontrent somme toute rarement au chevet du malade (Arborio, 2001 : 113-116). Finalement, travailler aux côtés de professionnels, c'est aussi s'exposer à se voir renvoyer, pour des professions dominées comme celle d'aide-soignante, sa propre image en négatif et assumer au quotidien une subordination inscrite dans la hiérarchie.

Compte tenu du rôle historique et quotidien joué par les aides-soignantes, on peut avoir le sentiment que leur professionnalisation est impossible. Des tentatives d'organisation et de mobilisation de la profession existent. Elles ne sont pas sans effet puisqu'elles ont permis par exemple à des représentants d'organisations professionnelles aides-soignantes de siéger au Conseil supérieur des professions

médicales, même si ce n'est que lors de discussions concernant cette seule profession ; elles ont contribué à certains aménagements du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant, devenu "diplôme professionnel" en 1996 dans lequel des aides-soignantes interviennent désormais, tant dans la formation que dans l'évaluation, même si c'est de manière limitée et même si le contrôle des infirmières reste dominant. Dans la revue professionnelle spécifique lancée comme les organisations professionnelles il y a environ une quinzaine d'années, la présence des aides-soignantes se renforce mais n'est pas dominante. Ces organisations ne semblent pas pour l'instant à même de faire aboutir des revendications telles que celle de la mise en place d'un diplôme d'Etat d'aide-soignante. Et surtout, la division du travail quotidien ne s'en trouve pas modifiée.

Ces analyses ne doivent pas laisser penser que la situation est impossible à vivre pour les aides-soignantes. Ce qu'on analyse ici comme "sale boulot" est en fait largement accepté. La notion de "sale boulot" fait l'objet d'un usage indigène, comme dans d'autres professions. Une manière de rendre compte de ce qui est vécu comme le "sale boulot" par les aides-soignantes consiste à repérer le type de tâches qui font l'objet elles-mêmes de stratégies de délégation. Essentiellement le boulot sale dont on a parlé et les tâches ostensiblement déléguées.

Ces stratégies de délégation permettent-elles de penser qu'une professionnalisation des aides-soignantes est possible par itération du processus observé pour les infirmières ? Il ne semble pas y avoir place, pour l'instant, pour une catégorie intermédiaire qui prendrait en charge ces tâches. Les agents de service hospitalier participent parfois aux tâches de l'aide-soignante mais cette situation est réversible, tant pour elles si elles la refusent sous prétexte d'absence de formation ou de dépassement de fonction, que pour la hiérarchie qui impose ces glissements de fonction au gré des urgences ou des défauts de personnel de telle ou telle catégorie.

Il n'est pas exclu de "déléguer" une partie de ces tâches à l'infirmière, ou plutôt d'en refuser la délégation mais cela ne peut être que ponctuel : profiter d'une course urgente pour s'éloigner du service lorsque tel malade sur lequel un soin doit être fait s'est souillé peut

amener l'infirmière chargée du soin à procéder elle-même au change. Mais cela suppose des circonstances particulières et ne peut être généralisable sous peine de tensions et de difficultés de prise en charge de ses propres tâches par l'infirmière. La délégation se fait ponctuellement vers les familles mais cela suppose que celles-ci soient présentes et jouent le jeu. Cette possibilité est largement utilisée dans certains contextes hospitaliers². Finalement, l'aide-soignante est surtout en position de déléguer à des pairs : cela peut être à des aides-soignantes de statut moindre comme les élèves stagiaires sous l'argument qu'ils font perdre du temps par leur incompétence et qu'il faut bien qu'ils apprennent, cela peut être aussi à l'équipe suivante. L'organisation du travail autour de malades hospitalisés suppose la présence continue de personnels soignants.

Tout ce qui n'est pas fait par une équipe doit être fait par la suivante. Cela signifie que chacune est en situation de se voir déléguer des tâches de l'équipe par exemple précédente. Cette réciprocité incite à la prudence dans toute éventuelle stratégie de délégation du "sale boulot". Difficilement délégué, le sale boulot est accepté, voire revendiqué pour la spécificité de la relation au malade qu'il induit : ce retournement du stigmate (Arborio, 2001, 134-137) semble être la voie la plus empruntée pour trouver quelque estime à son travail dans ces conditions d'une difficile professionnalisation.

Conclusion

Le rôle des aides-soignantes dans la division du travail hospitalier est mouvant. Il est aussi beaucoup plus divers qu'il n'y paraît dans cette présentation selon certaines conditions dans lesquelles il est tenu comme le statut de l'établissement et de son personnel (public ou privé), le type de service hospitalier, etc. Il est vrai que la division du travail est un processus qui se construit et fait l'objet de négociations. Il y a cependant quelque chose de plus spécifique aux catégories de l'entre-deux comme celle d'aide-soignante. L'existence de ce type de

² Cf. dans ce numéro l'article de M. Mebtoul, « Le profession médicale peut-elle se construire dans un espace sociosanitaire banalisé et dévalorisé ? »

catégories constitue un levier de régulation de la charge de travail dans une institution qui a à faire face à l'urgence aux aléas des entrées de malades et de l'évolution de leurs affections. Il est commode de disposer d'une catégorie dont les contenus de travail sont si flous qu'elle peut glisser sans trop de dommage vers un pôle ou vers l'autre. Ce type de catégorie contribue aussi à la professionnalisation d'autres groupes. Dans l'état, ses tentatives d'organisation, ses revendications de statut, de meilleure définition de ses tâches ne semblent pas constituer une menace pour les autres catégories. Si tel était le cas, sans doute une autre catégorie de l'entre-deux prendrait-elle sa place dans la hiérarchie pour assurer ce rôle.

Références bibliographiques

- Arborio Anne-Marie, 2001, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Anthropos, Coll. Sociologiques, 334 p.
- Hughes Everett C., 1996, *Le Regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Editions de l'EHESS, 1996, 344 p.
- Goffman Erving, 1968 (1ère éd. 1961), *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minit, Coll. Le Sens commun, 449 p.
- Imbert Jean (Dir.), 1982, *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat, 559 p.
- Knibiehler Yvonne (Dir.), 1984, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 366 p.
- Peneff Jean, 1992, *L'Hôpital en urgence. Etude par observation participante*, Paris, A.-M. Métailié, Coll. Leçon de choses, 258 p.

La professionnalisation des « néo-tradipraticiens » d'Afrique centrale

Marc-Éric Gruénais*

Résumé. Les termes « tradithérapeute » ou « tradipraticien » ont été vulgarisés par l'OMS pour désigner, on le sait, les spécialistes des médecines traditionnelles. Le terme de « néo-tradipraticien » peut sembler aujourd'hui plus adapté pour désigner l'ensemble des spécialistes populaires dont la pratique ne ressortit pas exclusivement ou pas du tout du registre de la bio-médecine, tant ces spécialistes se réclament d'une modernité composite faite de tradition africaine réinventée, de christianisme, de médecines asiatiques, d'ésotérisme, etc. Dans les villes africaines, ce type d'offre populaire se multiplie, et les néo-tradipraticiens doivent alors s'installer dans un univers très concurrentiel. A partir d'exemples recueillis notamment au Congo Brazzaville, au Cameroun et au Kenya, cet article envisage les conditions d'exercice du métier de néo-praticien : adaptation de la pratique à la demande sociale, conditions de la pérennisation de l'exercice du métier, conditions d'accès aux fournitures nécessaires à la pratique, choix de l'emplacement, recherche de clientèle, filières de professionnalisation.

Mots clés : « tradi-thérapeute », professionnalisation, clientèle.

Les termes « tradi-thérapeute » ou « tradi-praticiens » ont été vulgarisés par l'OMS pour désigner, on le sait, ces spécialistes des médecines traditionnelles, « bien insérés dans la communauté », auxquels « les populations » auraient facilement recours, d'autant plus

* Anthropologue, IRD/Shadyc (Marseille)

qu'ils constitueraient des « recours de proximité » dans un contexte d'une offre de soins insuffisante ¹. Il n'est pas question ici de revenir sur des critiques déjà anciennes à propos de cette conception idéalisée des recours populaires et de leur complémentarité attendue ou supposée avec l'offre de soins médicale ². Ici, mon point de départ sera le suivant : les spécialistes des recours non médicaux, que je qualifierai par la suite de « néo-tradipraticiens » fondent leurs pratiques sur des savoirs spécialisés qui peuvent être sources de rémunération, et à ce titre leur pratique spécialisée peut être considérée comme un métier ³.

L'exercice d'un métier, dans l'acception minimale de ce terme, ne peut se faire sans contraintes : apprentissage, d'une part, et conditions d'exercice, d'autre part.

Je laisserai ici de côté la question de l'apprentissage de ces métiers de la « guérison » ressortissant à des registres non médicaux ; le schéma est banal et bien connu : phase d'élection individuelle, avec des variantes (maladie, inspiration divine, comportements agités, etc.) ; contexte favorable (existence d'une tradition familiale) ; apprentissage technique proprement dit, auprès d'un parent et/ou de pairs, complété par des « révélations » (de Dieu, des ancêtres, d'un génie, etc.). Je m'attarderai plutôt ici sur les conditions d'exercice du métier dans un

¹ On aura compris que l'utilisation de guillemets renvoie ici à l'utilisation de termes et expressions convenues que l'on rencontre régulièrement dans nombre de textes se rapportant à des projets de développement sanitaire, termes qu'évidemment nous ne reprenons pas à notre compte.

² Cf. par exemple, J.P. Dozon, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique Africaine*, 28, décembre 1987 ; E. Fassin & D. Fassin, « De la quête de légitimation à la question de la légitimité : les thérapeutiques *traditionnelles* au Sénégal », *Cahiers d'Etudes Africaines*, 110, XXVIII-2, 1988. ; M.E. Gruénais, D. Mayala, « Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle ? », *Politique Africaine*, 31, octobre 1988 ; M.E. Gruénais, « Vers une nouvelle médecine traditionnelle. L'exemple du Congo », *La revue du praticien*, n° 141, 1991.

³ Dans une perspective empruntée à Freidson (*La profession médicale*, Paris, Payot, 1984) nous parlons bien ici de « métier » et non de « profession », car pour les tradipraticiens, comme pour les autres métiers de santé, ce sont bien les médecins qui, en dernier lieu, constituent l'instance de légitimation, comme l'atteste par exemple, les ateliers régulièrement organisés sur l'apport de la médecine traditionnelle à la lutte contre le sida dans des conférences internationales sur l'infection à VIH/sida, ou encore, la 14^{ème} Conférence médicale nationale du Cameroun qui s'est tenue en avril 2002 sous l'intitulé « Médecine traditionnelle et patrimoine thérapeutique national ».

sens plus conventionnel : adaptation de la pratique à la demande sociale, condition de la pérennisation de l'exercice du métier, conditions d'accès aux fournitures nécessaires à la pratique, choix de l'emplacement, recherche de clientèle, filières de professionnalisation. Il s'agit donc ici d'envisager le travail des spécialistes des recours non médicaux de manière très pragmatique, indépendamment de tout questionnement sur les fondements « ésotériques » (« mystiques », « surnaturels », « religieux », etc.) de leurs pratiques.

J'illustrerai mon propos à partir d'informations recueillies à l'occasion d'enquêtes sur les trajectoires de patients et les recours thérapeutiques, réalisées à Brazzaville en 1995, au Cameroun, et plus particulièrement à Yaoundé en 1999, et également au Kenya en 2000, plus précisément à Kisumu, la troisième ville du Kenya située à l'est du pays. J'évoquerai tout d'abord la perte d'audience des spécialistes qui se réclament d'une forte légitimité traditionnelle. Je tenterai par la suite de donner un aperçu de la diversité des offres de soins populaires. Puis j'aborderai successivement la question des nouvelles filières de professionnalisation des spécialistes populaires et la question, qui me semble centrale, de la localisation de l'exercice des métiers. Mais il me faut tout d'abord justifier mon emploi de ce néologisme peu heureux de « néo-tradipraticien ».

Qu'est-ce qu'un « néo-tradipraticien » ?

Ce néologisme permet de me démarquer d'une conception des « tradipraticiens » forgée par l'OMS⁴ par trop utilitariste, unificatrice et populiste. Conception utilitariste qui suppose qu'une complémentarité peut s'instaurer entre l'offre de soins médicale et les pratiques populaires : or tout le monde reconnaît, par exemple, aujourd'hui, que s'intéresser aux accoucheuses traditionnelles dans le cadre de programmes de réduction des risques obstétricaux ne

⁴ Développée dans toutes ses dimensions dans l'ouvrage « fondateur » qu'est *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé*, Genève, OMS, 1983.

présente que peu d'intérêt ⁵. Conception unificatrice, puisqu'elle postule volontiers l'existence d'un savoir « traditionnel » qu'il conviendrait d'unifier et de codifier, comme en témoigne les objectifs déclarés de la plupart des associations de tradipraticiens reconnues officiellement : on sait là aussi que les pratiques populaires de guérison ne sont nullement fondées sur un corps de connaissances unifié, le champ des pratiques et des savoirs susceptibles d'être attribués aux soi-disant « tradipraticiens » étant particulièrement diversifié, dynamique, et changeant. Conception populiste, enfin, qui fait des « spécialistes de la communauté » des acteurs « de proximité » particulièrement accessibles ; en fait, nous verrons, qu'à considérer par exemple la distribution géographique des recours populaires, il est erroné de toujours vouloir qualifier ces recours comme étant *a priori* des recours de « proximité » ; sans compter que les services de ces spécialistes peuvent être particulièrement onéreux, et donc financièrement peu accessibles.

Deux autres raisons m'amènent à utiliser cette expression de « néo-tradipraticien ». Des observations empiriques, tout d'abord : certains de ces spécialistes n'hésitent pas à se qualifier aujourd'hui eux-mêmes, par exemple, de « tradipraticiens modernes », de « chercheurs en médecine traditionnelle », ou encore de « vrais tradipraticiens » qui doivent être distingués des « charlatans » aux postures encore empreintes de « tradition », voire d'utilisation de forces « sorcellaires » sous couvert de guérison.

La seconde raison est plutôt d'ordre historique. La fin des années 1970 a vu fleurir des associations nationales de tradipraticiens parfois encouragées par des personnalités politiques avec le souci de légitimer des savoirs africains face aux connaissances scientifiques produites par les pays du Nord. Ce processus a donné lieu à toute une série de publications dont, par exemple, ce livre édité par Last et Chavanduka en 1986 et intitulé « The professionalisation of African medicine » ⁶.

⁵ Cf. par exemple, S. Bergstrom, E. Goodburn, « Les accoucheuses traditionnelles et la réduction de la mortalité maternelle », in V. De Brouwere et W. Van Lerberghe, *Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique*, Anvers, ITG Press, 2001 : 83-103.

⁶ M. Last, G.L. Chavanduka (eds.), *The professionalisation of African medicine*, Manchester, Manchester University Press, 1986.

Dans l'introduction à cet ouvrage, M. Last, dans un article intitulé « The professionalisation of African medicine : ambiguities and definitions », propose la périodisation suivante du développement de ces « médecines africaines ». Il précise que les premiers médecins africains, au début du XX^e siècle, étaient plutôt bienveillants envers la médecine traditionnelle tant qu'ils n'étaient pas constitués en un véritable corps professionnel et que la profession médicale était dominée par les médecins coloniaux.

Au moment des indépendances (années 1950-1960), alors que le nombre de professionnels de santé africains augmentait, la question de la professionnalisation de ceux-ci s'est alors inscrite dans les revendications liées au processus de décolonisation ; et durant cette période, les professionnels de santé, africains, ont eu très peu d'égard pour les tradipraticiens, préoccupés qu'ils étaient à vouloir s'affirmer comme professionnels de santé à part entière, selon les canons reconnus internationalement.

A partir des années 1970, alors que le corps des professionnels de santé africains commençait à se stabiliser, que l'OMS et les États africains s'engageaient dans la mise en place des soins de santé primaires avec, entre autres, le souci de « revaloriser la médecine traditionnelle », pour reprendre l'expression de l'époque, une « seconde génération » de tradipraticiens aurait vu le jour, nous dit M. Last, « qui a adapté ses méthodes pour s'engager dans la compétition, et s'est organisée pour défendre ses droits à pratiquer [la médecine traditionnelle] pour répondre aux critiques venant d'une profession médicale en plein développement » (p. 11).

Je dirai qu'aujourd'hui cette période est révolue, que les tradipraticiens ont désormais acquis une certaine légitimité, au moins dans les discours officiels, dans les réunions internationales, et dans nombre de projets de développement. C'est désormais, me semble-t-il, à une « troisième génération » de tradipraticiens que l'on a affaire, ceux que j'appelle les « néo-tradipraticiens », confrontés notamment à des problèmes de constitution de clientèle et d'installation, au sens où l'on dit qu'un médecin « s'installe », dans le contexte d'un « marché » de la santé particulièrement concurrentiel.

Des recours à forte légitimité « traditionnelle » en déclin

Les expressions « tradit-hérapeutes », ou « recours traditionnels » renvoient, en creux, à tous les spécialistes qui se définissent en tant que détenteurs d'une pratique de « soins et de guérison » et qui ne ressortissent pas à la profession médicale. Elles peuvent en fait s'appliquer à toute une gamme de spécialistes qui vont, grossièrement de ceux qui se réclament d'une très forte légitimité traditionnelle (chefs de culte, spécialistes dont les pouvoirs sont fondés sur des entités invisibles spécifiques à une aire culturelle) aux praticiens de la « médecine chinoise », en passant par les herboristes affiliés à une association officielle, les leaders religieux et autres naturopathes ou astrologues.

Cette offre de soins populaire, informelle, non officielle, etc., est en pleine expansion dans les capitales d'Afrique centrale. La compétition, d'une part entre différents types de spécialistes de cette sphère, et d'autre part entre ceux-ci et l'offre de soins médicale est rude. Or dans cette compétition, les spécialistes qui se réclament d'une forte légitimité traditionnelle constituent des recours de moins en moins valorisés.

Ceux que j'appelle « spécialistes à forte légitimité traditionnelle » correspondent grossièrement aux devins-guérisseurs qui, par exemple dans le bassin du Congo sont désormais désignés par le terme générique de *nganga*. Traditionnellement, le terme *nganga* n'était jamais employé seul mais toujours en association avec le nom d'une entité magico-religieuse qui fonde le pouvoir du spécialiste. Ainsi on était *nanga x* ou *nganga y*, (*nganga njohi*, *nganga nkisi*, *nganga boketa*, etc.), *x* et *y* désignant les puissances tutélaires spécifiques du devin-guérisseur, et auxquelles ce dernier devait rendre des comptes : par exemple, ne pas demander des sommes trop importantes à leurs clients, effectuer les rites requis par la puissance tutélaire, « nourrir » l'entité dont son pouvoir dépend en lui donnant une victime (nous sommes ici dans un univers où l'anthropophagie – imaginaire – est la pratique emblématique de ce qui fonde le pouvoir, l'intelligence, les dons exceptionnelles, des puissants, et qui sont alors toujours un peu

sorciers). Or, ne pas satisfaire aux exigences de sa puissance tutélaire risquait non seulement de compromettre les compétences du devin-guérisseur mais aussi de mettre sa vie en danger, l'entité à laquelle le devin-guérisseur est liée, mécontente, étant alors susceptible de se retourner contre lui.

Cet univers complexe d'entités magico-religieuses ambiguës, qui peuvent à la fois protéger et guérir, en attaquant notamment les porteurs des esprits malfaisants soupçonnés d'être à l'origine d'une maladie, qui sont liées à un univers culturel spécifique, constitue l'ancrage de la forte légitimité traditionnelle de certains spécialistes que j'évoquais. Or ces spécialistes, qui le plus souvent refusent d'adhérer aux associations professionnelles de tradi-praticiens évoquées plus haut, sont toujours soupçonnés d'être un peu sorciers.

Dans les villages, le moindre incident peut leur être imputé. Ils peuvent alors être chassés par leur propre famille, par les jeunes qui s'en prennent rapidement très violemment aux aînés, par des « sorciers » réputés plus forts qu'eux et qui veulent s'approprier leurs pouvoirs, par les adeptes de « petites églises » d'inspiration chrétienne et qui leur attribuent tous les maux de la terre.

Dès lors, il n'est pas rare de voir certains d'entre eux se réfugier en ville, lieu plus neutre socialement, et où l'exercice de leur pratique est plus anonyme. De plus, étant donné les craintes qu'ils inspirent, certains devins-guérisseurs hésitent eux-mêmes à transmettre leur savoir à un descendant, là aussi par peur qu'un décès leur soit imputé s'ils initient un parent et qu'on les accuse alors d'avoir demandé de « donner » quelqu'un pour que le pouvoir à transmettre soit activé.

En second lieu, nombre de ces spécialistes à forte légitimité traditionnelle précisent que les puissances qui sont à l'origine de leur pouvoir, non seulement leur imposent de demander parfois des sommes modiques à leurs clients, mais aussi exigent qu'ils ne se fassent payer qu'une fois obtenu le résultat escompté.

Or, ces spécialistes à forte légitimité traditionnelle se plaignent régulièrement de clients qui ne reviennent pas les payer, même lorsqu'ils sont satisfaits.

De plus, lorsqu'ils sont installés en ville, il est pour eux de plus en plus difficile et pénible de se procurer les ingrédients (notamment les

plantes) nécessaires à leurs pratiques et notamment à leurs remèdes. Un déplacement au village pour aller rechercher les plantes que l'on connaît est toujours onéreux et périlleux, et s'avère parfois impossible lorsque l'on en a été chassé. Par ailleurs, même l'approvisionnement en plantes courantes, qui ne nécessiteraient pas un retour au village d'origine, sont de plus en plus difficiles à trouver : les villes s'étendent, les espaces péri-urbains non complètement défrichés et appropriés sont de plus en plus rares, obligeant alors de toute manière à se rendre toujours plus loin pour s'approvisionner.

Au bout du compte, maintenir sa pratique de devin-guérisseur traditionnel « ordinaire » revient désormais à prendre beaucoup de risques, pour un travail pénible et peu rémunérateur. Aussi, beaucoup finissent par délaisser cette pratique, du moins en tant que source de revenu principale. Restent certes populaires ceux que l'on appelle les « grands féticheurs », auxquels on a recours pour des affaires « importantes » : élection, match de football, obtention d'un emploi, etc. ; mais ici, la demande adressée relève surtout de la voyance et peu de la guérison, et ceux qui parviennent à maintenir leur réputation dans ce domaine se placent sur le marché de l'offre de soins au même titre que nos « néo-tradipraticiens ».

Précisions enfin que s'adresser à ces devins-guérisseurs atteste d'un comportement « d'arriéré » ; ceux-ci représentent en effet les « affaires du village », ils parlent en « patois », c'est-à-dire dans une langue (vernaculaire) dont on ne comprend plus toutes les subtilités ; ils sont âgés, peu alphabétisés, incapables de donner une posologie rigoureuse, se contentant de conseils « ridicules » (par exemple, prendre le remède avant de se laver, après le coucher du soleil, etc.). En revanche, avec les spécialistes néo-traditionnels, le client reste peu ou prou dans la sphère des « médecines africaines », mais « modernes », et à ce titre ils rencontrent un succès grandissant auprès des populations urbanisées.

Qui sont les « néo-tradipraticiens » ?

Si l'offre de soins « traditionnelle » est en déclin, tel n'est pas le cas des autres offres de soins populaires. L'univers des « néo-tradipraticiens » est d'une extrême diversité ; leurs pratiques sont fondées sur les registres à la fois les plus hétérogènes et les plus imbriqués. Il est alors très difficile d'envisager une solution de continuité entre ces différents spécialistes et tout essai de typologie devient vite hasardeux. Cependant, pour la nécessité de la présentation, je m'essaierai à un classement, étant entendu que les différentes classes distinguées ne sont nullement discrètes, et se fondent largement sur le point de vue des acteurs. Je distinguerai six classes de néo-tradipraticiens : les « vrais tradi-praticiens », les spécialistes en « médecines naturelles », les spécialistes des médecines asiatiques et/ou ésotériques, les infirmiers herboristes et les accoucheuses traditionnelles, les entrepreneurs en médecine traditionnelle, les religieux.

Les « vrais tradi-praticiens » sont les représentants « d'une médecine africaine », qui se réclament d'une authenticité africaine. Faiblement scolarisés, mais suffisamment pour disposer leurs pancartes qui signalent leur présence sur routes et chemins, pour conditionner leurs remèdes dans des présentations modernes (flacons, sachets, comprimés) accompagnés d'une posologie écrite, ou pour obtenir des articles dans des journaux locaux. Ce sont eux aussi que l'on retrouve le plus souvent dans les associations.

A Yaoundé, les figures emblématiques de ces « vrais tradi-praticiens » sont plutôt anglophones, et ont parfois fait leurs « études en médecine traditionnelle » au Bénin ou au Nigeria voisins, où ils continuent d'ailleurs de s'approvisionner en divers ingrédients.

Les spécialistes en « médecines naturelles », pour leur part, se démarquent d'une « authenticité traditionnelle africaine » et s'intitulent eux-mêmes naturothérapeutes, aromathérapeutes, foudrologues, etc. Ils vantent les mérites des plantes, des minéraux, des aliments naturels, etc.⁷ Ils font des recherches, notamment

⁷ Nous avons présenté quelques portraits de ces néo-tradipraticiens, notamment d'un aromathérapeute spécialiste du chou et de l'oignon, dans J. Tonda et M.E. Gruénais, « Les

historiques, pour légitimer le recours aux ingrédients qu'ils utilisent. Ils ont souvent un niveau scolaire plus élevé que les précédents : on trouve parmi eux des instituteurs, des infirmiers ou même des médecins.

Les spécialistes des médecines asiatiques et/ou ésotériques constituent notre troisième classe. L'impulsion du développement de ces médecines dites « asiatiques » semble avoir été donnée par l'implantation dans les capitales africaines de cliniques de médecine chinoise, à une époque où certains États africains cherchaient à diversifier leurs coopérations avec d'autres pays que les partenaires occidentaux habituels.

Dans ces cliniques, des Chinois pratiquaient notamment l'acupuncture et ont formé des collaborateurs africains. Dans bien des endroits les spécialistes chinois sont aujourd'hui repartis ; de plus l'acupuncture a eu mauvaise presse en raison des risques associés à l'utilisation d'aiguilles dans le contexte africain de l'épidémie de sida. Mais les Africains formés à la médecine chinoise ont poursuivi l'exercice de leur art, en puisant parfois également dans d'autres registres (médecine indienne, astrologie, phytothérapie).

Dans les faits, la pratique de ces « médecins chinois africains » se différencie parfois très peu des spécialistes en médecine naturelle évoqués ci-dessus. Par exemple, dans un quartier de Yaoundé, nous avons pu identifier un centre de médecine naturelle chinoise, qui se présentait également comme une « clinique spécialisée de phytothérapie », et qui était aussi le siège de l'Association des phytothérapeutes du Cameroun.

Le responsable de ce « centre médical » avait été formé « sur le tas » pendant deux ans dans un cabinet de médecine chinoise qui dut fermer. Il pratique l'acupuncture, des massages, et utilise une technique qu'il présente comme japonaise et qui consiste à mettre la peau en contact avec un objet incandescent pour « détruire les parties malades et obtenir une action hémostatique ». Il est aussi herboriste et utilise des produits naturels issus de tous les horizons : de Chine et de Corée pour le traitement des nerfs, de l'Inde pour le traitement des allergies, et va

'médecines africaines' et le syndrome du prophète. L'exemple du Congo », *Afrique contemporaine*, 195, 2000 : 273-282.

rechercher des plantes au Bénin, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire pour confectionner certains remèdes. Il vend également quelques produits pharmaceutiques génériques, ainsi que divers articles de décoration chinois. Il bénéficie de l'aide d'un « infirmier ».

Les infirmiers herboristes et les accoucheuses traditionnelles peuvent être regroupés en une même classe. J'ai établi cette classe, apparemment hétérogène, en considérant le référent médical privilégié par ces deux types de spécialistes.

Les infirmiers herboristes sont le plus souvent des individus ayant travaillé dans des structures de soins (en tant qu'infirmiers, auxiliaires de santé, agents d'entretien) et continuent de revendiquer ce lien. Ils exercent en général à leur domicile, dans une pièce réservée à leurs consultations ; le lieu d'exercice de leur activité est repérable à partir d'une pancarte qui signale un « cabinet de soins infirmiers » qui, soit n'a aucune existence légale en tant que telle, soit est reconnu en tant qu'association par les services du Ministère de l'intérieur.

Certains de ces cabinets se limitent à délivrer des actes médicaux simples : injections, pansements, circoncision, etc. Dès que l'on questionne le responsable de la structure sur l'ensemble de ses pratiques, il n'est pas rare qu'il en vienne très rapidement à évoquer des domaines qui ne relèvent plus de prestations sanitaires « classiques ».

Plus précisément, régulièrement ce type de spécialiste finit par préciser que, face à un cas récalcitrant, la médecine n'est plus efficace et qu'il convient alors de se tourner vers la « médecine du village ». Ils refusent néanmoins la désignation de « tradi-praticiens » parce que, disent-ils, ils ne font pas la voyance ; cependant ils situent volontiers leurs pratiques dans une tradition familiale en précisant qu'ils avaient un oncle, une tante, etc., qui auparavant « soignait au village », et qu'ils trouvent certains remèdes après un songe, « avec l'aide de Dieu ».

J'associe les accoucheuses traditionnelles à cette classe en ce que leur statut, pour la plupart, a été conforté par la formation dont elles ont pu bénéficier dans des structures de soins. Dès lors, même si leurs pratiques et leur savoir sont beaucoup plus spécifiques que les « infirmiers herboristes », et s'exercent dans de tout autres conditions,

elles ne relèvent pas de la « profession médicale » au sens strict du terme, mais affichent comme référent premier leur participation au système de soins officiel qui, dès lors, devient l'élément central de la composition de leur statut.

Les entrepreneurs en médecine traditionnelle constituent notre cinquième classe de néo-tradipraticiens. Les incertitudes croissantes quant à l'efficacité de certains traitements, voire l'apparente impuissance de la médecine pour endiguer certaines pathologies (le sida, les hésitations actuelles quant aux traitements contre le paludisme, les difficultés de la prise en charge du diabète et de l'hypertension, etc.), a fait naître chez certains l'ambition de trouver et de diffuser à une large échelle des « médicaments africains » contre certaines pathologies.

Cette ambition est encouragée, parfois directement, par l'intérêt porté par des laboratoires pharmaceutiques à la recherche de nouvelles molécules, aussi, sans doute, par l'arrivée massive sur le marché africain de plantes médicinales en provenance d'Asie (Chine, Japon et Corée, pour l'essentiel).

Ces dernières années, les initiatives de certains entrepreneurs pour fabriquer et diffuser des « médicaments africains » ont été particulièrement patentes dans le domaine du sida. Certains ont pu constituer des « dossiers d'observation » à partir « d'essais » réalisés auprès de parents, dossiers alors adressés à des spécialistes internationalement reconnus ; ils en viennent à participer aux conférences internationales sur le sida et les MST en Afrique ; vont jusqu'à ouvrir des sites Internet pour informer le public sur les vertus de leurs produits, et parviennent, lorsqu'ils disposent des ressources nécessaires, à organiser la production de leurs remèdes dans des ateliers.

Ces entrepreneurs ont pignon sur rue, et à l'instar des néo-tradipraticiens qui exercent à une échelle plus modeste, refusent souvent de communiquer la composition de leurs remèdes miracles : ils arguent alors du fait que leur remède a pu être confectionné grâce à la confiance d'un « vieux du village » qui avait accepté une large diffusion de leur recette pour soulager « les maux de l'humanité », mais à condition de ne pas en dévoiler le secret ; dès lors dévoiler les

composants de leurs remèdes reviendrait à tromper la confiance qui leur avait été accordée, au risque éventuel d'anéantir les vertus de leur médicament.

Cette revue des « néo-tradipraticiens » ne saurait passer sous silence l'existence de « prieurs », leaders locaux de petits groupes d'adeptes, dont les compétences n'ont d'autre référent que l'élection divine chrétienne, pour l'univers culturel dont il est surtout question ici, et qui sont en concurrence avec les néo-tradipraticiens dans le champ de la « guérison ». Certains soignent exclusivement avec des versets de la Bible, notamment lorsqu'il s'agit de « prieurs » proches de la mouvance pentecôtiste, à l'exclusion de tout autre remède.

D'autres sont plus tolérants vis-à-vis de l'utilisation des plantes pour autant que leurs vertus aient été révélées par Dieu et qu'elles sont prescrites par eux. Certains de ces religieux n'hésitent pas à adhérer aux associations officielles de tradi-praticiens, et exercent à leur domicile, précisant qu'ils n'ont nul besoin du cadre d'une religion ou d'une église⁸ pour mettre à disposition leurs dons. Nombreuses sont les femmes dans cette classe.

Les voies de la professionnalisation d'un secteur en pleine expansion

Dans le monde des nouvelles médecines traditionnelles africaines, la concurrence est rude. Selon une information se rapportant à Yaoundé et ses environs (soit le département de Mfoundi), le nombre de tradi-praticiens serait passé de 210 en 1988 à plus de 400 à la fin des années 1990. Ce type de données chiffrées, s'il donne sans doute une indication quant au dynamisme de ce secteur, est évidemment à prendre avec beaucoup de précautions.

Le doublement ainsi attesté de l'offre en l'espace d'une dizaine d'années non seulement est probable, mais sous estime très certainement la réalité. Par exemple, les enquêtes directes que nous avons effectuées dans un petit quartier de Brazzaville, très excentré, avait permis de recenser une centaine de spécialistes en 1995. Celle

⁸ Église et religion sont présentées par ces prieurs comme des inventions humaines, et donc nuisibles à l'expression pleine et entière du message divin.

que nous avons réalisée en 1999 dans un des six arrondissements de Yaoundé, et qui ne prenait pas en compte les « prieurs », avait également permis d'identifier une centaine de ces spécialistes ; c'est dire qu'à l'échelle de l'ensemble d'un département qui inclut la totalité de la ville de Yaoundé, le chiffre de 400 est certainement très en deçà de la réalité.

En fait, le chiffre avancé pour Yaoundé se rapporte aux individus répertoriés officiellement parce qu'ils se sont inscrits dans une association de tradi-praticiens, et auxquelles sont loin d'adhérer tous les spécialistes évoqués. Ce chiffre signifie alors sans doute surtout que ce secteur est en voie de professionnalisation : il attire des lettrés à la recherche d'une reconnaissance officielle dans le cadre d'une association ; ce qui d'ailleurs signe encore un peu plus le déclin des spécialistes à forte légitimité traditionnelle qui, en général, refusent de s'inscrire dans les associations.

Mais les associations qui se multiplient (nous en avons repéré plus d'une dizaine à Yaoundé), et qui constituent sans conteste une des filières de reconnaissance du métier, sont souvent peu fonctionnelles, toujours en proie à des conflits de leadership qui compromettent leur pérennité. Ces associations sont loin d'être les seules organisations participant à la structuration de ces métiers. En effet, trois institutions me semblent avoir participé activement au développement et à la structuration des métiers de la nouvelle médecine traditionnelle : les Églises chrétiennes, la recherche universitaire, et les systèmes de santé eux-mêmes, ou plutôt leurs insuffisances.

Les Églises chrétiennes

L'œuvre de santé, on le sait, est indissociable de l'entreprise missionnaire chrétienne dans les pays en développement en général, et en Afrique en particulier⁹. L'entreprise sanitaire chrétienne, depuis la période coloniale et jusqu'à nos jours, est localisée plutôt dans des espaces non desservis par les structures de soins publiques et tentent de toucher souvent les plus défavorisés, également dans les zones

⁹ On pourra se reporter, par exemple, à J. Pirotte et Jean Derroitte (eds.), *Churches and Health Care in the Third World. Past and Present*, Leiden, E.J. Brill, 1991.

urbanisées. Sa vocation à travailler en relation étroite avec les « communautés », de mener des actions de « proximité » est sans cesse réaffirmée. Or, les dispensaires confessionnels n'ont pas toujours les moyens (en personnel et en équipement) de délivrer l'ensemble des prestations que l'on attend aujourd'hui d'un centre de santé ; aussi pour « compléter » l'offre de soins, ils cherchent souvent à trouver des relais à leurs actions dans la communauté. Parmi ces relais, figurent notamment les accoucheuses traditionnelles.

Le travail que nous avons réalisé à Kisumu, au Kenya, autour de la grossesse et de l'accouchement, a montré que la plupart des accoucheuses traditionnelles d'un des plus grand quartiers populaires (*slum*) de la ville était des adeptes d'une église chrétienne, protestante en l'occurrence. Cette église, en collaboration avec une ONG du Nord, avait en effet développé un programme de formation d'accoucheuses traditionnelles.

Mais s'était posé le problème de savoir quelles femmes recruter pour cette formation, étant entendu, d'une part, que le statut « d'accoucheuse traditionnelle » n'existait pas dans la communauté¹⁰, et d'autre part qu'il convenait de former des femmes dont on il fallait s'assurer qu'elles feraient effectivement le travail pour lequel elles seraient formées et qui pourraient être aisément suivies.

Le recrutement s'est alors fait parmi la communauté des fidèles, plus précisément parmi les choristes de l'église. Les femmes choisies, qui avaient donc pour principales caractéristiques d'être âgées et chrétiennes, mais n'ayant aucun « antécédents familiaux » dans le domaine des soins traditionnels, ont été formées dans des hôpitaux et ont reçu un certificat de *Traditional Birth Attendant* attestant de leur formation, que certaines arboraient fièrement dans leur maison.

Dans cet exemple, l'offre de soins confessionnelle apparaît à l'évidence comme une instance de professionnalisation des nouveaux métiers de la « médecine traditionnelle ».

¹⁰ Rappelons que le statut « d'accoucheuse traditionnelle » n'est bien souvent aucunement traditionnel : ce que « traditionnellement » les communautés reconnaissaient était le savoir faire de certaines vieilles femmes qui pouvaient être appelées à l'aide dans les villages, mais ce savoir faire ne conférait nullement un statut particulier à ces femmes.

La recherche universitaire

La recherche universitaire intervient également en faveur de la légitimation et de la professionnalisation de la nouvelle médecine traditionnelle africaine, du fait de l'intérêt manifesté pour la découverte de nouvelles molécules contenues dans des plantes. Instituts de recherche et universités n'ont pas hésité depuis les années 1970 à développer des départements spécialisés dans ce domaine : par exemple, la Fondation internationale pour la Science, basée en Suède, a financé des recherches en ce sens à partir de 1975 qui ont été menées par le Département de chimie de l'Université du Malawi ; en 1974, un Centre pour la recherche scientifique sur la médecine naturelle a été créé au Ghana ¹¹. Or ces départements universitaire et de recherche qui se consacrent aux recherches sur les plantes, sont aussi parfois des lieux privilégiés de légitimation (scientifique) des initiatives des entrepreneurs en médecine traditionnelle évoqués plus haut.

Un exemple m'en a été fourni, dans le domaine du sida, par le personnage du Dr Obel, membre éminent du Kenyan Medical Research Institute ¹², qui fut l'inventeur, entre autres, d'un médicament appelé Pearl Omega, censé guérir du sida, et qui était vendu dans les pharmacies de Nairobi, d'ailleurs au grand désarroi des associations de personnes vivant avec le VIH du Kenya qui envisageaient, en 1997, d'intenter un procès contre le Dr Obel en l'accusant de favoriser la vente d'un « produit pharmaceutique » qui n'avait pas été testé ¹³.

Le Dr Obel balayait alors d'un revers de main toutes les critiques qui lui étaient adressées, arguant de la légitimité d'une démarche spécifiquement africaine qui n'avait pas à répondre aux exigences scientifiques imposées par les pays du Nord pour la mise sur le marché d'un nouveau médicament, de telles exigences n'ayant d'autre but, à ses yeux, que d'empêcher l'émergence d'une production de médicaments africains en Afrique. Depuis, le sida a donné lieu à la

¹¹ M. Last, G.L. Chavanduka (eds.), *op.cit.*

¹² Par ailleurs centre collaborateur de l'OMS pour la lutte contre certaines pathologies.

¹³ Ce épisode du Dr Obel et de son médicament contre le sida est également rapporté dans J. Iliffe, *East African Doctors*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.

production dans les autres pays de nombreux « médicaments africains » parés de toutes les vertus pour lutter contre l'infection par le VIH.

D'une manière générale, on sait que des laboratoires pharmaceutiques traquent les plantes médicinales à la recherche de nouvelles molécules. On sait aussi que les accords TRIPS¹⁴ de l'Organisation mondiale du commerce tendent à accorder la propriété intellectuelle aux découvreurs de nouvelles molécules et à protéger la découverte. Le débat ouvert sur la brevetabilité des espèces est loin d'être clos, surtout s'agissant des ressources potentielles des pays en développement.

On peut alors se demander dans quelle mesure les nouvelles réglementations en matière de commerce internationale ne vont pas favoriser l'émergence de courtiers en médecine traditionnelle qui vendront leurs recettes aux laboratoires¹⁵. Ici, les intérêts des entrepreneurs qui vantent les mérites de la « tradition africaine » et des laboratoires pourront peut-être converger grâce à l'OMC pour le maintien du secret sur les principes actifs de la plante brevetée.

Les insuffisances des systèmes de santé

Peu d'administrations de la santé en Afrique se sont dotées de comités d'éthique vraiment fonctionnels, ayant une compétence nationale pour l'ensemble des activités de recherche¹⁶. Par ailleurs, il est vraisemblable que les procédures d'autorisation de mise sur le marché de nouveaux médicaments qui devraient exister dans tous les pays ne sont pas très rigoureuses, d'autant moins qu'en règle générale, la production pharmaceutique africaine est très faible (sauf en Afrique du sud) et se limite à quelques génériques ; dès lors, la très grande

¹⁴ TRIPS : *Trade-Related aspects of Intellectual Property Rights*.

¹⁵ Un article de V. de Filippis intitulé « voleurs de plantes », paru dans *Libération* le 15 décembre 1999 dénonçait déjà les agissements d'individus qui se rendaient auprès de guérisseurs et chamans indiens de Bolivie à la recherche de plantes médicinales pour des laboratoires et s'inquiétait des droits de propriétés sur ces plantes une fois le principe actif découvert.

¹⁶ Aujourd'hui, à notre connaissance, il n'y a qu'en matière de travaux touchant les personnes infectées par le VIH qu'un avis d'un comité d'éthique du pays est requis.

majorité des médicaments qui circulent en Afrique sont importés et on déjà reçu une autorisation de mise sur le marché dans les pays du Nord. Il y a donc très peu d'obstacle à la possibilité de commercialisation de « médicaments africains » dans les pays.

Les avantages et les inconvénients (en particulier la toxicité) des produits ne peuvent guère être établis, faute d'essais thérapeutiques. Si test sur la toxicité de ces « médicaments naturels » il devait y avoir, ce serait de toute manière après qu'ils aient été déjà utilisés pour « guérir » des humains, et les spécialistes néo-traditionnels ne manqueraient pas de se retrancher derrière le secret sur les composants de leur remède qu'il convient de préserver, comme nous l'avons vu plus haut.

Par ailleurs, même si des procédures réglementaires étaient à l'œuvre, les producteurs des « médicaments africains » pourraient toujours se retrancher derrière le fait que leur produit n'est pas un médicament mais un produit naturel. De plus, nombre de ces spécialistes, pour bénéficier d'une reconnaissance officielle, s'inscrivent dans une association et exercent sous le couvert de cette association ; dès lors ils ne sont régis que par les textes relatifs aux associations et nullement par un code de la médecine, et peuvent ainsi arguer de leur indépendance totale par rapport à toute réglementation médicale pour échapper à une sanction.

Aussi, la faiblesse de la réglementation dans nombre d'États africains donne toute latitude aux entrepreneurs en médecine traditionnelle de commercialiser des « médicaments africains » y compris dans des officines pharmaceutiques.

S'installer en ville

Revenons à un niveau plus localisé, celui des lieux d'installation des néo-tradipraticiens en ville. Comme je l'ai déjà signalé, la concurrence est rude. Puisque la professionnalisation signifie aussi constituer son activité en source de revenus, parfois principale, alors la question de l'installation et de la recherche d'une clientèle mérite d'être posée, ce que nous avons fait dans le cadre de deux études, à Brazzaville, et à Yaoundé.

Lorsque nous avons interrogé des néo-tradipraticiens brazzavillois sur la concurrence existante, en tentant de leur faire préciser le type de relations qu'ils entretenaient avec leurs « confrères » aux alentours, les réponses étaient très diverses.

Certains affirmaient qu'ils ne connaissaient pas et ne se préoccupaient pas de ceux qui exerçaient aux alentours, d'autant moins, précisaient-ils, que leur clientèle venait de tous les quartiers de la ville et que leur réputation dépassait de beaucoup les seules limites urbaines. Ceux qui étaient installés dans les quartiers depuis peu affirmaient qu'ils continuaient de recruter la majorité de leurs clients dans le quartier où ils étaient préalablement installés.

D'autres saluaient plutôt l'arrivée de nouveaux spécialistes qu'ils ne percevaient pas comme des concurrents mais comme des recours supplémentaires pour venir en aide à une population qui avait peu accès aux structures de soins. Il n'y a véritablement qu'entre les néo-tradipraticiens et les prieurs que les rivalités étaient particulièrement âpres, mais elles tenaient moins à une concurrence professionnelle, si l'on peut dire, qu'à un antagonisme des registres respectifs sur lesquels chacun fonde sa pratique : la « religion » combattant tout ce qui a trait à la « tradition », et inversement.

Précisons que le souci de toucher une nouvelle clientèle de proximité était beaucoup plus affirmé chez les prieurs que chez les néo-tradipraticiens, les premiers ayant un sens de la « mission » et du prosélytisme inexistant chez les seconds.

Le quartier de Brazzaville dans lequel nous avons enquêté en 1995 était situé à la périphérie de la ville et était en cours d'urbanisation¹⁷; il était peuplé plutôt d'anciens locataires ou hébergés (par un parent) venant du centre ville et qui avaient pu accéder à la propriété dans cette zone ; il comptait très peu de nouveaux urbains. Nous avons alors posé la question de savoir si, pour les néo-tradipraticiens installés dans ce nouveau quartier, leur déménagement avait un lien avec leur activité professionnelle.

¹⁷ Pour une présentation de ce quartier, on pourra se référer à M.E. Gruénais, J. Tonda, J.P. Poaty, *Se soigner à Maman Mboulé. Les recours aux soins dans une périphérie de Brazzaville (Congo)*, rapport de fin de recherche, CNRS - Programme Interdisciplinaire de Recherche sur la Ville, ORSTOM, Brazzaville, février 1997.

Parmi les néo-tradipraticiens interrogés, les deux tiers (90 sur 64) ont répondu que leur installation dans ce quartier, à l'instar de tous les autres habitants, avait été motivé par le « besoin d'avoir un chez soi », c'est-à-dire d'accéder à la propriété.

Seules 14 personnes ont donné une raison qui était en rapport avec leur pratique : six prieurs ont déclaré avoir quitté leur ancien quartier parce qu'ils ressentaient le besoin d'un emplacement spécifique pour construire leur église ; dans le même ordre d'idée, trois néo-tradipraticiens ont précisé que leur installation dans ce nouveau quartier leur avait permis de pouvoir faire bénéficier les malades qu'ils « hospitalisaient » d'un espace plus important. Seules cinq personnes ont déclaré avoir quitté leur ancien quartier pour rechercher de nouveaux adeptes ou de nouveaux malades.

Donc, dans le cas de ce quartier de Brazzaville, l'installation des néo-tradipraticiens dans une nouvelle zone ne répond guère explicitement au souci de conquérir une nouvelle « part du marché ». Cela montre également combien, finalement, ces néo-tradipraticiens sont peu préoccupés de se rendre accessibles, certains n'ayant aucun doute sur la fidélité d'une clientèle qui, de toute façon se déplacera quel que soit son lieu de résidence, eu égard à la qualité des services qu'ils peuvent rendre.

Les quartiers de Yaoundé et de Brazzaville où nous avons enquêté sont des quartiers dont les confins sont relativement peu urbanisés, avec des zones qui bénéficient encore d'un couvert végétal qui reste relativement important. Nous avons alors posé la question aux néo-tradipraticiens de savoir si la facilité d'accès à une zone où ils peuvent s'approvisionner en plantes pouvait influencer sur le choix de leur lieu d'installation.

Pour le quartier de Brazzaville, ce type de préoccupation était secondaire : certains déclaraient que tous leurs produits venaient de leur village d'origine, mais la plupart d'entre eux précisaient qu'ils délivraient une « ordonnance » à leur client, leur demandant d'aller acheter les produits nécessaires à la confection de leur traitement auprès des marchands spécialisés en « produits traditionnels » sur les marchés de la ville.

L'environnement immédiat était sans doute d'autant moins important pour les néo-tradipraticiens brazzavillois interrogés que, si leur quartier n'était pas complètement urbanisé, il restait une zone très pauvre et aride, donc peu susceptible d'une production abondante en « matières premières » pour eux.

En revanche, à Yaoundé, le lien entre l'environnement et le lieu d'installation des néo-tradipraticiens herboristes était beaucoup plus net. Sur cinquante spécialistes d'une « médecine traditionnelle africaine » localisés dans la zone la plus urbanisée du site d'étude, quarante résidaient sur des versants et à proximité de bas-fonds, et dix seulement à proximité des axes routiers. Ceux que nous avons pu interroger sur cette question ont affirmé s'approvisionner régulièrement à proximité de leur domicile.

La situation des néo-tradipraticiens à Brazzaville et à Yaoundé se rejoint en ce que tous sont concentrés dans les zones les plus centrales. Dans le quartier de Brazzaville on observait une très forte concentration (70 % des personnes interrogées) dans les zones situées autour des deux plus importants marchés du quartier, zones qui étaient aisément desservies par les transports en commun (bus et taxis) en provenance du centre-ville. A Yaoundé, parmi les 95 néo-tradipraticiens de la zone d'enquête, 59, soit plus de 60 %, étaient concentrés dans la partie la plus proche du centre ville, et pour une partie non négligeable d'entre eux, à proximité des centres de soins médicaux publics et privés.

Plusieurs raisons peuvent contribuer à expliquer la concentration de l'offre de soins informels populaires au plus près des centres de la vie urbaine. Les néo-tradipraticiens rencontrés sont en général propriétaires, déjà d'un certain âge, installés en famille, et bien insérées, à tout point de vue (socialement et géographiquement) dans le tissu urbain. Aussi leur statut social et économique leur permet d'habiter dans des quartiers ou des zones où résident des citoyens « comme eux », et qui ne sont pas les zones les plus excentrées, ni les plus défavorisées. Par ailleurs, même si la recherche de clientèle n'est pas nécessairement la raison majeure du choix de leur lieu d'installation, le souci d'une certaine visibilité ne leur est pas étrangère : on s'installe non loin des grands axes ou des principaux

pôles d'activités du quartier, où l'on déploie les pancartes qui peuvent permettre de vous localiser. Les zones péri-urbaines, en revanche, offrent très peu d'attrait pour les néo-tradipraticiens : zones semi-agricoles, où la densité de la population est faible, qui regroupe parfois des paysans peu fortunés, et qui sont peu informés des « bénéfiques » de la médecine chinoise, de l'astrologie ou de la « véritable médecine traditionnelle africaine ». Les quartiers de nouveaux arrivants représentent en effet un intérêt réduit : les nouveaux arrivants, encore mal insérés dans le tissu urbain d'accueil, ayant un faible réseau local d'interconnaissances, ont tendance à se rendre en première intention au dispensaire ou à l'hôpital¹⁸. En revanche, c'est dans les quartiers les plus centraux qu'habite la clientèle la plus nantie et la plus « évoluée », donc la plus susceptible de s'adresser aux nouveaux tradi-praticiens et de leur procurer des revenus réels.

Conclusion

L'univers de la « véritable médecine traditionnelle africaine » semble aujourd'hui en pleine expansion. Dans cet univers, les spécialistes les plus prisés aujourd'hui sont loin de correspondre à l'image d'Epinal du chef de culte traditionnel à vocation thérapeutique qui, par un rituel sophistiqué renvoyant à des systèmes de sens « ésotériques », cherchent à « guérir » la face de la maladie ignorée par la médecine. Ces chefs de culte sont aujourd'hui en plein déclin, surtout face à la demande urbaine de « modernité ».

La « véritable médecine traditionnelle africaine » est aujourd'hui entre les mains des néo-tradipraticiens, qui se professionnalisent, et sont à la recherche de reconnaissance et de légitimité, y compris scientifique. Ils sont aussi à la recherche d'une clientèle pour constituer leur activité en métier à part entière. A ce titre, tous les nouveaux registres de référence (des médecines asiatiques à l'astrologie, en passant par la

¹⁸ Le recours à ces spécialistes de la nouvelle médecine traditionnelle africaine reconnus de la communauté impliquent que l'on fasse partie effectivement de cette communauté. Or les nouveaux arrivants, par définition, sont peu insérés dans les réseaux qui peuvent conduire à ces spécialistes ; dès lors, ils auront plutôt tendance à se rendre dans les structures de soins médicales, socialement plus accessibles.

médecine naturelle) peuvent être utilisés, et la nouveauté vient rimer avec « modernité » et attraction d'une nouvelle clientèle urbaine. Certes, les notions « d'installation » et de « recherche de nouveaux marchés » ne sont pas encore ancrées très explicitement dans la pratique des néo-tradipraticiens. En revanche, ceux-ci s'inscrivent, socialement et géographiquement, dans une dynamique de la réussite sociale, s'adressant de fait à une clientèle relativement nantie et bien insérée en ville. La « véritable médecine traditionnelle africaine » ne saurait alors être aujourd'hui considérée comme un recours de proximité qui se maintiendrait dans les vides laissés par une couverture sanitaire insuffisante. Bien au contraire, elle chasse sur les mêmes terrains que la médecine, se posant volontiers comme sa concurrente.

De la douleur subie à l'anesthésie opératoire. Chemins d'esquive ; naissance d'une spécialité praticienne hospitalière (XVI^e-XX^e siècles) *

Jean-Pierre Peter *

Résumé. L'article interroge concrètement la notion de la douleur telle qu'elle a été vécue, perçue, décrite par les praticiens au cours de l'histoire médicale. Il montre les multiples contradictions que recèle la douleur. Elle est à l'origine de situations variées construites par les acteurs confrontés à la douleur. Elle fait découvrir les sens différents qui lui sont attribués par les praticiens. La douleur reste, malgré les changements réalisés, objet de routine et de distanciation parmi une catégorie de praticiens.

Mots clés : douleur, chirurgie, anesthésie.

Je vais parler ici de non-actes, de résistance médicale à la prise en charge d'un des versants de la maladie, la douleur, laquelle est aussi, et souvent, un effet de l'intervention médicale. C'est ainsi en chirurgie, en réanimation, ou au cours des explorations invasives en clinique médicale.

La prise en charge de la douleur est désormais inscrite dans la Charte des droits du malade. Ont vu le jour, dans les hôpitaux, des Unités de soins de la douleur, et se sont multipliées également des cliniques spécialisées. Il existe une Association Internationale pour l'étude de la douleur (I.A.S.P.), avec une section française, la Société d'Étude et

• Historien C.R.H.- E.H.E.S.S. (Paris)

* Cet exposé reprend sur plusieurs points des passages de mon livre *De la douleur*, Cité des Sciences, 1992, et de mon étude publiée sous le titre « Connaissance et oblitération de la douleur » in *Séminaire de Françoise Héritier* -

de Traitement de la douleur (S.E.T.D.), association médicale et hospitalière.

Dès avant cela, s'est peu à peu configurée puis imposée une spécialité médicale d'anesthésistes-réanimateurs, longtemps freinée dans son émergence par l'effet d'un sentiment de rivalité ou de concurrence des chirurgiens d'une part, des infirmières de bloc opératoire d'autre part. Le degré de prise en charge de la douleur fait maintenant partie du débat public. Tout cela, c'est du social, de l'anthropologique et du professionnel. Ce n'est pas là de l'anodin !

« Anodin », c'est un mot intéressant. Je le rencontre parfois dans les manuscrits médicaux des XVII^e et XVIII^e siècles dont je suis familier. Ces médecins prescrivaient à l'occasion des médicaments « *anodin* », c'est-à-dire des médicaments analgésiques, antalgiques. C'est un mot grec : *anodynè*, *a-* privatif, et *odynè*, la douleur, « qui supprime ou apaise la douleur ». Et l'on ordonnait donc des « anodins ». Que ce mot, depuis lors, ait pris le sens de quelque chose qui n'est pas important, qui compte peu, voilà qui est proprement saisissant. Parce que ceci est significatif, c'est étonnement révélateur. Cela laisserait entendre que la douleur d'autrui est affaire secondaire ; à la limite, négligeable. Et ce n'est pas la seule surprise que nous puissions avoir. C'est donc bien la douleur qui va être au cœur de ma communication, la douleur, et ce qui tourne autour d'elle.

Remonter dans le temps et tenter de saisir quelque chose d'une *histoire de la douleur physique*, de la relation de la médecine à la douleur, et de même observer et écouter autour de nous ce qu'il en est de la douleur, nous met chaque fois, et contre toute attente, en présence d'énigmes permanentes, de conduites ou d'attitudes apparemment inexplicables. Je vais évoquer ici quelques témoins.

Dans un entretien fait à l'Institut Gustave Roussy de Villejuif, diffusé ensuite sur France-Culture ¹, une jeune fille de dix-sept ans, Julia, souffrant depuis quatre années d'une leucémie, répondait à des questions portant sur la douleur, la sienne. Elle dit :

¹En 1995, présenté par le Dr Annie Gauvin-Picquard.

« La douleur, c'est l'atrocité. C'est à se taper la tête contre les murs, c'est horrible. (...) Tout le monde me disait que c'était psychologique. Ils essayaient pas de chercher plus loin. Il n'y a rien de plus dur que quand on n'est pas compris (...) Mes parents ne savaient pas trop. Ils étaient partagés entre l'avis des médecins. Ils vivaient la douleur en même temps que moi, sans la vivre vraiment, et puis en même temps, ils se disaient que c'était de la comédie. Quand on ne le vit pas, c'est pas... [imaginable]. (...) Il y a plein de choses qu'on peut pas faire quand on a mal. On n'ose pas bouger. Le moindre effort qu'on fait, ça provoque la douleur. Donc, on essaye de pas avoir mal. Moi, je restais dans mon lit, et puis voilà. Mais on se révolte.

Les médecins essayaient de me dire qu'il n'y avait aucun lien [entre la douleur et la maladie]. Moi je voulais bien les croire, mais le problème c'est que moi je ne comprenais pas qu'ils s'en foutent quoi ! mais franchement ils n'en avaient rien à faire. C'était pas leur problème ! Un moment je me demandais si c'était moi qui étais folle ou quoi ? Parce que tout le monde disait : c'est psychologique, c'est machin, c'est ceci. Je me disais : si c'est psychologique, c'est que je suis folle, c'est pas vrai ; et là [une fois entrée au service de soins de la douleur et enfin écoutée], je me suis dit : au moins, je suis humaine. »

Qui est humain, qui est inhumain ? Dans les années 1970, après la mort de son petit garçon atteint de leucémie, une mère ressentit comme un devoir de témoigner par un livre du calvaire qu'avait vécu son enfant de six ans². Elle raconte la dureté, le manque de respect pour la dignité des gens et la brutalité du monde hospitalier. L'indifférence, surtout, envers la douleur de l'enfant, une douleur le plus souvent infligée par les soins eux-mêmes. Ainsi de l'un parmi bien d'autres épisodes : « La porte s'ouvrit sur un externe qui venait faire la ponction de moelle. Je tentai de rester auprès de Bruno (...), mais on me donna l'ordre de sortir. Dans le couloir, je prêtais une oreille attentive. J'entendis un cri mais qui se prolongeait cette fois par des sanglots puis d'autres cris, et encore d'autres qui ne s'achevaient plus. C'était intenable. Mais que faire ? Faire irruption dans la chambre pouvait causer quelques maladroites supplémentaires. On me

2 Janie Maurice, *Bruno mon fils — une mère et les médecins*, Paris, Stock, 1971

mettrait à la porte (...). Je me mis à courir dans le couloir à la recherche de quelqu'un et je rencontrai la surveillante. Je lui exposai le cas et reçus cette réponse qui claqua comme une gifle : 'Si vous ne voulez pas entendre crier votre enfant, partez. Mais partez donc !'. Je revins sans mot dire en courant. La porte s'ouvrit et l'externe en sortit, sans un regard, comme s'il ne s'était rien passé. Bruno, livide, grelottait sur son lit. »

Plus tard dans la matinée, c'est la ponction lombaire :
« ...Un cri déchirant me transperça. Cette fois, il ne s'arrêtait pas. Le temps de reprendre son souffle et il s'intensifiait encore et encore. Puis le cris se transforma en un râle et Bruno se remit à crier encore plus fort. La porte de la chambre s'ouvrit brusquement et l'externe toute pâle partit en courant vers la salle de soins. Elle me cria : 'Il faut encore recommencer' ; et elle rapporta une nouvelle aiguille et une nouvelle éprouvette. La porte se referma et Bruno criait toujours. J'étais folle d'angoisse. Je courus vers la salle de garde dans l'espoir de trouver l'interne de service mais je tombai sur la surveillante : 'La ponction lombaire se passe mal, je voudrais voir l'interne' — 'Il est parti déjeuner ; vous devrez l'attendre. Les externes font leur travail'. J'aurais pu supplier à genoux cette femme que je n'aurais rien modifié de son attitude. »

Un témoignage encore. Le docteur Bensoussan, pédopsychiatre, parle de ses premières années d'exercice hospitalier³ :

« En réanimation néonatale, jamais je n'entendais parler de douleur. Certes, disait-on, un cerveau avait souffert, un rein, un appareil respiratoire... Mais, du plus loin que je me souviens, je ne nous ai jamais entendu évoquer la souffrance d'un bébé... Nous faisons silence sur ces souffrances... Il nous fallait agir ; et cette présence dans le réel nous rendait souvent absents au bébé. Tous nos gestes pouvaient être douloureux pour eux. Mais nous ne pouvions le penser. Nous les traitions, nous les sauvions. Et nous nous aveuglions. C'est insupportable un bébé qui souffre, un bébé qui meurt. Alors, il a fallu

³ « Pour en finir avec la douleur des bébés », *Encycl. médic.-chir.*, 1993.

du temps, il en faudra encore sûrement, pour que ces souffrances, nous les constatons, nous les acceptons, nous les soulignons. »

Dans le premier chapitre d'un beau livre où il retrace sa carrière, le Pr. Daniel Alagille⁴ rappelle comment à ses débuts, en chirurgie pédiatrique, on opérait la sténose du pylore des nouveau-nés à cru, sans anesthésie. La moitié des petits mouraient du choc opératoire, de la douleur intense.

Le jeune médecin était terrifié, accablé. Il protestait. Mais on le rappelait à la raison : le dogme affirmé et enseigné stipulait que la douleur n'existe pas chez le nourrisson, son système nerveux n'étant pas arrivé à maturité. On sait maintenant que cet inachèvement a pour effet précisément que le nouveau-né ne peut mobiliser encore ses moyens endogènes de résistance à la douleur. Il souffre d'autant plus. Rappelons qu'on a encore, en 1985, opéré *sans anesthésie* de petits prématurés pour pratiquer sur eux, dans le cas d'une malformation, la ligature du canal artériel. Cela implique une thoracotomie (cage thoracique ouverte). L'intervention se faisait sous simple curarisation, qui empêche les mouvements du sujet⁵.

Alors, que dire de tout cela, que conclure ? Il y a, entre l'espace culturel de l'Occident et la douleur physique, un débat, un face à face, aussi bien un partenariat, très anciens ; et très énigmatiques. À ce sujet d'ailleurs, et quitte à alourdir de citations l'entrée en matière de cette communication, je voudrais faire entendre la tonalité d'une des voix (au sens musical du terme), une des voix qui tient sa partie dans cette apologétique occidentale de la douleur. Deux auteurs. Le premier, Ernst Jünger⁶, en 1934, dans un court essai intitulé *Sur la douleur*, dont voici les premières lignes : « Il existe quelques grands critères immuables qui révèlent la valeur de l'homme. L'un d'entre eux est la douleur ; c'est la plus dure épreuve au sein de cette succession d'épreuves que l'on a l'habitude d'appeler la vie. C'est pourquoi une méditation consacrée à la douleur est forcément impopulaire ;

⁴ *L'enfant messager*, 1992.

⁵ Anand, Sippell, *The Lancet*, 1987.

⁶ *Feuilles et pierres*, Éd. Le Passer, 1994.

pourtant, elle est en soi riche d'enseignement, mais elle éclaire aussi une série de questions qui nous préoccupent aujourd'hui. La douleur est l'une de ces clés qui ouvrent non seulement l'intimité de l'homme mais l'ensemble du monde. Si l'on s'approche du point où l'homme se montre à la hauteur de la douleur ou même supérieur à elle, on accède aux sources de sa puissance et au secret qui se cache derrière sa domination. Dis-moi quel est ton rapport à la douleur, et je te dirai qui tu es. »

Dans un ouvrage assez récent, *Anthropologie de la douleur*, David Le Breton ⁷, au terme d'un parcours bien informé, précis, minutieux, intelligent sur les expériences de la douleur, la construction sociale de la douleur, ses usages sociaux, conclut dans les termes suivants :

« La douleur est inhérente à la vie comme contrepoint qui donne sa pleine mesure à la ferveur d'exister. Vivre n'a de valeur que d'être virtuellement précaire, sous la menace. (...).

Il y a en puissance dans toute douleur, une dimension initiatique, une sollicitation à vivre plus intensément la conscience d'exister. Parce qu'elle est arrachement à soi, bouleversement de la quiétude où s'enracinait l'ancien sentiment d'identité, la douleur subie est anthropologiquement un principe radical de métamorphose, et d'accès à une identité restaurée. Elle est un outil de connaissance, une manière de penser à la limite de soi. (...) La douleur est une métaphysique, elle donne la distance propre à l'installation de l'homme dans un univers de sens élargi et propice au goût de vivre. Parce qu'elle embrase et verrouille dans l'horreur et le sentiment de la mort, elle est une clé pour enraciner en l'homme, une fois qu'il s'est relevé de son mal, le sentiment du prix de la vie. La douleur est un sacré sauvage. »

Sensiblerie ou préjugé de ma part, j'ai été troublé par ce texte, et plus par lui que par celui de Jünger, conforme à ce que nous connaissons de lui, de son temps, des circonstances auxquelles il a appartenu et donné son aval. Certes nous savons combien la plupart des sociétés et

⁷ David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995.

des cultures humaines ont été affrontées à la fréquence des occasions où les individus rencontrent la douleur, souvent la plus intense. Elles ont pour la plupart dessiné le modèle idéal d'une réponse ferme, d'une endurance, du courage, voire d'un entraînement volontaire à surmonter l'inévitable épreuve de la douleur. Mais ici, et dans tout l'ouvrage de notre collègue, j'entends résonner les accents d'une célébration de la douleur à laquelle trop d'épisodes de la vie hospitalière (je viens d'en rappeler plusieurs) renvoient un écho sinistre et certain.

Se pencher sur l'histoire médicale de la douleur fait découvrir une réelle ambiguïté des faits, des hommes, des choses, des mots. Presque toutes les pages de l'abondante littérature médicale, depuis plus de vingt-cinq siècles, manifestent ou laissent deviner la présence universelle de la douleur. Pourtant ces milliers de pages construisent en même temps, sur la douleur, comme un épais silence, mais un silence formidablement bavard.

Remontons loin dans le temps. Pour ce qui est de l'ambivalence des faits, il me suffit de rappeler le *Phédon* de Platon. Socrate, frottant avec bonheur sa jambe endolorie par les fers qu'on vient de lui enlever, s'interroge déjà sur la proximité déroutante de la sensation douloureuse et du plaisir. Voici pour l'ambiguïté ; le silence maintenant. Au temps d'Auguste, Celse écrivait :

« Résolu à guérir celui qui se confie à ses soins, le chirurgien doit rester sourd aux cris de son patient ; il doit achever son œuvre sans se laisser émouvoir par ses plaintes »⁸.

Face à la douleur, et depuis l'Antiquité, la médecine s'est durablement partagée entre des choix contraires : la soulager, ou se résigner à sa présence insurmontable. Les traités savants l'ont abondamment décrite et classifiée. Beaucoup de mots. Mais l'action thérapeutique concrète est restée réservée. Vives réticences envers l'usage des

⁸ *De re medica*, livre VII, "chirurgie".

dangereux narcotiques. Alors on laissait facilement souffrir. Et les opérations chirurgicales, à vif, étaient cruelles.

Je reprends plus en détail. « *Soulager la douleur est chose divine* », affirme un aphorisme de la collection hippocratique. Cela traduit assez combien, dès l'origine, la médecine constituée dans sa profession laïque (hors des temples et des cultes) a connu les limites de ses moyens. Chose *divine*, autant dire : difficilement accessible à l'homme médecin, en tous cas dans le champ des douleurs aiguës ou durables.

Le monde antique n'a pas négligé pour autant les ressources offertes par la nature végétale. Pavot (et opium), jusquiame, ciguë, mandragore, (et d'autres : morelle noire, lierre) furent d'usage courant, souvent en composition, comme sédatifs, analgésiques, et même anesthésiques. On atteste des amputations sous narcose (Lucius Apuleus, IV^e siècle apr. J.C.). Bien des informations sur la douleur et l'usage des plantes calmantes et narcotiques se trouvent chez Oribase, Dioscoride, Rufus d'Éphèse, etc.

Notons cependant que, dès alors, la morale des stoïciens comme celle des épicuriens valorisaient l'endurance envers les épreuves douloureuses. Savoir affronter la douleur est le propre de l'homme ou de la femme libres, et les distingue de l'esclave. On voit par là qu'une certaine ambiguïté des attitudes envers la douleur n'est pas le fait de la seule tradition judéo-chrétienne.

Je reviens cependant au domaine proprement médical de la prise en charge de la douleur, des thérapies et des soins. Déjà Celse et Galien recommandaient de n'utiliser des opiacés qu'avec réserve et prudence à cause du problème des dosages. Avec l'ère chrétienne, commence à cet égard l'histoire d'une attitude plus problématique encore. En fait, l'action des plantes hypnotiques, que j'ai mentionnées, a été peu à peu ressentie comme liée aux effets d'une magie païenne, et leur usage est devenu un objet de réprobation. On assiste ainsi à l'abandon progressif de la précieuse pharmacopée antique. Encore qu'elle se maintient dans les campagnes sous des formes plus libres, dans l'espace d'une culture autre, d'une culture qu'on pourrait dire

indigène. En tous cas non livresque, plus coutumière. De sorte qu'il ne resta plus que des francs-tireurs (sorciers, guérisseurs mais aussi alchimistes) pour explorer en secret les vertus actives des plantes et des minéraux. C'est le mérite d'ailleurs des alchimistes d'avoir compris que les principes actifs des drogues naturelles se présentent, à l'état brut, sous une forme impure. Aussi travaillèrent-ils à isoler les substances premières⁹.

Cependant, la souffrance se trouve de plus en plus souvent exaltée comme valeur d'expiation et de rachat, comme modèle de participation à la Passion du Sauveur. La médecine médiévale reprend en partie ces modèles et ces attitudes. Au reste, comment aurait-on osé rivaliser avec la chose « divine » ? C'est ainsi que le discours médical se met alors à engager une longue thématique, qui restera valable jusqu'au XIXe siècle, selon laquelle la douleur, aussi pénible qu'elle soit, recèle une vertu d'utilité clinique, soit comme signal d'un désordre, qui retentit clairement et appelle à une thérapeutique, soit comme coup de fouet aux énergies vitales. Il y a désormais du bon dans la douleur.

Je peux, à ce titre, signaler le dépit d'un remarquable médecin et chirurgien des années 1300, Henri de Mondeville, qui tenait des Italiens plus pragmatiques (Écoles de Salerne et Bologne) ainsi que de l'Orient arabe, des recettes sédatives. Dans le même esprit, il se disait convaincu des avantages d'une chirurgie attentive à limiter au mieux les souffrances du patient. C'est donc avec colère qu'il observait que les malades ne croyaient désormais à l'efficacité d'un chirurgien qu'à proportion qu'il faisait plus mal¹⁰. Dans le droit fil de cette évolution, nous nous retrouvons aux XVIe et XVIIe siècles en présence de mesures formelles, édictées par les autorités professionnelles et judiciaires, interdisant d'insensibiliser les malades avant les opérations. Les expériences en ce sens d'un chirurgien-barbier de

⁹ Raymond Lulle, XIIIe siècle, *eau blanche*, ou *vitriol doux*, calmant, somnifère, narcotique. Paracelse le reprendra au XVIe siècle, c'est l'*éther sulfurique* qui ne sera retrouvé scientifiquement qu'en 1792.

¹⁰ M.-C. Pouchelle, *Corps et chirurgie à l'apogée du Moyen-Âge*, Paris, Flammarion, 1983.

Troyes, Bailli, venaient de provoquer l'indignation générale des médecins, et particulièrement du renommé Gui Patin, qui le fit condamner.

La médecine de l'âge classique (XVI^e, XVII^e, XVIII^e siècles) entreprend, au long d'une imposante série cumulative de *Traité de la douleur*, une description très minutieuse des formes et des degrés de la douleur. Mais, ainsi connue, évaluée, prise dans un discours attentif et cohérent, la douleur est du même coup comme enrobée dans le langage. On la parle. On ne la saisit pas.

Quand je dis qu'on la parle, je fais allusion à ces magnifiques catalogues où les formes de la douleur furent ordonnées en classes et en espèces, dans un vocabulaire d'ailleurs somptueux et très précisément descriptif, mais comme adonné à sa propre récitation enivrée, qui noie la douleur effective du patient dans l'exercice quasi narcissique d'un langage médical qui ne se parle plus qu'à lui-même. On peut citer ces termes, qui ont d'ailleurs une charge expressive et descriptive fort intéressante : douleurs *gravatives, tensives, pulsatives et pongitives*, soit les quatre formes fondamentales déjà définies par Galien ; mais il y en a de *lancinantes, de déchirantes, de dilacérantes, de pertérébrantes* — les *brûlantes* et les *froides* — certaines sont *mordicantes, ou corrosives, ou rongeantes, d'autres contusives, ou encore concassantes, etc.*

J'ai publié il y a dix ans un court traité de l'année 1800, écrit par un médecin et chirurgien très estimable, Marc-Antoine Petit, mais dont le discours traduit bien cette sorte d'impuissance à penser et à combattre vraiment la douleur¹¹. Dans ce traité, on ne soulage qu'avec réserve, tant on craint l'usage des narcotiques (opiacés, comme le laudanum ou l'opium même). Alors, si je puis dire, on bifurque. Et Marc-Antoine Petit explique l'usage de ce qu'il nomme les « six adoucissements non naturels de la douleur ». C'est en fait une sorte d'idylle de l'environnement du malade douloureux. Ainsi, il faut tenir le patient dans une pièce à l'air doucement tempéré, lui assurer une

¹¹ J.-P. Peter, *De la Douleur. Observations sur les attitudes de la médecine prémoderne envers la douleur*, Paris, Quai Voltaire, 1993.

alimentation modérée, adoucissante ; lui procurer les conditions d'un sommeil reposant ; ne blesser en rien ses impressions ni ses sens (ouïe, vue, odorat). Aucun affect violent ni contrariant, etc.

Ces vues benoîtes m'avaient un peu choqué quand je les avais croisées, par le contraste entre la modestie de leur visée, relativement à l'intensité notoire des douleurs qu'elles prétendaient réduire. La disproportion reste frappante. Mais je me suis rendu compte, par la fréquentation des services hospitaliers, que l'intention comme l'objectif du chirurgien ancien étaient cependant judicieux. L'usage aujourd'hui des pompes à morphine a permis, vous le savez, de révéler concrètement les notables variations interindividuelles dans la sensibilité à l'action de la morphine qui renvoient certes à des facteurs personnels, mais plus encore à des facteurs environnementaux (selon le bruit, la lumière, les visites, etc.). De sorte que Marc-Antoine Petit avait de justes intuitions. Mais, le concernant, voici la chose saisissante. Chacune de ces prescriptions respectueuses et attentives qu'il énonce et que j'ai résumées, implique son inverse. Et il nous montre en quoi

« les grandes agitations de l'air atmosphérique, la tempête qui soulève les mers, conduisent souvent le sommeil sur les yeux de l'infortuné ; et la douleur qui le presse semble se faire étonnée devant ces convulsions de la nature ».

Il est bon, faute de pouvoir faire dormir le malade accablé, de lui peindre des maux plus cruels encore que les siens, lui arracher des larmes, exciter en lui la colère ou la peur. En fait, ces pages expriment, mais sans l'avouer jamais, combien il est intolérable, pour qui ne souffre pas, pour qui est censé soigner, de rester sans rien faire en face d'une douleur qui dure, parce qu'on refuse les narcotiques. On ne soulage donc ainsi qu'avec réserve. Si ce n'est que la douleur, à l'occasion, pour la détruire, on la redouble. Certains passages du *Discours sur la douleur* d'Antoine Petit, où sont prescrits les fers rouges pour aller jusqu'au plus profond du derme y poursuivre la

douleur (parfois le résultat était pire, souvent il était nul), ces passages sont comme de petites exacerbation d'un sadisme qui a le pouvoir de rester inconscient de lui-même.

Pour le reste, de la douleur on se tient à distance. Car, outre la résistance qu'elle est bien à même d'opposer par elle-même (c'est là toute la force de ce qui fut son durable secret : qu'était-elle ? et quelle était sa cause ?), il y a aussi que la douleur paraît nécessaire, comme coup de fouet indispensable à un organisme éprouvé, abattu, qui doit retrouver l'énergie menant à la guérison. C'est ce que démontre le médecin Jacques Alexandre Salgues dans un traité *De la douleur* publié en 1823, en pleine Restauration. Traité très marqué par les valeurs d'une morale d'expiation propre à l'orientation politique du catholicisme de cette époque.

Mais il faut noter combien un tel traité s'inscrit aussi dans le droit fil de l'école médicale vitaliste née au temps des Lumières (héritage philosophique de Locke et de Condillac). Abandonnant la perspective humorale du néo-hippocratismes, cette physiologie mettait l'accent sur la sensorialité et sur la sensibilité comme moteurs de toute énergie vitale. Le rapport des nerfs aux organes y est essentiel. De là la certitude que dans un organisme accablé par la maladie, l'aiguillon d'une douleur provoquée suscitera la réaction salutaire d'une nature à nouveau en état de se réparer elle-même. Nécessité de la douleur, donc. Douleur nécessaire encore, ne serait-ce que comme signe. On insiste sur sa nature symptomatique, son utile fonction d'alerte.

Alors, dans ces conditions, les rares recherches visant l'analgésie sont mal reçues ou incomprises. C'est le cas en particulier d'Ambroise Sassard, chirurgien de la Charité, à Paris, qui à la fin de l'Ancien Régime publia (en 1780) ses idées sur l'administration souhaitable de narcotiques avant les opérations. Ce travail remarquable fut ignoré par la plupart de ses confrères avec une détermination qui me semble valoir comme symptôme. Pourtant, le problème était posé là dans son entier pour la première fois, et nous saisissons grâce à cette réflexion nouvelle ce en quoi l'attention prêtée à la douleur du patient a relevé, à cette date et chez ce précurseur, d'un changement profond de

sensibilité, dont n'était pas encore susceptible la conscience commune des médecins et chirurgiens. Je cite un passage de son argumentaire :

« L'état horrible dans lequel jette la douleur est trop cruel pour ne pas exiger de soulagement [...] La répugnance presque invincible que les malades opposent aux opérations qu'ils sont obligés de subir, le trouble qu'éprouve l'âme à l'attente de la douleur, produit dans l'économie animale des effets surprenants. Souvent même elle se monte à un degré de fureur tel qu'elle méprise la vie au point de la sacrifier [...].

Puisqu'il est évident que des douleurs violentes [...] sont apaisées par l'usage des narcotiques, qui est-ce qui empêcherait que l'on ne fit prendre, *avant la plupart de nos opérations*, un narcotique dont la dose appropriée mènerait au bout d'un certain temps au sommeil, et en évanouissant la sensibilité des parties, pourrait dans certains cas éluder la douleur et dans d'autres la diminuer et la rendre supportable »¹².

Cette suggestion (première trace d'une idée de l'anesthésie opératoire), n'a pas été entendue. Aucun écho. Les chirurgiens continuèrent de se penser comme les dispensateurs résignés d'une *bonne* violence. Ils regrettaient amèrement que celle-ci les fit passer pour des bourreaux, alors qu'ils s'efforçaient seulement à revêtir une *fausse* insensibilité, en fait secourable.

Ainsi se jugeaient-ils. Mais les ambiguïtés sont réelles. Et si l'on regarde de près leurs écrits, on peut saisir dans le discours public que tenait la chirurgie, sa capacité à *euphémiser* la douleur qu'elle produisait, voire à la dénier. Cette douleur, les praticiens allaient même jusqu'à la renvoyer de façon accusatoire à la responsabilité intime des patients. Ceux-ci ne souffraient tant, est-il dit, que par l'effet de leur manque de courage, de leur pusillanimité.

Je peux citer ici une circonstance apparemment anecdotique mais très parlante. Dans les dernières semaines de sa longue vie, alors que son corps tout entier lui donnait les signes croissants d'un épuisement

¹² Essai et dissertation sur un moyen à employer avant quelques opérations, in *Observations sur l'histoire naturelle*, 1781.

fatal, Talleyrand (1754-1838) fut atteint d'un anthrax dans le dos, au niveau des vertèbres lombaires, qu'il fut jugé urgent d'opérer (c'était un cancer des vertèbres). Jean Cruveilhier (1791-1874), son médecin, était une sommité. Ancien élève de Dupuytren, médecin des Hôpitaux, professeur à la Faculté de Paris, auteur d'un grand *Atlas* d'anatomie pathologique, il venait d'être élu membre de l'Académie des Sciences. Les biographes aiment à rappeler, comme un des nombreux traits de la maîtrise de caractère du prince de Bénévent, avec quelle ferme constance il supporta cette cruelle intervention à vif, prolongée, torturante. En cette circonstance, encore une fois, impassible. Au bout d'un long moment, il eut simplement le mouvement de tourner vers le praticien un visage contrôlé et de lui dire avec hauteur : « Savez-vous, Monsieur, que vous me faites très mal ? » (14 Mai 1838). Dans sa concision même et sous cette forme frappée, l'esprit clair et lucide que nous savons être celui de Talleyrand avait, dans l'épreuve, énoncé le plus aigu de la question.

Evidemment l'homme de l'art savait quelque chose de la douleur qu'il provoquait et gouvernait. Mais qu'était exactement ce savoir, de quelle nature était-il, de quelle portée, et en quoi intervenait-il ou non dans le déroulement de son geste chirurgical ? En 1838, considérons-le bien, le protoxyde d'azote, découvert dès 1772 était maintenant connu dans ses qualités apaisantes et anesthésiantes, en inhalation. D'ailleurs, le développement des connaissances en chimie et leur application aux sciences de la vie depuis les dernières décennies du XVIII^e siècle, avaient aussi et successivement mis à disposition l'éther sulfurique (1792), la morphine (1806), l'un et l'autre précisés ensuite dans leurs capacités analgésiques, sédatives, anesthésiques. On vient enfin de découvrir le chloroforme (1831-1832) dont on explore les propriétés puissantes. De tout cela, Cruveilhier s'est bien gardé d'user. À ce recours il n'est pas favorable.

« Savez-vous, Monsieur... » », s'écrie Talleyrand. En vérité, ce n'est pas là une simple interrogation. C'est une mise en demeure, une injonction, un rappel à l'ordre fait par un diplomate combien subtil qui sait de toujours les égards qu'on lui doit. Il n'était plus ici en position

de l'emporter. Mais j'ose maintenant, pour entamer le propos de cette présentation de textes, faire pour lui l'hypothèse de la réponse qui ne vint pas, qui ne pouvait pas lui venir : qu'à la fois le chirurgien savait combien il faisait souffrir, et qu'il se comportait comme s'il lui était à ce moment utile, commode ou nécessaire de n'en rien savoir, de n'en rien faire savoir.

La cruauté de ces cérémonies ne satisfaisait pas, semble-t-il, les praticiens. Ils luttèrent de toutes leurs forces contre une réputation de tortionnaire, assurant qu'ils s'efforçaient constamment de réduire au mieux la douleur. En témoignent de nombreux textes réunis par Jeanne Lavillate dans sa thèse ¹³. Cependant, les choses se passent comme si, de fait, ils avaient été attachés, comme à un rite, à ces cérémonies cruelles. Je pose l'hypothèse que c'est la dramaturgie de ces moments intenses qu'ils aimaient. C'étaient des combats, et des combats flatteurs.

Côté médecine proprement dite, pour des douleurs spécifiques liées à des maladies comme rhumatisme aigu, anévrisme, angine de poitrine, maladie de la pierre (lithiase, gravelle) et comme les cancers, etc., le médecin entrait avec la douleur dans un rapport d'affrontement essentiellement fait de ruse, qui mettait en valeur ses talents stratégiques, son art de la feinte, sa capacité de tromper et de subvertir les perceptions du malade douloureux. C'étaient des exercices heureux de l'intelligence combinatoire, des exercices tout agrémentés aussi par l'art de mettre des mots à la place des faits. Dans les grandes opérations chirurgicales, les praticiens, eux, connaissaient la joie et la fierté d'un combat héroïque. Un combat dont le lieu était le corps du malade, avec le mal pour adversaire. L'arme, de part et d'autre, était la douleur infligée. Le bruit des armes, ce sont les cris.

Dans un étonnant article de dictionnaire sur « le cri », l'illustre Percy, chirurgien des armées de Napoléon, a des expressions prodigieuses pour parler des stratégies qu'il faut engager envers la douleur, grâce aux cris :

¹³ *Le privilège de la puissance - une histoire mentale de l'anesthésie*, Paris 1, 1999.

« Il est certain que dans les grandes opérations, les cris sont surtout favorables quand les yeux se mouillent en même temps de larmes. Il semble alors que le malade s'attendrisse, et ce mot doit signifier ici un relâchement, une sorte d'amollissement dans toutes les parties raidies par la douleur [...] Si le malade se tait et résiste, le désordre est bientôt à son comble ; l'empreinte de la douleur ne peut plus s'effacer ; les propriétés vitales reçoivent une direction destructive [...] »

La mort est au bout de ce chemin.

« Les chirurgiens qui connaissent la funeste influence de cette douleur qui reste tout entière au dedans, sollicitent leur malade de se plaindre. Ils veulent qu'il crie [...] Chaque cri [...] dilate, détend tout ce que la douleur a serré, empêche les congestions, facilite le cours du sang dans les poumons, dégage le cœur, et ramène sans cesse l'ordre »¹⁴.

La douleur, c'est enfin ce qui oblige les praticiens à faire preuve des qualités les plus brillantes : la virtuosité extrême, la rapidité surprenante. Et d'abord le sang-froid. C'est ce qu'explique l'auteur d'un portrait du grand chirurgien le baron Dupuytren :

« Surtout ne [l'] incriminons pas pour ce don d'impassibilité qui fit de lui le premier chirurgien de son temps. Sans cette force d'âme, sans ce mépris du sang humain, sans cette profonde indifférence pour la douleur et ses bruyants témoignages, il n'existe pas de chirurgien véritable »¹⁵.

On nous explique alors que c'est la révolution de 1792 qui fit naître chez le maître son impassible sérénité. La Terreur et le spectacle des atrocités lui avaient communiqué cette froide énergie et le mépris du danger. Aussi comprenons-nous à présent les résistances forcenées que provoqua l'ère nouvelle des anesthésies. C'était la fin de ces dramaturgies héroïques.

Désormais la chirurgie allait cesser d'être un art. Ainsi le pensaient les chirurgiens. Pour eux, ce n'est plus sur la pâte vivante des humains

¹⁴ Article « Cri », *Diction. des Sciences médicales*, 60 vol., 1812-1822.

¹⁵ I. Bourdon, *Illustres médecins des temps modernes*, Paris, 1844.

que porterait le travail créateur des champions, mais sur des semi-cadavres, bien proches de ceux sur lesquels les étudiants apprennent l'anatomie, aux écoles de médecine. Le temps de la gloire va finir. Tel est le sens qu'avait la réaction des maîtres.

Ce surgissement de l'anesthésie opératoire (1846-1847), apparemment imprévu, vient du moins soulager la conscience chirurgicale du poids de sa dommageable réputation. De même que la guillotine avait en quelque sorte réhabilité le bourreau en en faisant un innocent mécanicien, ainsi la technologie anesthésique vient racheter et humaniser le chirurgien. Cependant, rien dans cette découverte ne va de soi, et les interrogations que le chercheur est en droit de poser à ce sujet sont nombreuses, troublantes, et difficiles à résoudre.

Avec ce dossier de l'anesthésie, nous en venons, maintenant, au point sur lequel j'ai eu le plus à réfléchir pour tenter de comprendre. Rien en effet n'est plus saisissant que la ténacité avec laquelle la majorité du corps médical et l'ensemble des instances officielles de la profession en Occident (Amérique comme Europe) ont résisté pendant un demi siècle (1800-1847) à toute idée d'anesthésie dans les opérations chirurgicales, alors même que, je le rappelle, des produits nouveaux propres à cet usage avaient été découverts bien antérieurement (protoxyde d'azote, 1776 ; éther sulfurique, 1792 ; morphine, 1806 ; chloroforme, 1831-1834). Or chacune de ces substances avait été expérimentée dans ses propriétés sédatives ou anesthésiques peu après sa découverte, respectivement par les Anglais Davy pour le gaz d'azote et Faraday pour l'éther, par l'Allemand Sertuerner pour la morphine. Quelques années au-delà, le chirurgien anglais Henry Hickman expérimentait sur des animaux l'application de ces moyens à la réalisation des premières anesthésies chirurgicales. Sa découverte ne rencontra qu'indifférence de la part des instances officielles de la médecine britannique. Venant en France soumettre son procédé à notre Académie de médecine en laquelle il mettait toute sa confiance, il ne trouva que réactions de dérision ou de condamnation (1828). En contraste, j'ai eu connaissance très récemment des anesthésies opératoires expérimentées puis pratiquées au Japon dès 1805 par le médecin Hanaoka Scisho (1759-1835), qui

s'inspirait des travaux du Chinois Huo Tuo (II^e siècle apr. J.C). Pourquoi donc en Occident cette unanime surdité et pareille raideur, pourquoi tout ce retard ?

J'ai mentionné ce qui relevait d'un attachement à une sorte de sacralité du métier chirurgical. Endormir le patient rendait désormais inutile l'extrême virtuosité de vitesse et de dextérité dont faisaient preuve les chirurgiens sur des corps opérés à vif. Il y a cependant dans tout cela une énigme, que renforce la façon dont cet épisode de refus est classiquement occulté dans les *Histoires de la médecine*. Un trait révélateur des attitudes en jeu nous est fourni par le célèbre chirurgien Velpeau. En 1839, il affirmait encore :

« Échapper à la douleur au cours des opérations chirurgicales est un rêve chimérique qu'il n'est plus permis de caresser de nos jours. Instrument tranchant et douleur, en médecine opératoire, sont deux mots qui ne se présentent point l'un sans l'autre à l'esprit des malades, et dont il faut nécessairement admettre l'association. »¹⁶.

Or, il n'y a pas de commune mesure entre le tranchant de cette condamnation apparemment définitive, et les échecs réels qui la motivent. Des accidents et même certains décès s'étaient produits en effet au cours de telle ou telle expérience. Mais, à comparer les choses, jamais les accidents causés par l'inoculation variolique au XVIII^e siècle, ni, après 1800, ceux de la vaccination, n'avaient provoqué de remise en cause aussi radicale de la part d'une haute figure académique. Il y aurait à dire aussi sur l'importance qu'une philosophie durable accordait à la nécessité, pour la personne humaine, de vivre les épreuves majeures de la vie en pleine connaissance lucide.

La perte de conscience dans l'anesthésie générale apparaissait alors inacceptable. Au nom de l'argument de dignité de la personne, un authentique et grand savant comme Magendie n'a pas varié dans son refus total d'admettre jamais l'idée ni la pratique de l'anesthésie. Je le cite dans son argument de fond : « *la perte de conscience, dit-il, est*

¹⁶ Alfred Velpeau, *Nouveaux Éléments de médecine opératoire*, Paris, 1839, p. 32.

quelque chose de dégradant et d'avalissant que tout homme un peu courageux ne saurait souffrir ». Dans le débat à l'Académie des Sciences, le même Magendie laisse paraître une argumentation très révélatrice de ces étonnants blocages de l'esprit :

« Les échos de la presse, dit-il, tendent à satisfaire cet insatiable et avide besoin du public pour le miraculeux et l'impossible. Ce que je vois de plus clair dans ces récits, c'est que dans le but louable, sans doute, d'opérer sans douleur, ils enivrent leurs patients au point de les réduire à l'état de cadavre que l'on coupe et taille impunément et sans aucune souffrance (...) Voilà qui n'est pas moral, car nous n'avons pas le droit de faire des expériences sur nos semblables »¹⁷.

« Tailler impunément », comme il dit, c'était pourtant bien le cas, depuis toujours, et avec des souffrances extrêmes, tout aussi impunément ! C'est ici le lieu pour moi d'évoquer brièvement le reproche qui m'a été fait, en particulier par la regrettée Roselyne Rey¹⁸, d'avoir en quelque sorte monté en épingle un problème inexistant, une simple illusion d'optique, à savoir la résistance médicale à la pratique de l'anesthésie et de l'analgésie. Soit, comme je viens de le montrer, une situation de longue durée que caractérisent l'esquive, l'évitement, la dénégation, l'occultation. On me rétorquait que la maîtrise scientifique des moyens de l'analgésie et de l'anesthésie n'était pas arrivée à sa maturité, et qu'une démarche scientifique sérieuse, de ma part, m'aurait permis de saisir mieux en quoi les concepts nécessaires à un renversement des pratiques manquaient. La douleur étant considérée depuis toujours comme un signe utile à l'appréciation diagnostique de la maladie, il importait d'abord de ne pas l'effacer. Tel aurait été le point de blocage épistémologique. Médecine et douleur, me disait-on, entretenaient un rapport de consubstantialité culturelle intime (donc indissociable), avec pour but la guérison.

¹⁷ C. Rendus Acad.Sc. t. XXIV, 1847, p.134.

¹⁸ Histoire de la douleur, Paris, 1993.

Ce raisonnement ne me convainc pas. Au contraire, il m'étonne. La douleur, chacun sait ce qu'il en est de l'éprouver. Comme la faim ou l'extrême fatigue. Les cantonner dans un espace « épistémologique » réservé, tel qu'on puisse les infliger à son prochain, cela suppose un choix qui ne peut échapper à la conscience de qui le fait. Il y a là une violence portée ouvertement à autrui. Le bourreau qui torturait le suspect ou le condamné savait qu'il lui faisait mal. Qu'est-ce que ce corps professionnel des médecins, dont le but proclamé était de « soulager » le malade, et qui tantôt exaltait la douleur, tantôt semblait ne pas la reconnaître. Il y a donc bien des procédures savantes de la méconnaissance.

Concevoir la rotation de la terre sur elle-même, la gravitation universelle, la courbure de l'espace-temps, toutes réalités que l'évidence sensible dément, a représenté chaque fois un effort et un déplacement conceptuels immenses que seules des conditions complexes ont rendu possibles. La douleur, elle, tombe sous le sens. Et sous ses formes les plus extrêmes, c'était une évidence connue, éprouvée, crainte par tous.

On en avait la conscience, on n'en avait que trop souvent le spectacle sous les yeux. Compte tenu des découvertes et expérimentations que j'ai citées, de Priestley à Hickman (sans parler des anesthésies opératoires menées par sommeil magnétique à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1828), les possibilités d'analgésier efficacement et d'endormir prenaient une évidence dont l'obstination « épistémologique » qui les niait relève d'une dimension tout autre que l'exigence scientifique. Ignorer, prolonger ou susciter les douleurs vives chez les patients, comme ce le fut du fait de ces longues réserves, amène à reconnaître dans la nature des choix théoriques qui l'ont justifié, une composante éthique de la déconsidération d'autrui.

À la fin, on le sait, les institutions académiques cédèrent, se convertirent. L'anesthésie chirurgicale, expérimentée enfin avec rigueur aux États-Unis par un chirurgien pragmatique et déterminé, fut adoptée partout avec, chez ceux-là mêmes qui l'avaient tant combattue, une sorte de fièvre dénonciatrice envers les hésitants. Mais

la suite n'a pas été sans problèmes. Et je voudrais reprendre l'analyse de ce qui s'est joué.

Faut-il remarquer que le renversement vint en France, à la veille des événements révolutionnaires de 1848 auxquels le corps médical, surtout hospitalier et à Paris, ne fut pas indifférent. L'instauration de la République fut appréciée par nombre d'entre eux. D'ailleurs, un élan réformateur soufflait alors sur la médecine et ses institutions. L'Assistance Publique de Paris naît avec la loi du 10 Janvier 1849. Le principe d'égalité entre les citoyens y est proclamé avec force : « ...même linge, même nature de lits, de vêtements, de chauffage pour tous les malades hospitalisés ».

Nuançons en rappelant qu'il s'agit de toute façon, à l'hôpital, de la part de la population pauvre, voire indigente. Mais les dirigeants reconnaissent qu'il y a en ce lieu trop de mortalité due au manque de définition des responsabilités ou à leur dilution. Il faut donc de nouveaux statuts, et l'on s'y emploie. Mais avec les journées sanglantes de juin 1849, la reprise du choléra, l'afflux de blessés et de malades désorganise l'institution hospitalière, où se joue durablement une rivalité de pouvoirs entre administration civile et corps médical.

C'est dans ce contexte que tentent de s'inscrire les efforts pour maîtriser les difficultés d'application de l'anesthésie chirurgicale. Durant plusieurs décennies la pratique oscille entre l'usage des différents produits, éther, protoxyde, chloroforme, puis les alcaloïdes (cocaïne, puis héroïne), chacun porteur de dangers réels, et entre leurs divers moyens d'administration : inhalation, pulvérisation, application locale par infiltration. L'injection intervient dans les années 1860 avec la réalisation de l'aiguille creuse et la seringue de verre. On hésite entre des quantités, des proportions, des durées variées. Velpéau en vient à prescrire, en appoint la vieille ressource du garrot, et du froid pour obtenir la « congélation » de la partie opérée. Il reste que les insensibilités obtenues sont tantôt fugaces, tantôt dangereusement excessives, voire définitives.

Les procédures se fixent après 1908, par la mise au point d'un nouvel appareil pour l'éthérisation, un masque étanche avec tubes inhalateurs

d'un mélange d'air, gaz et CO², dû au Dr. Ombredanne. La réussite de cet appareil a longtemps bloqué ensuite, et surtout en France, toute innovation. Succès immense. Exporté dans le monde entier, avec de nombreuses variantes. On peut en effet, pour assister le chirurgien, le mettre entre toutes les mains, même les moins médicales : le chauffeur, le jardinier, la religieuse, l'externe. Chacun peut devenir anesthésiste.

La seconde guerre mondiale changera ce tableau, en fonction des progrès techniques préparés aux États-Unis et répandus avec l'arrivée des troupes américaines et anglaises. Dans les décennies qui suivent, l'anesthésie s'est technicisée, par l'association de produits plus élaborés, par l'introduction de cathéters pour perfusion, la mise en œuvre d'une ventilation artificielle par sonde d'intubation trachéale avec des appareils respirateurs toujours plus perfectionnés, le contrôle constant des paramètres vitaux et le choix précis de la profondeur de narcose souhaitée, de l'analgésie et du relâchement musculaire nécessaires.

Ainsi s'affirme la nécessité d'abord d'aides techniques compétents, d'infirmières ou infirmiers anesthésistes formés, puis d'une spécialité médicale d'anesthésistes réanimateurs prenant une place déterminante dans les services médico-techniques des établissements de santé. La complexité des tâches, et les effets de plus en plus complexes des produits anesthésiques imposaient des connaissances physiologiques plus poussées. De plus, la sophistication croissante des interventions chirurgicales, leur durée accrue rendait nécessaire au terme une réanimation per-opératoire. D'où le besoin d'un médecin spécialisé à ce poste. Ce fut en fait une bataille pour conquérir une position qu'infirmières et même chirurgiens n'étaient pas prêts à céder. Et il fallut que dans les textes légaux qui définissent les cadres de l'exercice médical, la condition de l'anesthésiste ait dû être reconnue, sur le plan professionnel comme sur le plan juridique.

Un cursus existe maintenant, avec ses trois cycles et doctorat généralistes, puis une filière spécifique avec internat (1992- supprimé en 1995, rétabli en 1999). Les connaissances beaucoup plus précises

dont nous disposons désormais dans le domaine de la neurobiologie de la douleur viennent compléter ce tableau. La médecine dispose maintenant d'armes remarquables contre la douleur, à tous niveaux.

Pourtant, voici qu'un regard porté sur la pratique hospitalière ces cinquante dernières années vient suggérer l'hypothèse d'une continuité dans les sensibilités (les insensibilités !) et dans les comportements. La réticence à faire usage des moyens puissants propres à supprimer les douleurs graves s'est maintenue, y compris (parfois plus encore) dans les services de réanimation et soins intensifs. Il me suffit de rappeler les faits que j'ai cités en commençant. Et l'on constate encore aujourd'hui, quotidiennement dans les hôpitaux des situations d'inattention particulières, où le nécessaire n'est pas fait, où le pire se manifeste.

Malgré les vrais changements réalisés, beaucoup reste encore à faire, et particulièrement dans la mesure où nous n'avons toujours pas l'explication de ce qui compose et motive les forces de résistance à ces changements. Routine ? inattention ? peut-être. Il s'agit là d'arriver à comprendre ce qui est de la nature d'un *état d'esprit*. Décryptage difficile. Dans ce domaine, ce sont les sciences humaines et sociales qui ont compétence et doivent poursuivre les recherches sur les comportements, les sources de déni, les ordres de pensée qui font blocage.

Parmi les mutations qui ont marqué récemment les pratiques antalgiques hospitalières, je tiens pour remarquable ce qu'a représenté le fait de reconnaître, bien tardivement en fait, la nature subjective - je dirais même la vérité subjective - de la perception douloureuse. D'où l'usage de la réglette. C'est le sujet qui *mesure* lui-même son degré de douleur en raison du sentiment qu'il en éprouve. Et cette mesure-là est tenue pour objective. Soit, sur ce petit point, un vrai bouleversement de la conscience médicale.

Là est reconnue une *compétence* du sujet, la qualité d'un *savoir intime* du malade, dialoguant avec le savoir scientifique du médecin et l'épaulant. Il y a bien d'autres domaines où, en historien, dans des textes de différentes natures, autres que la douleur, j'ai pu découvrir à

l'œuvre, la réalité d'une compétence du malade sur son corps propre. J'en ai d'ailleurs fait récemment l'objet d'un séminaire de toute une année.

Ce qui, tous ensemble nous fâche dans le fond de résistance à nos efforts, c'est l'indifférence d'une part, et d'autre part, l'idée ancrée dans beaucoup d'esprits, d'une valeur nécessaire, maturante, en quelque sorte humanisante, voire initiatique, de la douleur. De sorte que de la douleur, comme du chômage, on parle beaucoup, mais on ne parvient pas à la réduire.

Comme s'il était commode (ou avantageux ? ou rassurant ?) de la laisser occuper son territoire, son territoire *sacralisé* ou son territoire au moins *utile*. Alors, tout cela, cette permanence des douleurs infligées, cela a-t-il été et cela reste-t-il encore l'expression d'une échelle de valeurs propre à notre culture ? Est-ce l'expression d'une éthique, d'une éthique bien particulière alors, où le partage du bien et du mal passerait par la validation d'un mal contribuant au bien ? Serait-ce plutôt, ou aussi, la manifestation d'un système du déni de la douleur d'autrui ?

Cette sorte de déni a sans doute des commodités. Mais l'économie de ses bénéfiques inconscients resterait à comprendre. Aujourd'hui même, où en maints endroits se manifeste une prise de conscience qui apparaît comme un vrai renversement de valeurs au sein du monde hospitalier, aujourd'hui donc cette question profonde, centrale des résistances et dénégations est à poser, et concerne tout le tissu de notre culture.

Références

Alfred Velpeau, *Nouveaux Eléments de médecine opératoire*, Paris, 1839, p. 32.

C. Rendus *Acad.Sc. t. XXIV*, 1847, p.134.

David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 1995.

Dictionnaire des Sciences médicales : le « Cri », , 60 vol., 1812-1822.

Encycl. médic.-chir., 1993 « *Pour en finir avec la douleur des bébés* »,.

Santé publique et sciences sociales

Publiée par :

Le Laboratoire de Biostatistique de la Faculté
de Médecine-CHU Oran

Groupe de Recherche en Anthropologie de la santé (GRAS)
de l'Université d'Oran

avec le soutien de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Tel/fax 041 32 13 47

www.biostat-oran.com

Publication et Rédaction

Bouziari M.

Mebtoul M.

Mesli M.F.

TARIFS D'ABONNEMENT

(2 numéros par an)

	Algérie	Etranger
Institutions	450 DA	20 Euros
Particuliers	400 DA	18 Euros
Frais de port	70 DA	1 Euro

Prix de vente au numéro : 200 D.A.

Le versement par cheque est à effectuer à l'ordre de la
société « Dar El Gharb »

Dar El Gharb

Société d'édition et de diffusion

Cité 52 Logts, Villa N° 101 – ENSEP – Oran

Tel Fax : 041 41 65 31 / 041 41 94 31

SOMMAIRE

Marc-Eric Gruénais	Introduction	11
Mohamed Mebtoul	Le médecin des systèmes de santé publique : un extra-terrestre malgré lui.	17
Bruno Dujardin		
Nicolas Dodier	Recomposition de la médecine dans ses rapports avec la science. Les leçons du sida.	37
Françoise Bouchayer	La construction du rôle du soignant : proposition pour une approche socio- anthropologique de la bienveillance et de l'indifférence.	53
Sylvie Fainzang	Le mensonge : une pratique médicale.	69
Jean-Pierre Olivier de Sardan	Le soignant face au soigné anonyme en Afrique.	91
Yannick Jaffré	Trop proche et trop lointain : la construction de la relation entre soignants et soignés dans un service d'hémato-oncologie au Mali.	119
Mohamed Mebtoul	La profession médicale peut-elle se construire dans un espace social banalisé et déprécié ?	145
Sylvia Chiffolleau	Les médecins égyptiens entre déclassement et vocation sociale.	171
Jacques Gelis	La profession des couches.	187
Anne-Marie Arborio	Les aides-soignantes, catégorie d'assistance aux professionnels : une impossible professionnalisation ?	203
Marc-Eric Gruénais	La professionnalisation des « néo- tradipraticiens » d'Afrique centrale.	217
Jean-Pierre Peter	De la douleur subie à l'anesthésie opératoire -chemin d'esquive; naissance d'une spécialité praticienne hospitalière (XVIe-XXe siècle).	241

