8

Pourquoi le malade anonyme est-il si « mal traité » ?

Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé

J.-P. Olivier de Sardan

Revenons sur certains constats issus des enquêtes. On a vu que les propos des malades et de leurs accompagnants étaient 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 recherche. 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 le « syndrome dysfonctionnel » de la santé publique qui est ainsi évoqué par la grande majorité des usagers, où, tout à la fois, les soignants témoignent d'une solide indifférence à l'égard des malades qui tourne souvent au mépris (on va parfois jusqu'à les rudoyer et les insulter), ils les « rackettent », et font des consultations expéditives et de mauvaise qualité, dépourvues de toute information et de tout dialogue...

> « 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, Abidjan).
>
> « 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 » (FL, élève stagiaire, deuxième année sage-femme, ENSP, Niamey)[2].

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 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, Niamey).

« 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, Niamey).

« 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 passes, nous ne nous entendrons pas » (BI, percepteur dans un hôpital, Niamey)[3].

Le malade « recommandé » est en effet, au contraire de l'usager 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.

Cette alternance paradoxale de « déshumanisation » et de « sur-personnalisation » n'est pas propre à telle ou telle structure sanitaire ou à tel ou tel pays : c'est un phénomène « systémique » ou « structurel », partout documenté dans les pays africains où nous avons fait des enquêtes[4]. Certes un tel phénomène n'est pas ignoré en Europe. Mais il n'y prend

2. Cité in Souley, 2000.

3. Cités in Souley, 2000.

4. Rappelons qu'aux cinq pays en question, il faut ajouter le Burkina Faso, la Centrafrique, la Mauritanie et le Bénin, où des travaux similaires et menés en collaboration avec notre équipe ont produit des résultats analogues. 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 conclusions : Jewkes, R., Naeemah, A. & Zodumo, M. ,1998.

pas de telles dimensions : les « passe-droits » existent, mais restent beaucoup plus 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 »[5].

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. On y reviendra en conclusion.

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 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 vielle 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 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.

---

5. in Diallo, 2001.

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 de tels comportements des personnel de santé, qui contrastent avec l'attitude compassionnelle que l'on attend d'eux, ou avec l'image d'une « vocation » altruiste attachée à ce métier ?

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 coeur (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, lesquels 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 » (matériels et médicaments faisant défaut), à la misère des personnels (salaires très faibles), en un mot au « sous-développement » (or, beaucoup de 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).

Nous devons donc avoir comme postulats que les personnels de santé sont tous des gens parfaitement « normaux » (autrement dit que nous-même, si nous étions à leur place, agirions de même), qu'ils ne sont pas prisonniers d'une culture traditionnelle inhospitalière (bien au contraire), et que le dénuement si souvent invoqué n'est pas une explication suffisante.

Par ailleurs, la convergence des comportements des personnels de santé dans les diverses villes d'Afrique enquêtées, et dans d'innombrables centres publics de santé, oblige à admettre que ces comportements ne sont pas purement aléatoires, et qu'ils suivent un certain nombre de logiques récurrentes qu'il nous faut identifier.

Enfin, il ne peut y avoir d'explication unique, standardisée, mono-causale. Nous suivrons dans ce chapitre deux pistes parmi les différentes possibles, une piste plutôt historique, qui s'intéressera à l'histoire de la construction des bureaucraties africaines, et une piste plutôt sociologique, centrée sur la constitution de « cultures professionnelles locales ». Il en est d'autres, par exemple plus centrées sur l'individu, qui adopteront un point de vue plutôt de sociologie psychologique (cf. ci-dessous le texte de Jaffré). Elles ne s'excluent pas. Mais il nous faut faire un détour préalable par ce qu'on pourrait appeler le niveau des « normes pratiques ».

Préalable : normes et comportements

Selon un schéma linéaire encore souvent prévalent, les écarts constatés entre normes et comportements relèveraient essentiellement d'une mauvaise « application » des normes, ou d'une insuffisante compréhension de celles-ci (le « message » est brouillé), et il conviendrait alors soit de mieux surveiller l'application des normes (contrôle), soit de mieux en garantir la maîtrise par les acteurs (formation).

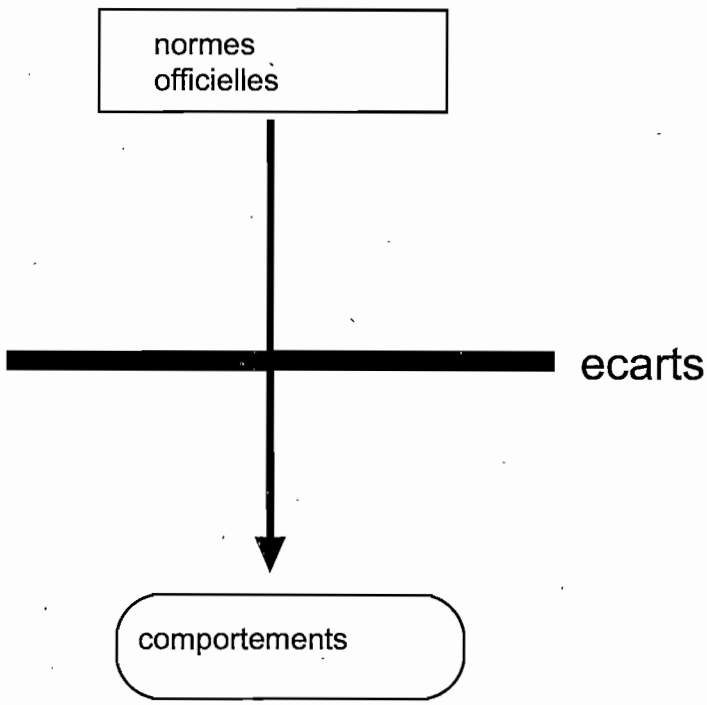

Schéma 1

Nous préférons utiliser un schéma plus complexe, qui insère, entre les normes officielles et les comportements effectifs, un niveau de normes « pratiques ». Les comportements réels ne sont pas simplement des déviances par rapport aux normes officielles, ils relèvent en fait d'autres normes, non dites, latentes, que l'on appellera normes pratiques. Autrement dit les comportements, dont on constate qu'ils ne suivent pas les normes officielles, ne sont pas simplement erratiques, non conformes, aléatoires, ils sont réglés par d'autres normes de fait, qu'il convient de « découvrir ». Cette découverte est d'autant moins simple que ces normes pratiques ne sont pas nécessairement conscientes, explicitement connues en tant que telles des acteurs eux-mêmes.

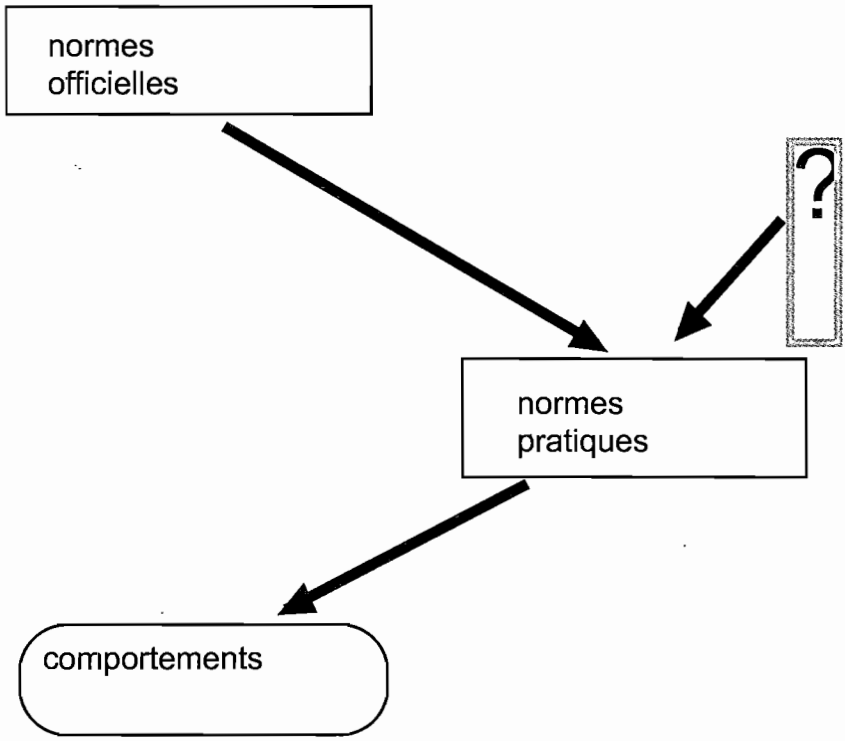

Schéma 2

Notre hypothèse, ici, portera sur l'existence en Afrique post-coloniale de deux composantes de ces normes pratiques, que nous nous proposons d'appeler respectivement « culture bureaucratique commune » et « culture professionnelle spécifique à la santé »[6]. La culture bureaucratique commune s'étend à toutes les administrations et services publics, y compris la santé. La culture professionnelle spécifique à la santé se conjugue à la précédente, en l'insérant dans l'univers social particulier des centres de santé.

6. Le rôle que joue la « pluralité des normes » en Afrique a déjà été signalé (cf. Berry, 1993 ; Lund, 1998 ; Chauveau, Le Pape & Olivier de Sardan, 2001). Mais les exemples analysés relèvent le plus souvent de domaines particuliers, comme le foncier, où divers types de légitimités et de recours nettement identifiés et « visibles » s'affrontent. Nous tentons ici d'explorer, en nous intéressant au service public, soumis officiellement à un seul type de normes, d'autres modalités, plus fluides et latentes, de cette « pluralité des normes ».

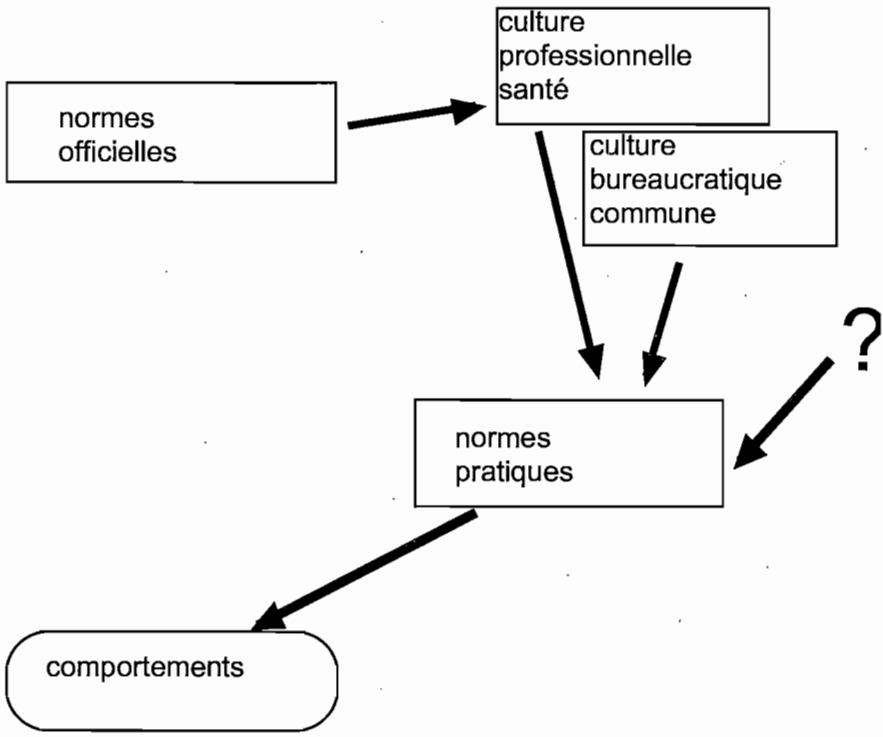

Schéma 3

En utilisant ici le terme de « culture », comme quasi équivalent à « normes pratiques », nous voulons insister sur l'exploration des logiques sous-jacentes aux comportements des personnels de santé, c'est-à-dire de représentations, normes et stratégies relativement partagées par eux. C'est là une utilisation totalement non culturaliste (et donc ni traditionaliste, ni déterministe, ni homogénéisante) du concept de « culture ».

La compréhension de ces normes pratiques nous semble être un point de passage obligé de toute réforme. C'est en effet le seul moyen de pouvoir un jour répondre à cette question : quelles sont, parmi ces normes pratiques, celles qui sont modifiables, et dans quelles conditions ? Sinon, on continuera à ne s'appuyer que sur les normes officielles, pour tenter par tous les moyens de les inculquer encore et toujours aux acteurs administratifs, à coup de « projets », stages, séminaires et autres formations. Le problème est que les « projets », stages, séminaires et autres formations sont depuis longtemps « récupérés » et « détournés » par les normes pratiques existantes, à la fois comme ressources supplémentaires à capter, et à la fois à l'intérieur d'une compétence généralisée en « double langage » qui est sans

doute une importante composante commune aux cultures professionnelles et à la culture bureaucratique, dans l'Afrique contemporaine[7]...

Notre analyse portera dans un premier temps sur la culture bureaucratique commune[8], en cherchant 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 ». Puis, en se demandant 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, on débouchera, dans un second temps, sur la question de la culture professionnelle qui est propre aux personnels de santé en Afrique, et comment elle se décline et se reproduit au niveau local .

La culture bureaucratique commune

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, dans la mesure où les infirmiers et les sages-femmes adoptent à l'égard des usagers les mêmes comportements que les douaniers, les policiers ou les employés d'état-civil.

---

7. Dans le contexte du développement, la maîtrise de ce double langage est une ressource importante, comme en témoigne l'existence de « courtiers » (cf. Bierschenk, Chauveau & Olivier de Sardan, 2000).

8. Dans une première version de l'approche présentée ici (Olivier de Sardan, 2001), nous parlions, en comparant les deux professions de douanier et de sage-femme, apparemment aux antipodes, et pourtant toutes deux fort décriées dans les représentations populaires pour leur cupidité et leur mépris des usagers, d'une « culture bureaucratique privatisée », en référence à l'informalisation interne de la fonction publique. Mais cette privatisation de fait de la bureaucratie n'est en fait qu'une composante, plus récente, d'une culture bureaucratique plus large, commune à l'ensemble des agents de l'Etat, personnels de santé inclus. De même, nous introduisions dans ce même article la notion de « cultures professionnelles locales », que nous souhaitons ici élargir à la culture professionnelle propre à l'ensemble du secteur de la santé, que ce soit sous des formes générales, ou sous des formes locales.

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 qui s'est développé en Europe au cours du 19e siècle en particulier, s'est construite par une rupture avec les modes de gestion antérieurs des affaires publiques, autrement dit avec l'État 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'État[9]. 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 publique[10]. 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

---

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 (1970), pourrait être reprise sous condition de ne pas la réduire à ses seules connotations « répressives ».

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

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 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 coeur 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 de « privé » dans le « public »...

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

13. Cf. Goffman, 1961 (cité par Emmett & Morgan, 1987, repris par Wright, 1994).

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...) 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 oeuvre 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, paresseuse[14].

On voit qu'autour d'un terme partagé (l'« insensibilité du bureaucrate »), les focalisations divergent ensuite : du côté disons européen, l'usager 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 de pente 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'usager est réduit à être un simple numéro, dans l'autre il est « mal » traité, voire traité « comme un animal ».

Voilà pour le coté « imperméable » de la membrane : il ne laisse normalement pas de place, ni dans un cas ni dans l'autre, à une « personnalisation » des rapports, *du moins pour l'usager « anonyme »*, et produit une profonde « indifférence » à l'égard de cet usager 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

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

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'usager 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, et tend en fait à modifier peu à peu la norme du public lui-même. En Afrique, la perméabilité de la membrane est assez différente. Non seulement elle est plus forte *en certains domaines*, mais aussi 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].

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*[19].

---

15. Certes la métamorphose, si tant est qu'elle doive 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 , 2001.

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.

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

19. 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 (cf. Bierschenk & Olivier de Sardan,1998, en ce qui concerne le Bénin post-colonial). 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 co-exister 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 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 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.

1. 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 offi-

---

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 ; 1996, sur ce point), mais qui ont été insuffisamment documentés en leurs formes pratiques.

21. Si le régime de l'indigénat a été supprimé en 1945 grâce à l'action du RDA, 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 Brunschwig (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, bien réelles, ne démentent pas cette tendance.

ciellement importée « clé en main » dans les colonies[23]. Les conséquences à long terme sont importantes, dans 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 affirmant leur statut de privilégiés, à construire leur supériorité par l'affirmation de l'infériorité des autres, à « mal traiter » leurs « administrés », à user de l'arbitraire...[24] 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 despotique 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 19e 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.

2. 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

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 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).

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.

3. 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 » évoqué ci-dessus 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[25]. 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 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)[26]

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 bureau-

---

25. 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.

26. 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).

craties 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.

Le « passage de service » entre les anciens colonisateurs et les nouveaux régimes de parti unique s'est fait, on le sait, « en douceur », sans rupture[27]. 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 ».

Par exemple, l'expression d'une supériorité méprisante ou arrogante envers l'usager, comme l'extension démesurée des avantages de fonction (formels et informels), hormis les salaires[28], ont été intégralement reprise par les fonctionnaires nationaux (eux-même 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 »[29] (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 accède directement à des fonctions réser-

27. Ceci a été souvent noté (cf. par exemple Tidjani Alou 2001: 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....).

28. 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

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

vées 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 européens[30]), 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 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 90, 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

30. Sauf dans les sociétés publiques ou semi-publiques.

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 que sont les « projets » de développement suppléant l'État dans nombre de ses fonctions. 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 80-90[31].

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'interface[32]. *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 80 et surtout 90 (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 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'usager 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[33].

---

31. 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.

32. 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).

33. 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'Etat en Afrique, voire sa déliquescence (Olivier de Sardan 2000), dont les principales causes sont bien connues : la quasi banqueroute des Etats 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...

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'usager, 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 usagers 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 culture professionnelle de la santé

Notre propos se déclinera en deux temps. Pourquoi le domaine de la santé relève-t-il en Afrique de la bureaucratie d'interface ? Comment une culture professionnelle spécifique se met-elle en place et se conjugue-t-elle avec la culture bureaucratique commune ?

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 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 2e guerre mondiale est indissociable d'un boom des équipements médicaux, qui donne à l'orga-

nisation 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 70-90, s'est fait essentiellement autour des hôpitaux, donc sur un modèle très centralisé, mais sans que ceux-ci 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, on a eu les inconvénients du mandarinat sans en avoir les avantages : ces hôpitaux ne sont plus que des structures bureaucratiques banalisées, dégradées et délégitimées[34].

• La concurrence importante d'autres prestataires de soins, en particulier hors du secteur bio-médical (« pharmacies par terre », auto-médica-

34. Cf. Hahonou, 2001, pour une description du service des urgences à l'hôpital national de Niamey. 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.

tion « 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.

• Le mode d'entrée dans la profession a été très différent. Dans un premier temps, les recrutements massifs des années 70-80, avant les crises de l'État et les ajustements structurels, se sont fait le plus souvent dans le cadre de systèmes d'orientation autoritaires, où la notion de « vocation » n'avait guère de sens. Dans un second temps, 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'autres 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 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[35], aucune presse sérieuse 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...[36]

De plus, les soignants, comme tous les fonctionnaires, vivent un permanent conflit d'intérêt entre d'un côté 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, et de l'autre côté un milieu médical non stimulant, non coopératif, non animé, non dirigé, non productif. Les enjeux propres à la santé (souffrance, mort) augmentent d'autant la pression : mais ceci renvoie à la question de la spécificité du domaine de la santé, et à sa culture professionnelle propre.

---

35. A l'exception des familles de drépanocytaires et, plus récemment, des porteurs du VIH : mais ces associations restent confidentielles et fonctionnent plus comme des groupes de pression visant à améliorer la prise en charge d'une pathologie que comme des mouvements réformateurs entendant améliorer l'ensemble du système de santé.

36. 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.

Une culture professionnelle spécifique

En effet, au-delà de la participation des personnels de santé à l'« indifférence bureaucratique » générale, on peut aussi poser l'hypothèse d'une « indifférence médicale », intégrée à la culture professionnelle des soignants, modelée et reproduite dans leurs pratiques locales.

Il suffit d'évoquer l'importance du décalage entre d'un côté la formation très académique voire scolaire des soignants en Afrique (médecins, infirmiers, sages-femmes), qui est censée transmettre les normes professionnelles officielles, et de l'autre côté les conditions d'exercice du métier ensuite, qui sont sans rapports avec ce qui a été appris. Non préparés à affronter des malades réels dans des situations réelles, dépourvus des outils diagnostiques et cliniques appris dans les manuels, les soignants débutants éprouvent un « choc de la réalité », générateur de frustrations profondes. Assez vite, nombre d'entre eux baissent les bras, ou simplement se protègent (contre la situation, contre l'impuissance, contre la pression extérieure, 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 (cf. le chapitre suivant de Y. Jaffré).

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 bureaucrate, quand elle ne s'y ajoute pas.

Un autre facteur est sans doute le fait que, partout en Afrique, 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 témoignent 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 « syphonage » 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 syphonage 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 démuni.

Mais ces caractéristiques propres au domaine de la santé en Afrique ne peuvent à elles seules rendre compte de la culture professionnelle des personnels de santé. Cette culture, en effet, ne se produit et se reproduit qu'à l'échelle locale, celle du dispensaire, de la maternité, du service.

Le cas des maternités

Nous partirons de l'exemple des maternités. Toutes nos enquêtes le montrent : les maternités sont, plus encore que les dispensaires et les hôpitaux, perçues comme des lieux de mépris et de racket (ou de corruption, au sens large du terme[37]). Et on retrouve, autour de l'accouchement, l'ensemble des dysfonctionnements relevés quotidiennement dans les centres de santé, mais quasiment « en pire ». En fait, le parcours de la parturiente est aussi un parcours d'obstacles, où l'on peut identifier diverses séquences distinctes, qui sont chacune, de façon plus ou moins aiguë, des lieux de « frictions » entre d'un côté les personnels de santé (sages-femmes, mais aussi matrones, aides-soignantes, infirmières, filles de salle, gardien) et de l'autre les usagers (parturientes, mais aussi accompagnantes et maris) : l'arrivée, l'attente avant l'entrée en salle de travail, la salle de travail, les suites de couches, la sortie. Prenons comme exemple privilégié une séquence particulière, la salle de travail, et un lieu de friction spécifique dans cette séquence, ayant pour pivot le problème suivant : comment accélérer le travail ?

Face à une femme anonyme en travail (en particulier s'il s'agit d'une primipare), suspecte de ne pas « pousser » assez, les sages-femmes adoptent le plus souvent une série de comportements stéréotypés qui sont éloignés tant d'une attitude compatissante que des normes techniques officielles apprises à l'école professionnelle. Elles allient la violence verbale (insultes du type « tu ne faisais pas tant de manières quand tu t'es fait faire cet enfant » ; ou menaces du type « si tu ne pousses pas assez on va te déchirer » ; « si tu ne pousses pas assez, on va t'envoyer à la maternité centrale »[38]), et parfois même la violence physique (pour comprimer énergiquement le ventre[39]), à la proposition quasi systématique (tournant parfois à l'injonction) d'administrer « un sérum », c'est-à-dire en fait une injection par perfusion d'ocytociques (en général Syntocinon, dit « synto »), pour augmenter le rythme et la force des contractions, injection qu'il faut payer à la sage-femme. Autrement dit, les sages-femmes ont comme pra-

---

37. Sur ce sens large, cf., à propos du « complexe de la corruption », Olivier de Sardan, 1999.

38. La référence, qui est une indication thérapeutique décisive pour réduire la mortalité maternelle, est donc utilisée totalement à contre-emploi, comme menace, dans la mesure où accoucher à la maternité centrale signifie payer au moins 10 fois plus cher l'accouchement, ce qui peut être une catastrophe économique. De plus l' « opération » (la césarienne) est redoutée par les femmes (tant par peur d'une stérilité ultérieure que prédit la rumeur publique, que par peur de l'intervention elle-même).

39. Dans d'autres séquences de l'accouchement, on constate parfois également des violences physiques, comme lorsqu'on exige d'une femme dont le col n'est pas encore suffisamment dilaté qu'elle marche en long et en large dans la cour de la maternité.

tique courante de vendre, à titre personnel, une injection de « synto », bien au-delà des indications normales de ce produit[40]. Ces flacons, les sages-femmes se les procurent en les achetant elles-mêmes, pour les revendre aux « clientes ».

> « Extrait du carnet de note d'une élève sage-femme, stagiaire, pendant la nuit du 2 au 3 mai, dans une maternité de Niamey : « Après l'accouchement de leur « passe » (protégée), la sage-femme, la fille de salle et l'infirmière se sont endormies. Après 1 heure du matin, nous (les stagiaires) avons au total 4 femmes en travail (...). A 5 heures 30, accouchement de Mme A d'un enfant de sexe féminin, né vivant, à terme. Cinq minutes après nous observons une vente, par la sage-femme, de synto à une femme en travail. En fait c'est le reste du synto acheté par une autre patiente. Après avoir reçu l'argent du produit, elle place la perfusion à la femme. Il est à remarquer que la sage-femme s'est réveillée uniquement parce qu'elle voulait vendre son synto »[41].

Parfois le même flacon, dilué, est revendu en plusieurs « doses ». Parfois la sage-femme « place » son produit avec la complicité des filles de salle, plus proches des parturientes. Parfois les « recettes » ainsi obtenues sont « mutualisées », au niveau de l'équipe de garde (qui, dans une maternité, est l'unité pertinente).

> « Le manœuvre dit qu'à chaque sortie de garde (8 heures ou 20 heures) le personnel de garde (sage-femme, fille de salle et infirmière) se partage l'argent qu'il a gagné, à la devanture de la maternité, au vu et au su de tout le monde » (rapport d'enquête de A. Tidjani Alou, Niamey).

Mais dans tous les cas l'objectif est clairement économique : c'est le meilleur moyen d'arrondir le salaire, par exemple de le doubler[42].

---

40. Cela n'est pas sans conséquences néfastes en matière de santé publique : alors que la prescription d'ocytocique doit être réservée à des indications très particulières, son administration quasi systématique développe les risques de rupture utérine.

41. Cité in Souley, 2000 : 16-17.

42. Sur Niamey, par exemple, la dose de synto est vendu par les sages-femmes entre 5 000 et 8 000 FCFA. Si l'on estime que le bénéfice est de 4 000 à 7 000 FCFA par flacon (dans la mesure où le même flacon peut servir à plusieurs administrations), on a, pour une moyenne de deux accouchements par équipe de garde, pour 15 jours par mois de service, et même en redistribuant jusqu'à la moitié de la somme aux membres de l'équipe (« bénévoles » ou filles de salles), un « revenu » mensuel supplémentaire allant de 60 000 à 100 000 FCFA, pour un salaire officiel situé entre 50 000 et 90 000 FCFA. Rappelons que les sages-femmes sont en général épouses de fonctionnaires, parfois mêmes de hauts fonctionnaires (cf. l'article pionnier de Jaffré & Prual, 1993, sur les sages-femmes au Niger).

L'« argument de vente », si l'on peut dire, joue sur la vulnérabilité des femmes en couches et leur ignorance des normes médicales : on accepte de payer parce que c'est une prescription de la sage-femme, on accepte aussi de payer pour accélérer le travail, pour soulager l'angoisse, pour souffrir moins longtemps, pour éloigner la menace de l'épisiotomie, et surtout de l'évacuation ou de la césarienne... Ou parce que refuser de payer, c'est accroître les risques.

> « Il y a une sœur du gardien qui est venue accoucher à la maternité. L'équipe de garde leur a demandé de donner 5 000 FCFA pour qu'on place un sérum de synto pour accélérer le travail, mais elle a refusé de donner les 5 000 FCFA. Après l'avoir insultée, elles lui ont donné une ordonnance, afin qu'on aille à la pharmacie l'acheter. Ce jour là, cette femme a accouché dans la douleur car elles ne se sont pas occupées d'elle, parce qu'elle a refusé d'acheter leur produit simplement » (rapport d'enquête de A. Tidjani Alou, Niamey).

Les cultures professionnelles locales dans le champ de la santé

Chaque métier a ses compétences techniques et ses normes professionnelles officielles, qu'un système de formation spécifique (cursus professionnel, avec formation initiale, et formation continue) a pour mission d'inculquer. Mais chaque métier est pratiqué de fait, localement, d'une façon quelque peu différente du modèle officiel, tout en incorporant de nombreux éléments de celui-ci, mais mêlés à des habitudes, des routines et des « tours de mains » correspondant à un « savoir-faire » spécifique, à des ajustements liés au site, au fonctionnement particulier de la structure, au système local de gestion, à la nature de la hiérarchie en place, aux relations entre collègues, aux contraintes contextuelles, matérielles, financières, etc. C'est cet ensemble composite que nous appellerons « culture professionnelle locale »[43].

La culture professionnelle locale des sages-femmes en Afrique est marquée par cet écart considérable, souligné plus haut, entre la formation théorique reçue (souvent de type très scolaire, au pire sens du terme), et les conditions d'exercice « réel » du métier ensuite, dans un contexte de pénurie grave de matériels et de médicaments. Les stages pratiques, en fin de formation, sont souvent un traumatisme. Les stagiaires découvrent le « vrai » métier de sage-femme, loin des schémas aseptisés et intemporels

---

43. On trouvera dans Darré (1997), à propos des pratiques agricoles en France, une approche stimulante de la production de normes par le groupe professionnel local (le même auteur présente les sources théoriques de sa réflexion dans Darré, 1999).

des cours, sans aucun encadrement de leurs enseignants: ce sont elles qui doivent subitement faire l'essentiel du travail, sous la surveillance souvent lointaine de sages-femmes du service, qui les insultent parfois lorsqu'elles les réveillent « pour rien ». Ces stages, et les deux ou trois premières années d'affectation, constituent le lieu essentiel de la socialisation professionnelle, l'espace d'apprentissage de cette culture professionnelle locale. On y découvre comment se débrouiller avec tel ou tel médicament en rupture de stock, et travailler sans doigtiers disponibles, avec un tensiomètre en panne, et l'ambulance qui fait les courses du chef de service. On y apprend les trucs de métier, et aussi les « combines » plus ou moins tolérées. On y fait le tri entre certains gestes indispensables, et d'autres que l'on s'habitue à négliger. On s'y protège peu à peu contre la souffrance et la mort, on s'y défend de mieux en mieux contre les exigences excessives des parturientes et de leurs accompagnants, on s'habitue au dénuement et aux injustices, on en revient de ses illusions initiales, on commence à arrondir les fins de mois.

> « Le problème que nous rencontrons ici en stage est l'impossibilité d'appliquer la théorie. Dès que les stagiaires commencent à pratiquer la théorie, les titulaires disent que ce n'est pas ça et cela les met beaucoup dans l'embarras » (F.C.M., élève sage-femme stagiaire, ENSP Niamey).
>
> « Il y a une très grande différence entre ce qu'on nous apprend à l'école et ce qu'on voit sur le terrain. Par exemple, à l'école on nous dit que pour procéder à l'expulsion d'un placenta il faut attendre 30 à 45 minutes après l'accouchement, le temps que ça se décolle, ensuite on procède à l'expulsion complète. Mais là on voit des sages-femmes qui attendent juste le temps de faire la toilette du bébé, environ 10 à 15 minutes, pour procéder à la délivrance, elles l'expulsent de force et les patientes font des hémorragies » (I.A., élève sage-femme stagiaire, ENSP Niamey).

La culture professionnelle locale des sages-femmes, comme sans doute toute culture professionnelle locale, combine trois ensemble d'éléments au moins : (a) des « traces » directes des normes et compétences officielles respectives ; (b) des traces plus indirectes, en ce qu'elles ont été « adaptées » et « trafiquées », on pourrait dire « détournées »[44] ; (c) un ensemble de comportements appris sur le tas, autrement dit de normes informelles produites localement, à la fois d'ordre « technique », d'ordre « relationnel », et d'ordre « économique », y inclus la corruption (on pourrait ici parler de « *coping strategies* », de « débrouilles »).

---

44. Ce terme n'est pas ici pris dans le sens d'un prélèvement illicite, mais dans celui d'une réorientation ou d'une transformation. Sur les processus de « détournement » classiques dans les opérations de développement, cf. Olivier de Sardan, 1995.

Une culture professionnelle locale quelconque recouvre d'ailleurs souvent divers corps ou statuts, formels ou informels: la culture professionnelle locale d'une maternité associe, autour des sages-femmes, les aides soignantes, les filles de salle, parfois des matrones ou des secouristes, chacun de ces « corps » pouvant à certains égards pratiquer les mêmes actes thérapeutiques, nouer des relations similaires avec les usagers, et développer les mêmes « combines », mais aussi à d'autres égards se répartir les rôles et entretenir des relations hiérérachiques.

Le plus souvent, l'espace privilégié de constitution, d'exercice et de reproduction de la culture professionnelle locale est le service ou l'équipe (une maternité ou une équipe de garde), avec, dans le système actuel de *turn-over* frénétique des administrations africaines, où les chefs de services restent rarement plus d'un an et où la valse des affectations ne s'arrête guère, une « permanence » de cette culture professionnelle locale (c'est-à-dire une mémoire des habitudes, routines, et combines locales) qui est assurée paradoxalement par les petits personnels auxiliaires, souvent « bénévoles », et, eux, stables, car non « affectables » ailleurs.

Combinaisons de la culture bureaucratique commune et de la culture professionnelle de la santé

C'est évidemment par commodité analytique que nous avons tenté de distinguer ce qui relève d'une culture professionnelle de la santé et ce qui relève de la culture bureaucratique commune. Dans les faits les deux sont imbriqués, enchevêtrés, voire confondus. Par exemple, on pourrait déchiffrer dans l'absence de compassion et de prise en charge des malades par les personnels de santé cette double influence :

• D'un côté, une culture professionnelle spécifique qui a incorporé diverses « défenses » face aux exigences indues des malades ou aux risques d'une prise en charge qui deviendrait vite sans limites, ou face à l'impuissance devant les souffrances ou la mort

• De l'autre côté, une culture bureaucratique commune qui construit l'usager anonyme comme tout à la fois un gêneur, un inférieur, et une proie.

De même, le rapport très particulier au temps que l'on constate chez les sages-femmes relèverait simultanément :

• D'un temps « technique » lié à la culture professionnelle de la santé (rythme des « gardes » nocturnes, temps trompeur du « faux travail », temps plus standardisé expérimentalement de la dilatation, temps normalisé du partogramme, etc.) qui contraste fréquemment avec le « temps vécu » des parturientes

• D'un temps « bureaucratique » lié à la culture bureaucratique commune (le temps illégitime de l'usager est toujours une perturbation du temps légitime de l'agent)

Mais il y a évidemment d'autres éléments qui entrent en ligne de compte, et la question des « normes pratiques » ne peut se réduire aux deux seules composantes ici identifiées, culture professionnelle de la santé et culture bureaucratique commune. Par exemple, le contexte social immédiat peut intervenir: dans un centre de santé rural, villageois, le poids des relations d'interconnaissance (« *face to face societies* ») vient considérablement moduler la culture bureaucratique commune, dans la mesure où l'infirmier, ou la sage-femme, ont comme clients des acteurs pour beaucoup connus, non anonymes.

D'autre part, les normes sociales venant de la société englobante interfèrent aussi, tantôt dans le même sens, tantôt en sens contraire. Les préséances statutaires (âge, genre, condition sociale) sont ainsi parfois respectées, parfois ignorées, dans les interactions entre fonctionnaires et usagers. Tantôt la « membrane semi-perméable » filtre, tantôt elle laisse passer...

Conclusion

Du côté des malades et de leurs accompagnants, c'est-à-dire du côté des usagers, on a appris depuis longtemps à « jouer » sur les normes pratiques. 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 anonyme (cf. ci-dessus, chapitres 2 et 4) :

- 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 beaucoup restent sur le chemin, les plus démunis en général, ceux qui non seulement n'ont pas d'argent, mais qui n'ont pas non plus de relations, de « capital social ». Si l'on veut améliorer leur sort, *ce sont les normes pratiques des personnels de santé qu'il faut modifier, ou du moins certaines d'entre elles.*

Si notre analyse est valide, toute action réformatrice visant à améliorer le sort général des patients anonymes, et donc des plus « pauvres », passe alors par ces deux questions : (a) qui a les capacités à transformer la culture professionnelle (en particulier locale) des personnels de santé, et comment le faire ? (b) comment extraire les personnels de santé, au moins partiellement, de la culture bureaucratique commune ? Nous n'avons pas ici les moyens de répondre à de telles questions. Tout juste pouvons-nous émettre deux propositions, à titre de points de départ.

Réformer la culture professionnelle ?

Dans les milieux de la santé, on invoque souvent le « manque de formation » comme cause des dysfonctionnements, et donc le départ en formation comme solution. 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 (la quête permanente de per-diem étant une des principales stratégies des fonctionnaires pour « arrondir les fins de mois ») et de désorganiser encore un peu plus les services. Or, le problème principal des « formations » est qu'elles ne portent que sur les normes officielles, et ne concernent donc pas la culture professionnelle locale, effective, qui régit les comportements des personnels de santé, avant et après le temps « à part » de la formation. Les formations apparaissent alors comme des « parenthèses » où l'on discourt gentiment des normes officielles, avant de revenir aux routines habituelles de la vie professionnelle réelle.

Quant à la supervision (ou « monitoring »), également présentée comme une solution raisonnable, elle se heurte soit à des difficultés analogues (le temps du passage du superviseur est alors une simple « parenthèse »), soit à la culture bureaucratique commune (« chacun-pour-soi-isme », absence de sanctions et de promotions au mérite, clientélisme, renoncement de la hiérarchie, etc.).

On voit mal par ailleurs comment les cultures professionnelles locales pourraient être modifiées « par en haut » de façon technocratique : on sait les échecs des réformes multiples qui ont été mises en place en Afrique depuis vingt ans, à travers les administrations de la santé ou à travers les « projets ».

Proposition 1. Dans les conditions actuelles, c'est sans doute sur les lieux de travail, dans les services, en s'appuyant sur les acteurs réformateurs à l'interface entre personnels et usagers (que ce soit par la pression d'usagers ou par l'action réformatrice de certains personnels de terrain) qu'une modification des cultures professionnelles locales est envisageable.

Sortir de la culture bureaucratique commune ?

On peut même se demander si certains remèdes ne sont pas, en ce domaine, pires que le mal, du fait de nombreux effets pervers. La multiplicité des « projets » verticaux, les nombreuses formations en « santé publique », la tenue de statistiques nécessaires au monitoring, la diffusion incessante de fiches et registres épidémiologiques de toutes sortes à rem-

plir, 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.

Proposition 2. Dans les conditions actuelles, toute amélioration de la qualité des soins pour le patient anonyme exige sans doute une débureaucratisation des soins plutôt qu'une sur-bureaucratisation, une insistance sur la pratique clinique plutôt que sur les schémas de santé publique, et une promotion de la médecine comme « art » et comme éthique spécifique...

Olivier de Sardan Jean-Pierre.

Pourquoi le malade anonyme est-il si "mal traité" ? : culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé.

In : Jaffré Y. (ed.), Olivier de Sardan Jean-Pierre (ed.).

Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.

Marseille (FRA), Paris : APAD, Karthala, 2003, p. 265-294. (Hommes et Sociétés). ISBN 2-84586-373-X