

DEMANDE D'ASSISTANCE ET DROIT
DE PROTECTION: INSÉCURITÉ SOCIALE
ET STRATÉGIES SANITAIRES
AU CAMEROUN

Bernard Hours *

O.R.S.T.O.M. Fonds Documentaire

N° : 17.918 ex 1

Cote : B

25 JUIL. 1985

Une enquête ethnologique a été effectuée de 1980 à 1983 dans quatre formations sanitaires au Cameroun, dans la perspective d'appréhender les représentations de la santé publique et d'analyser les rapports sociaux qui se jouent dans ce champ.

Le Cameroun, comme les pays voisins d'Afrique centrale, présente une situation sanitaire caractérisée par des disparités régionales sensibles en termes de couverture sanitaire et de pathologies. Dans la région côtière, où s'est déroulée l'enquête, la présence de villes importantes (Douala, Tiko, Limbé, Buea) et des services publics nous met en présence d'un système caractérisé par de nombreux recours thérapeutiques publics et privés, modernes ou dits traditionnels. Dans les hôpitaux, les consultations et les soins sont facturés très différemment, selon le barème du secteur public (environ dix francs français) ou au prix des consultations libres dans les cliniques privées, comme chez tous les praticiens privés (120 F à 200 F français environ pour une consultation de spécialiste).

La gratuité est de règle dans les dispensaires publics où les consultations sont faites par des infirmiers diplômés ou brevetés, de même que les médicaments sont, lorsqu'il y en a, distribués gratuitement. Le manque de médicaments dans ces formations est néanmoins chronique.

Dans les dispensaires privés, consultations et premiers soins se payent de 5 à 10 francs français (injections, pansements...).

* Bernard Hours, Anthropologue, ORSTOM, 24 rue Bayard, 75008 Paris.

Les traitements des tradipraticiens, quant à eux, connaissent des coûts très variables mais relativement élevés; les traitements longs de la sorcellerie peuvent atteindre plusieurs milliers de francs français.

On se propose ici de présenter les logiques contradictoires qui s'expriment à propos de l'assistance et de la protection sociale, telles qu'elles peuvent être dégagées de cette étude. Auparavant on rappellera brièvement les caractéristiques de l'enquête menée et la méthodologie qui l'a guidée.

Quatre formations sanitaires ont été retenues dans la région de Douala: un dispensaire public dans la banlieue de Douala, un service du grand hôpital de la ville, deux centres de santé ruraux, l'un public, l'autre privé et d'obédience baptiste. Ces formations, en raison de leur taille restreinte (une dizaine de paramédicaux), permettaient une investigation approfondie, selon les méthodes ethnologiques: l'observation des rapports en jeu dans ces services, pris comme des unités sociales, et l'établissement de relations directes et personnelles avec les différents acteurs autorisaient cette approche.

L'enquête s'est déroulée en deux temps: durant la première année, l'attention a porté en priorité sur les personnels soignants, leurs inter-relations, et leurs rapports avec la population. Trois mois ont été consacrés à chacune des formations. Au cours d'une deuxième année, l'enquête a été centrée sur l'univers des patients qui fréquentaient ces formations, à raison de trois mois dans chaque formation. Cette durée relativement longue dans les mêmes lieux semblait un moyen privilégié pour comprendre de manière concrète, et selon différents angles, les rapports sociaux qui s'établissent dans ces unités institutionnelles, situées au cœur de la configuration contemporaine de la société camerounaise. Les matériaux recueillis résultent donc à la fois d'une observation prolongée et d'entretiens personnels avec les infirmiers, les patients, sur leur lieu de travail et à leur domicile.

Disposer d'une couverture sociale est un avantage propre à certaines catégories sociales au Cameroun. La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) couvre essentiellement les accidents du travail et verse des prestations familiales et des retraites peu élevées. La prise en charge des frais médicaux est un privilège réservé aux personnels des grandes entreprises privées ou publiques.

Si l'anthropologue a toujours à voir avec les formes de la solidarité, il est moins fréquent qu'il rencontre la protection sociale dans les sociétés où il enquête. L'anthropologie des

représentations de la maladie constitue un champ de connaissance bien établi, mais l'étude anthropologique des représentations liées à l'existence de structures sanitaires nationales, à laquelle se rattache cette enquête, se présente comme un thème scientifique en voie de formation. Les champs d'étude, bien que choisis dans des pays en développement, sont en apparence proches de ceux de la sociologie de la santé des pays industrialisés; mais ils font l'objet d'une méthodologie spécifique.

Les discours des infirmiers et des malades que donne à entendre cette enquête, témoignent que le faible développement de la protection sociale ne signifie pas une absence de représentations de l'assistance sanitaire distribuée par des instances étatiques ou privées. On s'attachera donc ici à esquisser l'analyse des représentations concernant l'assistance et la protection sociale, telles qu'elles se sont manifestées dans les formations étudiées. L'assistance est en général conçue comme une valeur traditionnelle liée à la solidarité d'un groupe, tandis que la protection sociale apparaît souvent comme un dispositif socio-économique réservé aux sociétés industrielles.

Dans la ville de Douala, face à une offre de soins diverse et pléthorique, la population est partagée entre une demande de charité ou d'assistance et le sentiment, de plus en plus répandu, d'un droit de recevoir des prestations de la part de l'État. C'est à partir de ces deux pôles d'attitudes et de représentations que l'on tentera de caractériser les stratégies sanitaires contradictoires des malades qui mettent en scène une grande insatisfaction et une vive insécurité, l'accès à la santé se présentant sous une forme très insuffisante.

I - La demande d'assistance

A Douala comme à Yaoundé, le parvis des cathédrales c'est le trottoir des pharmaciens. Là, s'agglutinent quotidiennement des dizaines d'infirmités aux membres déformés. Ils tendent aux clients de la pharmacie une sébille insistante, dans laquelle Jérôme Bosch aurait volontiers trempé son pinceau. A un moindre degré, on les retrouve à l'entrée des grandes surfaces parmi des vendeurs de montres, de cassettes et de légumes. De la même manière que la fréquentation des «super marchés» est le signe d'une modernité culturelle de la part de la petite et moyenne bourgeoisie camerounaise, la fréquentation de la pharmacie est un lieu de consommation symbolique

de santé. Il est dès lors logique que ceux qui sont dépourvus de santé et d'argent se situent à ce point du parcours où l'on dépense pour «avoir la santé», ou «être en santé», selon l'expression locale. C'est là qu'ils ont quelque chance de «récupérer» une partie des surplus ostentatoirement investis dans l'achat des médicaments, cosmétiques et autres eaux de toilette. A cette kermesse de la consommation de produits péri-médicaux et médicaux, ne faut-il pas trouver un parfum de potlatch, dans un pays - comme d'autres - soumis aux grandes endémies que sont le paludisme ou l'onchocercose et dans lequel une partie de la population urbaine s'entasse dans des taudis inondés et insalubres? Ces infirmes mendiants sont donc parfaitement fondés à se trouver là pour récupérer quelques miettes de la fête. Ici, industries cosmético-pharmaceutiques et prestige de consommation constituent les meilleures chances de succès.

Le paradoxe n'est qu'apparent à vouloir traiter de protection sociale en évoquant la mendicité. Dans une société pluri-ethnique et multi-religieuse comme la République du Cameroun, où se sont rencontrés plusieurs courants de colonisation, la notion de santé publique n'est pas inscrite dans «la coutume» et elle provient d'influences extérieures. Parmi ces influences, les plus durables semblent être le poids de la tradition missionnaire d'assistance sanitaire et l'importance du service de santé des armées dont on sait qu'il a joué, et exerce encore, une influence sensible dans la plupart des politiques nationales ou régionales de santé.

Dans une première vision caritative de la solidarité, on mesure le poids du don et ses incidences. Face aux échanges réglés, la charité se présente formellement comme un don unilatéral, sans échange. C'est un avantage immédiat qui signale un rapport radicalement inégal, où l'identité de celui qui donne semble, à la limite, sans importance voire niée, car l'aumône en principe ne se rend pas.

Les actions sanitaires des religieux chrétiens furent reçues comme une manne utile, mais hors de tout échange ou réciprocité. C'est probablement ainsi que furent envisagés ces dispensaires ruraux où des «bonnes sœurs» soulageaient des malades dépourvus de toute couverture sanitaire.

Ce caractère extérieur, ou exogène, est profondément enraciné dans la conception de la santé comme un don, et plus précisément comme un «don des Blancs». Dans cette conception, conforme à l'aide anonyme qui est distribuée aujourd'hui,

d'hui, la santé est toujours générée de l'extérieur. C'est un concept importé.

Pour de très nombreux patients, et sans référence critique ou politique explicite, l'époque «des Blancs», du point de vue sanitaire, est présentée comme un âge d'or. «Avant quand il y avait les Blancs on était mieux soigné car il y avait des médicaments en nombre», dit un petit fonctionnaire de 45 ans. «Les hôpitaux étaient plus propres avant l'indépendance», ajoute une jeune femme. «La situation se dégrade. Nous étions mieux pourvus en matériel et en médicaments il y a dix ans», confirme un aide soignant, qui énonce un point de vue très répandu parmi les infirmiers.

Le personnel expatrié (ou blanc) fait donc l'objet d'un jugement positif. «Je viens ici car il y a un nouveau docteur américain», entend-on dans la salle d'attente d'un dispensaire baptiste. «Le personnel local est très difficile à gérer. Il manque ici le sens du devoir», affirme le responsable d'un service hospitalier urbain à Douala.

La réalité est probablement plus complexe, mais ces opinions expriment l'articulation de représentations très prégnantes et structurent toute une série de conceptions de la santé publique héritées de la colonisation. Cohérence des rapports sociaux inégalitaires et logique des représentations sont conjointes dans cette mémoire sélective où la santé est «un don des Blancs».

L'irruption d'étrangers (missionnaires et militaires) constitue une rupture brutale où une instance extérieure intervient tout à coup dans la distribution de la chance et de la malchance, pour peser un peu sur l'éventualité de ne pas être atteint par la maladie. Cette protection charitable se présente comme la première expérience de la santé: «Lorsque j'ai été formée à Laquintinie par Melle M..., l'hôpital marchait bien. Il y avait tout. Melle M... me disait - regarde comment il faut faire - et je le faisais. C'est comme ça que j'ai tout appris sur la santé», se souvient une infirmière âgée de 40 ans à l'hôpital Laquintinie (Douala). L'intervention salvatrice d'un agent étranger protecteur, à l'intérieur d'une gestion villageoise de la maladie et de la mort, est rétrospectivement présentée comme un apaisement. L'installation d'un État indépendant ne crée pas de rupture dans ce champ. Les Européens sont toujours très présents et l'opinion de ce jeune homme est symptomatique, quoique peu exprimée: «L'État, c'est une affaire de Blancs. Ils ont laissé ça après l'indépendance, mais les Blancs sont là partout».

Les usagers de la santé publique ont tendance à placer en continuité l'âge colonial et l'âge de l'État national. Les termes d'«offrande», de «don», de «charité» sont employés, qu'il s'agisse de l'État, du gouvernement, placés dans une extériorité qui les amène aux confins de la colonisation. «On ne refuse pas une offrande», notent plusieurs malades à propos des médicaments gratuits. Ils ajoutent: «Quand on fréquente l'hôpital, on n'a pas d'argent. Parfois la famille est au village. Ce qu'on donne ici c'est bon». «Une offrande c'est très soulageant... car le dispensaire public c'est pour secourir les pauvres. Tout devrait être gratuit». «Il faut soulager les malades car trop de malades sont misérables», entend-on encore.

Pauvreté et misère sont mises en avant pour justifier un «don» de l'État pour «soulager» les gens. La population oppose globalement le secteur public présumé gratuit ou peu coûteux, et les cliniques privées où «c'est le luxe», implicitement réservé aux couches supérieures; sans aller jusqu'à cette sentence lapidaire proférée par une jeune femme: «Je préfère gratuit car il y a les pauvres et les riches», ou encore avec une ombre de menace: «Nous autres, les pauvres, il va falloir que l'État ait pitié des gens comme nous».

Ainsi, la santé publique pour une part de la population se présente-t-elle comme une institution caritative d'État, héritée en ligne directe de l'assistance sanitaire coloniale et à ce titre passablement externe, voire étrangère aux préoccupations réelles de la population. Celle-ci est occupée à gérer le quotidien au moyen de stratégies sanitaires rendues complexes par le manque d'argent, la multiplicité des recours offerts, qu'ils soient privés, publics ou dits «traditionnels».

De cette «offrande» il faut profiter. Dès lors, la santé publique donatrice coloniale puis nationale doit être pillée comme ces dispensaires qui, lors de l'arrivée des médicaments gratuits, voient leur fréquentation doubler durant quelques jours, ou ces visites infantiles où les mères sont attirées autant par la santé de leur enfant que par la distribution d'aide alimentaire américaine.

Mais cette demande d'assistance au nom de la pauvreté, «sinon on meurt», s'exprime seulement dans le secteur public, et le corollaire de cette gratuité, c'est qu'«on y est mal servi». Ainsi dépendants comme colonisés, puis dépendants comme pauvres, les malades vivent cette assistance comme liée à leur statut social inférieur qui leur est perpétuellement rappelé par les institutions.

Nombreux, aujourd'hui, sont ceux qui refusent d'être «mal servis» sous prétexte de gratuité et qui revendiquent progressivement un droit de contribuables et de citoyens.

II - La naissance du droit à la santé

Certains malades sont méfiants vis à vis de la gratuité qui se transforme en pénurie: «Je ne veux pas d'offrande. Je veux la guérison. Le coût ne me gêne pas, ce qu'il faut c'est s'occuper sans distinction des malades», s'exclame une patiente dans un dispensaire de la banlieue de Douala, voulant exprimer sa dignité de malade reçue comme une pauvre et sa protestation contre les traitements de faveur liés à la fortune. «Le public c'est pour tout le monde, donc c'est gratuit», avance un jeune homme rencontré dans ce même dispensaire, «La gratuité est normale car on paye les impôts et ces dispensaires et hôpitaux appartiennent à l'État, et l'État vote un bon budget pour la santé des populations, car la santé avant tout», affirme un salarié subalterne. Cet homme qui ne travaille plus précise: «Tout ça dépend du Gouvernement, mais si c'est gratuit c'est très bon car la population appartient au Gouvernement, et pour que cette population travaille bien elle doit être en bonne santé. Donc le Gouvernement a intérêt à la soigner».

Un petit planteur est aussi explicite lorsqu'il affirme: «Les médicaments et les soins sont gratuits car nous sommes les planteurs de l'État, alors on doit nous aider». Une femme ajoute: «Il est normal de payer les sœurs mais pas de payer le secteur "officiel"»; et son frère, étudiant, renchérit: «Tout ce qui est l'État doit être gratuit, car nous constituons le Cameroun de demain».

Tous ces interlocuteurs présentent de nouvelles distinctions où «les sœurs» sont passées de l'assistance charitable au secteur privé supposé être rentable. Ce droit à des prestations sanitaires gratuites dans les structures publiques, affirmé par certains, préfigure le droit global à la santé des sociétés dotées de couverture sociale.

Cependant la gratuité du secteur public, et celle en particulier des médicaments, est une gratuité de pénurie puisque, même à l'hôpital, les malades doivent acheter leurs prescriptions dans une pharmacie privée, à l'extérieur. Il en résulte une attitude ambivalente à l'égard de la gratuité. Les prestations sanitaires coloniales gratuites sont remémorées positivement car il y avait réelle distribution. La gratuité est

aujourd'hui refusée par certains qui la trouvent infamante car il n'y a rien à distribuer, sinon de mauvais soins dans les formations publiques.

C'est ainsi que sont mis en rapport les deux pôles évoqués : demande de recevoir assistance ou charité puisqu'un besoin sanitaire s'exprime, mais aussi droit d'obtenir des prestations décentes car le secteur public a la réputation de distribuer des médicaments trop rares et des soins de médiocre qualité dispensés par des personnels brutaux, peu coopératifs et sans égards pour les malades.

Dans la mesure où ces prestations décentes sont, selon l'opinion publique, le propre des cliniques privées, l'ambivalence dont la gratuité est l'objet se transforme en évaluation du statut économique et social, puisque, comme le montrent de nombreux discours, secteur public et pauvreté vont de pair, à l'instar d'un mauvais destin.

Ces représentations de la santé publique ainsi posées, il faut préciser le paysage sanitaire général dans lequel elles prennent leur signification.

III - Insécurité sociale et stratégies sanitaires

Le paysage sanitaire camerounais se caractérise - comme dans d'autres pays africains - par une multiplicité de recours thérapeutiques qui prennent parfois l'apparence d'une grande anarchie. De nombreux patients empruntent des itinéraires sans suite qui se manifestent par un va-et-vient rapide entre l'hôpital public, les cliniques privées, les tradipraticiens les plus divers, sans parler de ces officines ouvertes dans les quartiers populaires, où le fait d'endosser une blouse blanche et de peindre une croix rouge sur la porte transforme votre habitation en «clinique» ou «dispensaire». Là, sans qualification suffisante ni contrôle, des actes simples sont pratiqués et des médicaments prescrits.

Dans la ville de Douala, solidarité et protection sociale prennent souvent la forme d'associations autour de tontines ethniques, professionnelles ou de voisinage. Le terme de «cotisation» qui est employé pour évoquer les mensualités versées est symptomatique à cet égard. L'association constituée reçoit tous les mois des dépôts à montant fixe de la part de chacun de ses membres, qui perçoivent, à tour de rôle, la totalité du capital ainsi réuni. En cas d'urgence, il est possible de négocier l'obtention d'un tour anticipé avec celui qui y avait droit. C'est

par ce moyen que sont affrontés les «coups-durs» et les grands événements; mais il s'agit surtout d'une stratégie positive de collecte de l'épargne pour des investisseurs privés, à petite et à grande échelle, puisque cette méthode permet de remplacer les banques lors de certaines opérations. Solidarité d'épargnants et d'investisseurs, plutôt que garantie mutuelle face au malheur, les tontines servent plus fréquemment à acheter un bien, à se marier ou à enterrer dignement son oncle, qu'à se soigner lorsque la maladie «menace».

Cette démultiplication de l'épargne individuelle n'est pas à proprement parler un système de protection sociale, mais elle peut en tenir lieu. Ce concept est d'ailleurs largement vide de sens dans un contexte où règne une vision de la maladie fondée sur l'affrontement, la lutte, et où la chance joue un rôle médiateur non négligeable.

La fréquence des rapports sociaux et économiques crée un risque permanent de conflits ouverts et de sorts jetés. Dans cet affrontement constant émerge l'idée que triomphent les forts, ceux qui «ont la chance». Combat, force, faiblesse, toutes ces représentations montrent que la maladie tend à être conçue comme une lutte de forces biologiques et sociales. Les termes de «souffrir» et de «supporter», de «menace» d'une maladie, d'être «dépassé», c'est-à-dire vaincu par une maladie, reviennent très fréquemment dans les discours recueillis.

La maladie est en effet d'abord une menace. «Le palu me menace», dit-on lors de la montée d'un accès fébrile. Lorsque la nature de la menace est bien identifiée, il faut répondre à cette menace par des comprimés ou des injections appropriés. Certains patients bien portants vont même jusqu'à s'injecter des antibiotiques à titre préventif, contre la menace. Le terme est suffisamment peu précis pour couvrir n'importe quelle atteinte, et il renvoie à un univers global d'insécurité où, virtuellement, la menace est permanente et appelle des armes pour la bloquer. «Barrer» et «bloquer» sont des expressions couramment utilisées par les médecins indigènes, lorsqu'ils veulent signifier qu'ils résistent et réagissent à l'agent du mal qui attaque. Ces métaphores d'une lutte, d'un conflit, d'un affrontement de forces, font partie du vocabulaire de la sorcellerie. La maladie qui menace, comme la guerre, sont en complète contiguïté avec les logiques des affrontements sorciers et une conception persécutive de la maladie.

Par sorcellerie on entend, en anthropologie, l'imputation des causes de la maladie à la responsabilité d'un acteur malveillant. Cela se traduit par la mise en accusation de l'agent

jugé responsable par le guérisseur ou devin, et consécutivement par l'opinion publique.

Lorsque «la résistance faiblit» et que «la garde baisse»: «ça me dépasse», «c'est trop fort», disent les malades pour signifier que leur état s'aggrave et qu'il faut envisager le recours à un tiers. Dans un univers où la chance et la «débrouillardise» sont la meilleure solution pour survivre à la misère et la pauvreté (certains artisans ne se disent-ils pas «débrouillards» de profession?), vient un moment où le destin est «plus fort», et où une aide est nécessaire. La chance de traverser indemne une épidémie existe, a fortiori celle d'«échapper» à des maladies plus bénignes. Toutefois, si l'on sent que «ça vous dépasse», alors votre savoir est insuffisant pour pouvoir guérir et vous allez consulter un médecin ou un docteur indigène, selon le vocable utilisé pour désigner les tradipraticiens. Dès cet instant où «la menace vous dépasse», la question de la maladie est devenue une affaire collective et réintègre les logiques sociales qui président à ces affaires, où interviennent aussi l'argent, le statut. Le malade qui se rend au dispensaire pour une consultation sait donc implicitement que sa maladie n'est plus son affaire, mais une affaire sociale.

Cette vision énergétique d'un monde occupé par des forces en conflit permet tout à la fois d'interpréter la force d'un médicament et celle d'un médecin indigène, dont la force propre vient suppléer votre faiblesse, si vous êtes «dépassé». Ainsi le corps et la personne, sans rupture, sont le théâtre d'un affrontement réel et symbolique biologique et social. Dans ces conditions, le goût marqué pour les injections manifeste probablement l'attribution d'un caractère plus offensif aux piqûres. Il en va de même pour la consommation immodérée des antibiotiques.

Cette contiguïté de l'affection biologique et de l'affection sociale ou de l'attaque sorcière présente un certain nombre de conséquences sur les pratiques thérapeutiques.

Dans cet univers de risque et de chance - plutôt que de risques et de chances, au sens où l'entendent les épidémiologistes, c'est-à-dire en termes de facteurs - les planificateurs qui évoquent d'un côté des facteurs de risques, et de l'autre les malades qui sonnent le rassemblement de leurs forces pour mesurer leur chance de survie, ne parlent pas le même langage. La chance de survie, ou d'échapper aux fléaux, constitue l'antithèse de la protection sociale puisqu'elle s'en remet en apparence au hasard; ni illogique, ni innocent, il renvoie pourtant à un ordre social aussi rigoureux pour la plupart des

malades que le droit de la sécurité sociale pour les assujettis européens protégés par l'État.

Cette représentation fondamentalement conflictuelle de la maladie s'exprime dans un univers d'inquiétude qui permet d'évoquer la sorcellerie, dans la mesure où celle-ci se présente - entre autres aspects - comme un dispositif de gestion collective de l'insécurité dans la société.

M. Augé relève à ce propos: «Que seule la société existe, c'est ce dont témoigne à sa manière l'existence historique des figures de la sorcellerie: elles ne se donnent jamais en effet, comme une trop rapide analyse pourrait le faire croire, pour la négation du social, mais bien plutôt comme le secret ou l'un des secrets de son fonctionnement. Elles prennent en charge le malheur et la violence des hommes» ([1], p. 211).

Sans aller jusqu'à faire de la sorcellerie la forme élémentaire de la protection sociale, on peut affirmer que cette prise en charge du malheur assume, dans un sens métaphorique, un certain nombre des fonctions dévolues à la sécurité sociale dans les pays industrialisés. Figure d'angoisse et d'insécurité pour le sens commun, la sorcellerie est aussi une prise en charge totale, régulatrice comme elle peut sembler disruptive. On est donc amené à se demander si l'insécurité du monde des «forces» évoqué est plus profonde que l'angoisse des malades d'aujourd'hui, contraints de vivre au nom du devoir de santé évoqué par Cl. Herzlich et J. Pierret [2].

Ainsi, si la chance apparaissait auparavant comme la plus efficace couverture sanitaire et sociale, l'accès à la santé est devenu un mot d'ordre à partir de la colonisation. Sous sa forme la plus achevée, il devient le slogan de l'OMS: «la santé pour tous en l'an 2000». Dans tous les cas c'est d'ordre social, local ou international qu'il est question. Mais autour de l'accès à la santé publique se bousculent les malades et leurs demandes, l'État et les moyens dont il dispose.

IV - L'accès à la santé

En apportant la notion de soins, là où seul était pertinent le concept instrumental de traitement, la colonisation a permis le développement de la santé considérée comme un état d'équilibre, en relative contradiction avec une dynamique de forces. La médecine moderne de moyens s'étant implantée face à la médecine indigène de pouvoirs, la santé publique a acquis une existence en même temps que les structures sani-

taires. Si «être en santé», selon l'expression populaire, c'est être «hors menace», on perçoit combien cet état est virtuellement abstrait et hors du contexte social où la menace guette, suivant la conception persécutive. Ouvert par la colonisation, «grande dispensatrice de soins médicaux à défaut d'autre chose, égalitaire dans l'accueil des patients» ([4], p. 156), l'accès à la santé semble avoir débuté la baïonnette dans les reins par des vaccinations collectives fermement menées. La lutte contre les grandes endémies, en particulier, a toujours supposé une certaine autorité: contrôle sanitaire et contrôle social vont de pair. Cette mise en scène, missionnaire ou militaire, d'un «devoir» de santé avant la lettre, était par sa nature même de contrôle social destinée à passer entre les mains de l'État national, lors de sa mise en place. Cette évidente continuité est clairement affirmée par les patients qui, de même que les infirmiers, déplorent une détérioration de la santé publique. On comprend mieux la tentation évoquée de piller la santé publique, puisqu'un «cadeau des Blancs» n'appelle pas de réciprocité. Mais les difficultés naissent dès que cet accès, généreux dans les souvenirs, devient mesuré, voire franchement insuffisant. Le manque de médicaments est aujourd'hui à la base des représentations très négatives de la santé publique. Les patients, qui sont venus chercher une manne charitable, repartent souvent les mains vides. Ceux qui revendiquent le juste retour des impôts qu'ils paient à l'État s'indignent et accusent les infirmiers du détournement de la prestation étatique à leur profit.

Objet de trop d'expectatives, l'État gestionnaire de la santé publique doit gérer à la fois «l'irresponsabilité» dont sont affublés les personnels, et la «négligence» attribuée aux patients. Dans un tel contexte chargé d'accusations réciproques qui prennent la forme d'un procès contre les agents de la santé, l'accès à la santé se résume pour beaucoup de patients à subir de longues attentes dans les dispensaires, et à accepter les brimades distribuées par les infirmiers qui se savent qualifiés d'insolents ou de voleurs dans les hôpitaux; le tout pour finalement se rendre dans une pharmacie privée afin d'acheter des spécialités coûteuses, produites par des laboratoires étrangers ([3]).

L'accès à la santé est ici largement bloqué selon les patients, ou plutôt il se télescope avec un droit à la santé qui permet de protester, mais ne déclenche aucune attitude solidaire, sinon une vaste frustration collective. Aide non reçue pour les uns, droit bafoué pour les autres, un cœur de pro-

testations s'élève contre la santé publique qui distribue des affronts et une médecine de pauvre. La bourgeoisie locale, comme les expatriés, réservent leur clientèle à des médecins et à des cliniques privées, où chacun acquiert sa propre protection avec son propre argent et hors de toute solidarité, sinon celle des entreprises qui remboursent les frais médicaux d'une partie du personnel, ou des fonctionnaires qui jouissent d'un dispensaire qui distribue quelques médicaments.

L'accès à la santé confirmé par l'existence de formations sanitaires ne débouche sur aucun droit, sinon sur le partage amer de la pénurie. Les citoyens qui attendent la satisfaction de ce droit sont en avance d'un acte sur la société, où règne encore très largement le sauve-qui-peut, l'insécurité, la débrouillardise.

Craignant le pillage des crédits publics, et affirmant le droit à la santé sans en distribuer les moyens, les pouvoirs publics sont au cœur d'une contradiction fondamentale où l'insuffisance des moyens mis en œuvre rend impossible toute mutation des habitudes et des mentalités. Par une telle mutation, il faut entendre une évolution des représentations de la santé publique où la solidarité serait possible car la société globale serait pensable, au delà du discours pédagogique et moralisateur tenu sur le service public ou le bien public.

Disposer d'un emploi rémunéré constitue la meilleure forme de protection sociale dans la ville de Douala. Certaines entreprises (compagnies aériennes, banques, régie de chemins de fer, brasseries) disposent, comme les fonctionnaires, d'une consultation propre ou d'une infirmerie. Les familles de salariés bénéficient de ces services. L'avantage le plus apprécié est la prise en charge des frais médicaux à la clinique Soppo, la principale formation privée de la ville, qui jouit à la fois d'une réputation de qualité et évoque, pour ceux qui n'y ont pas accès, «le luxe» réservé aux classes supérieures. Une importante caution est réclamée aux malades lors de leur entrée et la fréquentation de cette clinique exprime une dignité sociale, et même une «distinction», qui sont aux antipodes des représentations négatives dont les formations publiques sont l'objet. Ainsi, être salarié d'une entreprise qui assure la prise en charge à la clinique Soppo constitue le rêve de tout demandeur d'emploi à Douala. Cette couverture, ou prise en charge, semble moins appréciée comme protection sociale que comme consommation ostentatoire de bons services médicaux. C'est pourquoi dans cette société duale ou à deux vitesses, toutes les stratégies ont pour but «d'être du bon côté» d'une barrière qui

se manifeste largement par un emploi dans une entreprise connue, ou un poste de fonctionnaire. La concurrence sauvage par laquelle s'expriment ces projets et ces ambitions met en place un univers qui se situe à l'opposé de la solidarité.

L'insécurité qui résulte d'un tel contexte est bien exprimée par les malades qui ont connu des recours prestigieux et se retrouvent agressifs ou amers à l'hôpital public, faute de moyens, ou après la perte d'un emploi. Ils y rejoignent la masse de la population dont les choix thérapeutiques se dispersent entre les différents recours disponibles. Ces malades qui ont connu un séjour à la clinique Soppo évoquent la qualité de l'«encadrement» ou le fait d'être «bien encadré». Ils entendent signifier par là la qualité de l'accueil et la courtoisie des rapports avec le personnel qui manifeste la considération sécurisante dont on est l'objet à la clinique. Elle s'oppose à l'absence d'égards rencontrée dans le secteur public et à l'indignité qui en résulte.

Au terme d'une telle réflexion, la nature des réalités appréhendées n'apparaît pas radicalement différente de celle que l'on peut observer dans nos hôpitaux. Des figures différentes, sous-tendues par des logiques communes, s'analysent dans des conjonctures particulières.

Ainsi, une revendication de santé s'affirme avec difficulté à travers l'accès à des formations publiques dont la fonction thérapeutique se transforme en production de frustrations, en particulier à partir du manque de médicaments. Ce blocage réel amène à mettre en scène les bénéfiques qui auraient été autrefois tirés du «don des Blancs». A l'exception des groupes privilégiés dotés d'un emploi stable, une large insécurité domine et provoque des stratégies individuelles contradictoires et des itinéraires thérapeutiques discontinus.

En l'absence d'une transformation des sociétés segmentaires en sociétés solidaires, miraculeusement opérée par des décrets étatiques, on peut se demander si certaines représentations ne fonctionnent pas comme une relative sécurité, face à un questionnement sur les causes de la maladie rendu avide par le caractère souvent inopérant des diagnostics portés sur les symptômes. Dans le désordre du «sauve-qui-peut» qui en résulte, lorsque monte l'insécurité au-delà des pouvoirs de l'argent, ceux des thérapeutes de la sorcellerie restent les moyens les plus sûrs d'un apaisement des rapports sociaux, d'une sorte de «sécurité sociale», en forme de soupape suivie de trêve, dont les ministres ne figurent pas sur les photos officielles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Augé (M.), *Génie du paganisme*, Gallimard, Paris, 1982.
- [2] Herzlich (Cl.), Pierret (J.), *Malades d'hier et malades d'aujourd'hui*, Payot, Paris, 1984.
- [3] Hours (B.), Les infirmiers malades de l'Etat, *Revue Tiers-Monde*, XXVIII, n° 90, avril-juin 1982.
- [4] Mongo Beti, *Perpétue et l'habitude du malheur*, Buchet Chastel, Paris, 1983.

SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ

PROTECTION SOCIALE ET
STRATÉGIES SANITAIRES

*

TOXICOMANIE ET POSITIONS
INSTITUTIONNELLES

*

ENTRETIEN AVEC FÉLIX GUATTARI

*

LOGIQUE SOCIALE DES ACTIONS
EN ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

*

DOSSIER : ÉTHIQUE ET VACCINATION

vol. II - n° 3-4 - octobre 1984 - trimestriel

érès

817.918 021