

## Synthèse de l'atelier " Santé"

Report of workshop "Health"

Marc-Eric Gruénais et Abdou Salam Fall

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/apad/159>

DOI : [10.4000/apad.159](https://doi.org/10.4000/apad.159)

ISSN : 1950-6929

### Éditeur

LIT Verlag

### Édition imprimée

Date de publication : 1 décembre 2002

### Référence électronique

Marc-Eric Gruénais et Abdou Salam Fall, « Synthèse de l'atelier " Santé" », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 23-24 | 2002, mis en ligne le 15 décembre 2006, consulté le 24 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/apad/159> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/apad.159>

---

Ce document a été généré automatiquement le 24 septembre 2020.

Bulletin de l'APAD

---

# Synthèse de l'atelier " Santé"

Report of workshop "Health"

Marc-Eric Gruénais et Abdou Salam Fall

---

## NOTE DE L'ÉDITEUR

Rapporteur : Marc-Eric Gruénais. Discutant : Abdou Salam Fall

- 1 Cet atelier a donné lieu à cinq présentations. La première (M.E. Gruénais) abordait le thème de la décentralisation à la lumière de la réforme du système de santé au Cameroun. Elle montrait que les conflits les plus localisés liés à la mise en place d'une nouvelle carte sanitaire décentralisée, étaient parfois relayés et résolus par des acteurs situés au plus haut niveau de la hiérarchie politique et des institutions internationales, de telle sorte que les enjeux concernant les espaces politico-sanitaires les plus périphériques pouvaient ainsi être instrumentalisés pour manifester la maîtrise des dynamiques locales par les instances les plus centrales.
- 2 L'exemple d'un centre hospitalier départemental du Bénin (A. Imorou) a permis d'illustrer les rivalités et suspicions entre personnels de santé et personnels administratifs d'une structure de soins périphérique : les premiers accusant les seconds de cupidité et de ralentir le bon fonctionnement des services, les seconds reprochant aux premiers leur manque de considération, les soupçons ayant trait presque exclusivement aux avantages que tirent "les autres" de leur position pour s'enrichir au détriment de la structure et/ou du patient. La pratique du détournement et du racket dans les structures de soins, aujourd'hui bien documentée dans nombre de pays en Afrique subsaharienne, a sa propre sémiologie ; c'est ainsi qu'au Niger (communication de A. Moumouni) la notion vernaculaire hawsa de *jogol* permet de désigner toutes les transactions, à caractère lucratif, licites et surtout illicites, dont les établissements sanitaires sont le théâtre. À l'hôpital, une répartition des tâches confuse donne toute latitude aux personnels pour faire leur *jogol* ; presque tous les acteurs, de la base (les manoeuvres) au sommet (les directeurs d'hôpitaux) sont alors les parties prenantes d'une situation où ils usent de leurs positions stratégiques pour maximiser leurs

profits. L'exemple de l'Algérie montre toute l'importance qu'il y a à savoir manier un "capital relationnel", construit et utilisé tant par les usagers que par les personnels de santé, afin "d'exister" au sein des structures de soins. Le capital relationnel devient alors la condition nécessaire de la prise en compte de sa situation. M. Mebtoul faisait alors l'hypothèse que la mobilisation du capital relationnel permettait notamment de pallier le déficit de médiation en relation directe avec un appareil d'Etat qui ne dispose d'aucun ancrage local. Enfin J.P. Olivier de Sardan a proposé un essai de mise en perspective diachronique permettant de préciser comment un héritage historique prenant ses racines dans un modèle d'administration, la bureaucratie coloniale, avait contribué à dessiner le contexte de travail des personnels de santé en Afrique. Il s'agit alors notamment d'un contexte de travail où règne l'arbitraire, et au sein duquel les personnels de santé abusent de leur position pour maltraiter les usagers ou, au contraire, pour faire preuve d'une bienveillance extrême envers certains usagers. Précisons qu'une sixième communication retenue pour cet atelier n'a pas pu être présentée : dans son texte, O.C. Adesina montrait combien les discriminations observables quant à l'accès aux structures de soins au Nigeria devaient être liées aux violences interethniques.

- 3 L'ensemble de ces présentations était marqué par une certaine unité de ton, dans le constat, mais aussi par un souci de dépasser les seuls postures pessimistes dès lors que l'on s'intéresse aux personnels et aux structures de soins en Afrique. En Afrique, du nord, de l'ouest, du centre, on observe des dysfonctionnements analogues dans les systèmes et structures de soins. Ces dysfonctionnements sont partout caractérisés par des détournements et des rackets, un mauvais traitement des usagers, une extrême segmentation des métiers de la santé, une succession de réglementations qui sont loin de toujours contribuer à une amélioration de l'offre de soins. Les débats sont notamment revenus sur ce dernier thème, et qui reste peut-être encore un domaine insuffisamment exploré : une sur-réglementation, qui n'est peut-être pas étrangère au déficit de médiation souligné. La production pléthorique de textes, de décrets, de notes de service, de réformes dessine en fait des espaces d'affrontements entre des rationalités techniques inspirées par des normes internationalement adoptées, d'une part, et d'autre part des rationalités politiques locales et des enjeux statutaires. Mais cette sur-réglementation n'organise aucun contre-pouvoirs, bien au contraire. En l'absence de médiations possibles face à l'affrontement des registres réglementaires, la violence et l'arbitraire constituent alors les solutions des professionnels. Cependant, pour dépasser les constats unilatéralement pessimistes, et partant trop réducteurs, toutes les communications ont mis l'accent sur les négociations tout autant que sur les conflits. Quatre directions ont alors être envisagées pour tendre vers le dépassement souhaité.
- 4 Le fonctionnement de tous les services de santé, y compris publics, relève aujourd'hui dans une certaine mesure d'une logique privée puisque tous les centres de santé tendent à l'autofinancement grâce aux recettes procurées par les usagers. L'opposition privé/public se révèle alors peu opératoire pour l'analyse de modèles d'organisation qui pourraient être reliés à des comportements. Il est apparu plus opportun de mettre l'accent sur les espaces de négociation ouverts et structurés par des oppositions du type : rationalité technocratique/rationalité politique ; compétences de fait/compétences de droit ; normes (collectives)/intérêts personnels.

- 5 Quels outils conceptuels utiliser désormais pour analyser les (mauvaises) relations entre usagers et personnels de santé ? La mise en relation du comportement des personnels de santé avec une organisation "bureaucratique", le recours à la notion de "capital relationnel", les modalités d'instauration et de construction d'une "relation de confiance" entre personnels de santé et usagers ont pu apparaître comme autant de pistes à explorer. Par ailleurs, il est apparu que l'emploi de termes comme "usagers" en général, ou l'évocation globale des "relations entre personnels de santé et usagers", étaient peu satisfaisants. Ainsi, il n'est pas sûr que les "mauvais traitements" des usagers et les enjeux de ces mauvais traitements (ou, au contraire, des relations de confiance) soient toujours de même nature quelles que soient les pathologies ; par exemple, les conséquences d'un mauvais traitement des usagers pour une maladie chronique létale ne sont sans doute pas les mêmes que pour une infection bénigne. Par ailleurs les "soignants" doivent être différenciés au sein de la profession médicale en fonction de leur position dans la hiérarchie ; là encore, un "mauvais geste" d'un chirurgien n'a sans doute pas la même portée qu'un "mauvais geste" d'un aide-soignant, sans compter que la technicité de ces "mauvais gestes" ne mobilise pas les mêmes registres.
- 6 Pour comprendre la nature des relations entre personnels de santé et usagers, mais aussi les dysfonctionnements dans les structures et systèmes de santé, l'importance de la prise en compte des dimensions diachroniques et historiques a été soulignée. Ainsi, pour poursuivre sur les liens entre modèle d'administration et comportement des personnels, a été notamment suggéré la nécessité de s'interroger sur l'influence d'autres modèles d'administration, que la bureaucratie coloniale, et notamment : le modèle militaire, la médecine hospitalière en Afrique ayant été pendant très longtemps entre les mains des médecins militaires du Nord bien après les Indépendances ; ou le modèle socialiste, nombre de médecins africains ayant été formés à Cuba, en ex-URSS, ou en ex-RDA, et le souci de diversification des coopérations des Etats africains les a amenés à bénéficier de l'aide de la Chine et de la Corée du Nord, et de différents pays du "bloc socialiste" pour la réalisation d'un certain nombre d'infrastructures sanitaires. Pour mieux comprendre les blocages, le "chacun pour soi" et l'extrême segmentation qui caractérisent les différentes sphères d'activités des métiers de la santé il convient aussi sans doute de s'intéresser à la multiplicité des filières de formation ("sur le tas", dans le cadre de structures confessionnelles, d'anciennes écoles "africaines", de formations universitaires, etc.) des personnels de santé en Afrique et qui aboutit à mettre en présence dans une même structure des personnels aux "cultures professionnelles" très différentes.
- 7 En conclusion, dépasser les seuls constats pessimistes sur les dysfonctionnements est apparu comme une nécessité, non seulement pour faire progresser l'analyse par exemple en mettant davantage l'accent sur les négociations plutôt que sur les conflits, mais aussi dans un souci "d'efficacité" : dans la mesure où la socio-anthropologie de la santé est aussi préoccupée, sinon d'application, du moins d'implication, présenter un tableau par trop sombre et critique de la situation à des professionnels de santé peut avoir un effet répulsif. Soulignant l'intérêt pour l'utilisation des travaux en socio-anthropologie de la santé, les débats de l'atelier se sont achevés sur l'importante pour les chercheurs de procéder autant que faire ce peut à des restitutions des résultats de leurs recherches ; exercice difficile qui ne doit pas se cantonner à la dénonciation de telle ou telle pratique, ni sacrifier à la mode des "recommandations", tout en

préservant dans des présentations adaptées à l'auditoire la rigueur de la démarche adoptée.

---

## AUTEURS

### **MARC-ERIC GRUÉNAIS**

Directeur de recherche à l'IRD. Centre de la Vieille Charité 2, rue de la Charité 13002  
Marseille. Tél. : (+33) 4 91 14 07 77 ; fax. : (+33) 4 91 91 34 01 ; [gruenais@ehess.cnrs-  
mrs.fr](mailto:gruenais@ehess.cnrs-mrs.fr)

### **ABDOU SALAM FALL**

Maître assistant de recherche à l'IFAN. Université de Dakar BP 206, Dakar, Sénégal.  
Tél. (221) 825 98 90 ; fax. : (221) 832 16 75 ; [asfall@smtp.refer.sn](mailto:asfall@smtp.refer.sn)