

ÉMERGENCE D'UNE CULTURE, DÉCLIN D'UNE PROFESSION.
Soigner et prévenir au Sénégal et en Côte-d'Ivoire
Abdou Salam Fall et Laurent Vidal

P.U.F. | *Cahiers internationaux de sociologie*

2006/2 - n° 121
pages 239 à 264

ISSN 0008-0276

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2006-2-page-239.htm>

Pour citer cet article :

Fall Abdou Salam et Vidal Laurent, « Émergence d'une culture, déclin d'une profession. » Soigner et prévenir au Sénégal et en Côte-d'Ivoire, *Cahiers internationaux de sociologie*, 2006/2 n° 121, p. 239-264. DOI : 10.3917/cis.121.0239

Distribution électronique Cairn.info pour P.U.F..

© P.U.F.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

ÉMERGENCE D'UNE CULTURE, DÉCLIN D'UNE PROFESSION. SOIGNER ET PRÉVENIR AU SÉNÉGAL ET EN CÔTE-D'IVOIRE

par Abdou Salam FALL et Laurent VIDAL

RÉSUMÉ

À partir d'une approche anthropologique des prises en charge médicales de la tuberculose et du paludisme, ainsi que des conceptions et usages de la prévention dans des milieux urbains d'Afrique de l'Ouest (Sénégal et Côte-d'Ivoire), ce texte interroge la nature du métier de soignant. Après nous être penchés sur les spécificités de ce type d'étude anthropologique en milieu médical, nous nous attachons à décrypter les processus d'occultation des singularités du malade qui caractérisent les messages et discours de prévention. Dans les structures de santé, sont étudiées les négociations des normes de diagnostic et de traitement à l'œuvre ; les attitudes des soignants qui oscillent entre sur- et sous-estimations des risques sanitaires ; et le hiatus entre la demande et les besoins réels de formations continues. Enfin, nous nous penchons sur la rencontre entre les soignants et les malades qui peut se trouver transformée par les spécificités de la maladie et de son traitement. On constate alors que les fondements de la professionnalisation tendent à disparaître au profit d'un mode de régulation du rapport au malade, au collègue et plus largement au savoir médical qui témoigne de l'émergence d'une culture soignante qui est, de fait, une culture organisationnelle. Elle se caractérise à la fois par la délégation des tâches à des non-professionnels, la production et la résolution des conflits mettant en évidence des réseaux clientélistes ainsi que par une routinisation des gestes.

Mots clés : Anthropologie, Professionnalisation, Soignants, Sénégal, Côte-d'Ivoire.

SUMMARY

Drawing on an anthropological approach of tuberculosis and malaria care in West African cities (in Senegal and Ivory Coast), and on an analysis of prevention modes, this paper examines the characteristics of medical work. We first examined the conditions of an anthropological field study in health care centres. The concealment of both patients' singularities and populations' specificities targeted in the prevention messages were then studied. The negotiation of diagnosis and treatment standards, and the under- and over-estimations of nosocomial risks were also analysed. We also focused on the gap between demands and actual needs for training, and on the relationships between health care pro-

Cahiers internationaux de Sociologie, Vol. CXXI [239-264], 2006

viders and patients, which can be modified by the specificities of the disease. We noticed a decay of professionalization, a kind of regulation of relationships between health care workers and patients, and among medical staff, which expresses an emerging medical culture, which is also an organizational culture. Its main features are the delegation of tasks to non-professionals workers, a strategy of conflict management based on clientelism, and the development of routine action.

Key words : Anthropology, Professionalization, Health care providers, Senegal, Ivory Coast.

Les regards anthropologiques sur la maladie et la santé en Afrique ont fondé – parfois à l’insu de leurs inspirateurs – nombre de courants ou d’écoles, dont les frontières sont loin d’être imperméables : ethnomédecine, anthropologie de la maladie, anthropologie de la santé ou anthropologie médicale ont inégalement diffusé dans le monde de la recherche francophone et anglophone. Pendant longtemps, ces anthropologies se sont penchées sur un ensemble de pratiques ou de représentations : médecines traditionnelles ou néo-traditionnelles, syncrétismes thérapeutiques, perceptions du corps et de la maladie, parcours thérapeutiques et savoirs populaires.

Ces objets d’étude, loin de former un corpus homogène, ont été construits dans des rapports extrêmement variables au monde médical académique et à la recherche biomédicale : en se définissant en toute indépendance au regard de ces derniers, en leur proposant des collaborations ou encore en répondant à leurs sollicitations. S’il est de ce fait délicat de trouver une quelconque cohérence d’ensemble à ces démarches – effectuant ici plus un constat qu’une critique – on remarque toutefois qu’elles se sont longtemps retrouvées *par défaut* autour d’une faible objectivation des pratiques des professionnels de santé exerçant dans le secteur de la médecine dite moderne.

De tels travaux ne sont certes pas inexistantes en Afrique, mais dans des proportions bien moindres que dans les pays du Nord – où la sociologie a produit un vaste corpus de descriptions et de réflexions sur les professions médicales (Freidson, 1984 ; Cicourel, 1985 ; Christakis, 1997 ; Löwy, 1993, pour n’en citer que quelques-uns). Dans le champ africaniste, nous pouvons mentionner ici des études sur les médecins¹, les infirmiers (Desclaux, 1999), les sages-femmes (Jaffré et Prual, 1993) ou sur les professionnels dans leur ensemble (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; et dans une moindre mesure : Fay et Vidal, 1999 ; Fassin, 2000) : à ces appro-

1. On se référera aux études réalisées au Congo démocratique (Rubbers, 2003), au Burkina Faso (Gobatto, 1999), en Algérie (Mebtoul, 1994) et en Égypte (Chiffoleau, 1995) ou encore à l’étude concernant un groupe de médecins africains (Roenen, 1997).

ches anthropologiques, il convient d'ajouter des recherches historiques, mais de fait moins attentives aux exercices contemporains de la médecine (Bado, 1999 ; Domergue, 1978 ; Iliffe, 1998 ; Patton, 1996 ; Vaughan, 1991)¹.

LA MALADIE, ENTRÉE D'UNE ANTHROPOLOGIE DE LA MÉDECINE

Inscrite dans ces thématiques de recherche, notre propos dans ce texte les prolonge et parfois même s'en distingue en prenant un triple parti. Tout d'abord, nous avons effectué le choix de ne pas uniquement documenter les relations entre professionnels et consultants : aussi nous pencherons-nous successivement sur les mécanismes d'occultation des spécificités individuelles et de catégorisation à l'œuvre dans la prévention, puis sur les rapports aux normes de diagnostic et de traitements pour nous arrêter sur les enjeux des formations professionnelles ainsi que sur les perceptions du risque sanitaire dans l'exercice du travail de soignant. L'abord, enfin, des relations au sein des équipes médicales nous conduira alors à développer l'idée d'un affaiblissement des signes et pratiques de professionnalisation des soignants, allant de pair avec l'émergence d'une culture – que l'on spécifiera comme étant « de service » ou « organisationnelle » – et qui, précisément, se fonde, comme cela aura été illustré, sur des réinterprétations des normes, du risque et des tâches dans la délivrance des soins.

Second point sur lequel nous voudrions insister, si nous nous sommes intéressés à d'autres thèmes que ceux récurrents dans certaines des études mentionnées ci-dessus, nous l'avons aussi fait différemment. Ainsi, plutôt que de poser un regard sur les pratiques des professionnels de santé quel que soit leur objet, nous avons décidé de pénétrer ces activités et les savoirs qui les sous-tendent principalement à partir de deux maladies (la tuberculose et le paludisme) et, dans une moindre mesure, au travers d'une action de santé publique, la prévention. Les arguments à l'appui d'une entrée dans les pratiques des professionnels de santé par le biais de pathologies données sont certes de santé publique, mais aussi – fondamentalement – anthropologiques. Ils renvoient à la fois à des similitudes et à des différences entre ces maladies, toutes deux nécessaires pour bâtir une comparaison.

1. Au-delà de ces références illustratives des travaux menés dans le champ de l'histoire des professions médicales en Afrique, on se reportera utilement à la très complète et récente analyse de la littérature – principalement historique – sur la médecine en Afrique, réalisée par K. Delaunay (2005).

Arrêtons-nous pour commencer sur les premières. En matière de santé publique, dans les deux pays où nous avons travaillé (le Sénégal et la Côte-d'Ivoire) mais aussi dans nombre d'autres régions de l'Afrique intertropicale, les données épidémiologiques disponibles confèrent indiscutablement à ces deux pathologies le « statut » de problème de santé publique : elles sont endémiques, elles génèrent une morbidité et une mortalité importantes, elles ne peuvent être cantonnées ni au monde rural ni aux seules villes. Par ailleurs, sur le plan clinique, leurs manifestations sont hétérogènes et parfois même « atypiques » : nous savons qu'il y a un accroissement des tuberculoses extra-pulmonaires, notamment dû à la co-infection avec le VIH (De Cock *et al.*, 1992) et que la présence de fièvres, voire même de convulsions, n'exprime pas nécessairement un accès palustre. Toujours dans un registre médical, les prises en charge de la tuberculose et du paludisme sont toutes deux confrontées au problème des résistances aux traitements : la chloroquine dans le cas du paludisme (Trape, 2001) mais aussi la rifampicine ou l'isoniazide, pour le traitement de la tuberculose (Dosso *et al.*, 1999). Question médicale et de santé publique, mais qui investit aussi l'espace de réflexion de l'anthropologie dans la mesure où, en filigrane du risque de résistance, c'est l'observance des traitements qui est en jeu, donc la conjonction de facteurs sociaux et organisationnels susceptibles de la freiner ou de l'encourager (Delaunay et Vidal, 2002). Facteurs qui renvoient, dans nombre de pays africains, à des problèmes d'approvisionnement en médicaments des structures, de contenu de la communication entre les soignants et les malades mais, aussi, à la pertinence des formations continues dispensées aux professionnels.

Les diagnostics de ces deux maladies sont à leur tour confrontés à diverses difficultés. Pour la tuberculose, il est difficile à poser de façon sûre, compte tenu des formes atypiques de la maladie que l'on rencontre notamment chez les patients aussi infectés par le VIH et, dans le cas du paludisme, il ne s'accompagne pas toujours d'une confirmation biologique du diagnostic clinique¹. Or, sur le plan cette fois-ci anthropologique, ces particularités diagnostiques renseignent avec précision sur le rapport qu'entretient, dans les structures de santé de ces pays, le professionnel avec les outils techniques à sa disposition et par conséquent sur ses interprétations pratiques des connaissances médicales actuelles. Les conseils médicaux délivrés aux patients sont aussi le lieu de rencontre des regards médical et anthropologique, le premier s'intéressant à leur conformité aux protocoles, le second interprétant les possibles

1. Des diagnostics évacuant l'hypothèse d'une tuberculose sur la seule base d'un examen de crachats négatif peuvent s'avérer finalement erronés.

écarts entre le contenu du message effectivement délivré¹ et sa compréhension par le malade.

Par-delà ces « points communs » justifiant leur mise en parallèle, ces deux pathologies possèdent dans le même temps un certain nombre de différences qui renvoient à des considérations tantôt anthropologiques, tantôt de santé publique. Mentionnons ici, successivement, le potentiel de stigmatisation de la tuberculose, son caractère transmissible d'individu à individu et la possibilité d'un diagnostic radiologique (même s'il peut s'avérer délicat), ce qui n'est pas le cas pour le paludisme exigeant, de son côté, en revanche, un examen sanguin pour la confirmation de l'atteinte et une mise sous traitement urgente, contrairement à la tuberculose.

Le troisième parti pris dans l'étude à l'origine de ce texte a été d'accompagner les enquêtes de terrain d'une réflexion épistémologique sur les conditions d'une anthropologie se déroulant au sein des structures de santé : voyons comment a émergé cette réflexion dans le cadre méthodologique de la recherche.

UNE MÉTHODOLOGIE À L'ÉPREUVE

Décrire les pratiques pour les rapporter aux savoirs médicaux exige une diversification des sources de données : articles de la presse quotidienne², articles scientifiques, thèses de médecine et de pharmacie³, documents des programmes nationaux et des organisations internationales et, bien entendu, entretiens avec les professionnels de santé, les malades et les responsables de la lutte contre la tuberculose et le paludisme, rencontrés aussi bien au Sénégal et en Côte-d'Ivoire qu'en France. Ces entretiens ont été associés à des observations : les chercheurs⁴ sont restés, par conséquent, plusieurs

1. Qui peut bien entendu lui-même être variable d'un soignant à l'autre et s'éloigner de ce qu'il devrait théoriquement être.

2. Ce travail a concerné le traitement journalistique des questions de prévention : près de 950 articles de la presse quotidienne sénégalaise et ivoirienne sur une période de dix ans (à l'exception du quotidien dakarais *Le Soleil* pour lequel vingt années ont été dépouillées). Ce recul renvoie à la libéralisation du secteur de la presse, au début des années 1990, dans le cadre de l'émergence du multipartisme.

3. Source d'information peu exploitée dans les travaux en sciences sociales alors qu'ils recèlent des informations souvent très contextualisées sur les diagnostics, les traitements et les politiques de santé à une période et dans des lieux précis (services hospitaliers ou centres de santé, où le futur médecin ou pharmacien a effectué le stage qui lui a permis de rédiger sa thèse).

4. Coordonnée par L. Vidal, A. S. Fall et D. Gadou, cette équipe de chercheurs comprenait A. Adjagbé, K. Delaunay, F. Hane, M. Kadjo, C. Konan Bla, M.-A. Ndior, T. Ndoye, V. Poutrain et J.-F. Werner, et a mené les études ici exposées durant deux ans, entre 2002 et 2004.

semaines dans chaque structure, pour comprendre de l'intérieur comment les patients sont accueillis, comment les maladies sont dépistées et traitées, comment vivent au quotidien les équipes soignantes et, enfin, comment les malades et leurs proches perçoivent les traitements et les conseils reçus.

Les études dans les structures de santé ont concerné les deux capitales (Dakar et Abidjan)¹ et deux villes moyennes du Sénégal et de Côte-d'Ivoire : elles se sont déroulées dans des services hospitaliers, des centres de santé (ou formations sanitaires urbaines) et des postes de santé (ou dispensaires)². Au total 26 structures ont été étudiées, 300 professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants, agents de santé communautaire) et 200 malades ont été rencontrés³. Pour mener à bien cette recherche, les anthropologues se sont familiarisés avec les aspects techniques des diagnostics et traitements : l'anthropologue doit en effet relever ce « défi technique » pour comprendre ce que font les soignants dont on observe les faits et gestes, et pour décrypter leurs discours. Défi d'autant plus prégnant que les traitements, en particulier du paludisme, ont évolué au cours même de cette recherche obligeant le chercheur à une formation « continue » aux nouveaux protocoles de traitement, variables selon la gravité de l'accès palustre. Effort de mise à niveau qui concerne aussi des gestes très techniques, comme la réalisation d'une radiographie des poumons lors du diagnostic d'une tuberculose : le chercheur doit comprendre le fonctionnement de l'appareil radiologique et les critères utilisés par le technicien pour lire la radiographie, afin de situer dans quelle mesure il adhère aux directives en la matière et ce qui, éventuellement, peut l'amener à s'en écarter⁴.

Ces exigences d'une recherche portant sur des pratiques spécialisées s'accompagnent aussi de relations avec les soignants potentiellement déstabilisatrices pour la démarche de l'anthropologue. Passer

1. Peuplées de 2, 5 et 4 millions d'habitants respectivement, Dakar et Abidjan sont des ensembles urbains qui ne cessent de s'agrandir, qui ont la particularité de rassembler le quart de l'ensemble de la population du pays.

2. La dénomination change au Sénégal (centre de santé ; poste de santé) et en Côte-d'Ivoire (formation sanitaire ; dispensaire), pour une structuration similaire de la « pyramide sanitaire », comprenant trois niveaux (hôpital / centre ou formation sanitaire / poste ou dispensaire).

3. Les analyses présentées ici, ainsi que dans l'ouvrage issu de cette recherche collective (Vidal *et al.*, 2005 a), sont principalement fondées sur les pratiques et discours des professionnels, ainsi que sur ceux des malades permettant de les illustrer : ce qui a trait aux représentations de la maladie élaborées par les patients ou leurs proches, tout autant qu'aux parcours de soins sera l'objet d'autres publications.

4. Nous revenons ci-dessous sur les processus de survalorisation de l'image radiographique décryptée par J.-F. Werner (2005).

du temps avec les équipes médicales, y compris la nuit lors de gardes, est indispensable pour pouvoir observer et comprendre, en différents moments de la journée ou de la semaine, les multiples activités des professionnels de santé. Une familiarité s'instaure entre le chercheur et le professionnel : nous ne discuterons pas ici des images ambiguës de l'anthropologie dont elle peut être porteuse, oscillant entre l'intérêt pour un regard extérieur susceptible de traduire leurs attentes, et les craintes de voir exposer au grand jour des comportements critiquables et enfreindre le principe de la confidentialité et de l'anonymat (Vidal *et al.*, 2005 *b*). En revanche, nous voudrions, dans le cadre d'une réflexion plus spécifiquement méthodologique, attirer l'attention sur les enjeux des sollicitations dont le chercheur est l'objet. Aussi bien dans les services hospitaliers que dans les centres de santé, les médecins ou infirmiers peuvent demander au chercheur de les aider dans leur tâche : ils évoquent alors – reprenant des demandes classiques dans les services de santé publics en Afrique – une pléthore de patients à recevoir et un manque de personnel disponible à cet effet. Cela ayant pour conséquence simultanément de longues attentes des patients dans des espaces communs et des consultations extrêmement brèves, où l'« interrogatoire » du patient est réduit à son strict minimum, dépourvu parfois d'auscultation. Cette « aide » engage de fait à des gestes extrêmement disparates. Il sera demandé au chercheur d'aider le brancardier, seul, à porter un brancard ou encore de délivrer les médicaments antituberculeux aux malades, en présence de la personne en charge de ce travail mais occupée à remplir des fiches. Le chercheur sera aussi interpellé pour venir effectuer une piqûre ou poser une perfusion, par exemple à un malade souffrant de paludisme. On le voit, ces demandes adressées au chercheur, qui n'est pas membre du corps médical, sont pour certaines envisageables, pour d'autres foncièrement impossibles à accepter. Si le chercheur a accepté de donner aux malades tuberculeux leur dotation de médicaments, standardisée et indépendante de toute consultation, il a, en revanche, naturellement refusé d'effectuer des gestes techniques pour lesquels il n'a aucune compétence et qui, surtout, peuvent mettre en danger l'intégrité physique du malade. Choix naturel, dira-t-on ? Peut-être, mais qui est immédiatement porteur d'une double implication.

D'une part, le refus du chercheur d'apprendre à effectuer une piqûre doit être présenté de telle sorte que l'infirmier ou le médecin ne se sente pas « trahi » dans la confiance qu'il portait au chercheur et qui l'avait conduit à se confier à lui et à accepter sa présence auprès de lui dans ses tâches de soignant. Il s'agit donc de savoir préserver la qualité de la relation établie. De telles demandes,

d'autre part, peuvent aussi se lire comme une forme de mise à l'épreuve du chercheur : jusqu'où est-il capable d'aller pour se faire accepter par l'équipe soignante et s'immerger dans le quotidien de ses activités ? Demande dès lors ambivalente parce qu'elle n'appelle pas nécessairement, du point de vue du soignant, une réponse positive : c'est la justification que le chercheur donnera à son refus qui sera interprétée, si l'on admet naturellement que la déontologie du soignant l'amènerait à s'offusquer de la décision du chercheur le « prenant au mot » et acceptant de faire une piqûre...

C'est donc tout à la fois la nature de l'implication du chercheur et l'image médicale de l'anthropologie qui se trouvent ici interrogées. En d'autres termes, ces moments de la pratique de l'anthropologie sont à double titre des expériences de la limite : limite *effective* que le chercheur pose à son implication dans la vie d'une équipe soignante et limite *perçue* par le soignant de la démarche de l'anthropologue.

Avant de nous pencher plus en détail sur les pratiques de ces soignants confrontés à la tuberculose et au paludisme, nous allons nous arrêter sur quelques expressions du savoir produit par la santé publique et que les professionnels s'approprient. Savoir qui a pour objet les actions de prévention, telles qu'elles sont représentées par la presse ou effectivement exprimées par les professionnels de la santé.

DES ACTIONS DE PRÉVENTION RAREMENT INTERROGÉES ET ENGLOBANTES

S'agissant dans un premier temps de la presse écrite quotidienne, on constate que les actions du système de santé en matière de prévention sont rarement mises en question, les journalistes ne discutant ni de leur pertinence ni de leur efficacité. Les articles fondés sur des investigations « de terrain », éventuellement susceptibles de leur faire côtoyer les limites des actions dans le domaine de la prévention (le faible usage de la moustiquaire imprégnée pour prévenir le paludisme, les problèmes d'hygiène en ville...) demeurent des exceptions : de même, ne sont guère interprétées les données statistiques globales laissant apparaître la permanence de pathologies évitables, et qui devraient, par conséquent, conduire à s'interroger sur l'efficacité des actions de prévention. En revanche, englobées dans un tout indistinct, les « populations » ne sont pas l'objet de la même indifférence critique, leur « ignorance », leur « analphabétisme » et plus largement leurs « comportements » sont en effet désignés comme la source des difficiles progrès de la prévention. Cela, notons-le, dans des contextes linguistiques où le wolof au Sénégal et le français en Côte-d'Ivoire sont des langues de communication pour toutes les activités sociales et quotidiennes, et naturellement

dans les échanges entre soignants et malades : l'« analphabétisme » n'empêche donc pas les échanges, la délivrance de conseils. On ne peut, dès lors, s'empêcher d'en déduire qu'il y a là un prétexte rhétorique des soignants dans la mise en cause de l'analphabétisme des malades, leur évitant de réfléchir au type de dialogue qu'ils instaurent, aux mots et au ton qu'ils emploient. Ce faible regard critique nous a conduits à nous interroger sur ce qui fait le travail du journaliste (par exemple, quelle autonomie a-t-il vis-à-vis des « décideurs » ?), en général, et du journaliste spécialisé sur les questions de santé, en particulier.

Autre formulation de cette interrogation, l'objet « santé » possède-t-il des caractéristiques qui empêchent la critique et la prise de distance, si l'on sait par ailleurs que – sur d'autres questions que la santé – les presses sénégalaise et ivoirienne exercent leur pouvoir de critique et de contestation ? Pour avancer dans la compréhension des spécificités du traitement journalistique des questions de santé, nous avons réalisé des séries d'entretiens tant avec ces professionnels qu'avec les responsables de communication des agences onusiennes intervenant dans le champ de la santé. Apparaît alors une forme de connivence entre journalistes et chargés de communication : ces derniers forment les journalistes lors de séminaires spécialisés (sur le dépistage du VIH ou la prévention de la transmission mère-enfant, sur la santé maternelle...) et les invitent à des réunions entièrement prises en charge par l'agence en question : une forme de dépendance, de dette, se crée alors entre l'hôte et l'invité, ne facilitant bien évidemment pas l'expression de critiques lors de la rédaction des articles. De telles entorses à cette règle tacite de collaboration entre journalistes et agences créeraient une rupture et priveraient les premiers des informations des secondes, cantonnant de fait les journalistes dans un rôle passif de « passeurs d'informations ».

Aussi bien dans les articles de presse que dans les actions de prévention à destination des « jeunes », on observe une ignorance des spécificités de l'individu et des contextes de vie des collectifs de personnes appelés « populations » : situation qui débouche sur de vastes et vagues catégorisations. Tant à Abidjan qu'à Dakar on parlera de « jeunes », de « femmes », de « travailleurs », de « commerçants », alors que ces catégories recouvrent des expériences individuelles et des situations de vie extrêmement diverses. Cette même tendance à la généralisation qui empêche de comprendre les ressorts profonds des comportements se retrouve dans le discours de santé publique produit par les instances internationales et nationales¹.

1. Phénomène aussi observable dans le cas du sida (Vidal, 1996 et 2001).

Lorsqu'il est question, de façon régulière et répétée, de « lutte » ou de « sensibilisation », on dispose en réalité de peu d'informations sur le contenu de l'une et la signification de l'autre. Une même standardisation floue, voire même biaisée, du discours, existe autour du traitement de la tuberculose. Rappelons que l'OMS préconise depuis plusieurs années un ensemble de mesures (connues sous l'acronyme de DOTS¹) visant à améliorer la prise en charge de cette maladie.

Un des cinq points de cette stratégie est donc la prise supervisée du traitement antituberculeux, par un professionnel de santé ou un proche du malade, durant les premières semaines du traitement (le TDO). Le Sénégal a adopté le TDO mais ne l'a qu'en partie mis en œuvre : nos observations de terrains confirment en ce sens les constats du ministère de la Santé et du dernier rapport de l'OMS sur la tuberculose, classant ce pays, avec le Cap-Vert, parmi ceux du continent où le traitement directement observé n'est effectif que dans « certains sites » (dans deux pays, l'Afrique du Sud et l'Ouganda, le TDO n'est pas du tout effectif) (WHO, 2005).

Non seulement adopter n'est donc pas appliquer, mais il existe des modalités d'application variables au sein d'un même système de santé. D'un centre de santé à l'autre se repèrent, en effet, des engagements différents dans la prise supervisée des traitements de la tuberculose : comme cela est recommandé, elle peut être effectuée durant les deux premiers mois par un professionnel de santé au sein de la structure, mais elle peut aussi se dérouler en dehors de la structure, par un proche du malade, voire même pour une durée plus courte. Par ailleurs, ces cas de figure ne caractérisent pas un type de structure en particulier : dans un même lieu le traitement d'un malade peut être supervisé par un soignant puis par un proche, ou uniquement par un professionnel. Nous avons là autant de particularités que les présentations généralisantes des politiques de santé proposées par les textes, mais aussi par les professionnels rencontrés ne permettent pas de percevoir, sur le terrain effectif de la déli-

1. Depuis 1994, le Sénégal a officiellement adopté la stratégie DOTS (*Directly observed-treatment short-course*) qui comporte cinq éléments considérés comme essentiels dans la lutte mondiale contre la tuberculose : 1 / l'engagement politique ; 2 / le dépistage des cas par l'examen microscopique des frottis de crachats de toute personne venant consulter pour une toux persistante ; 3 / l'application d'une chimiothérapie standardisée de courte durée, dans des conditions optimales de prise en charge du malade qui comprennent la surveillance directe du traitement : c'est le TDO, « traitement directement observé » (DOT en anglais) ; 4 / un approvisionnement régulier en médicaments ; 5 / un système standardisé d'enregistrement et de notification permettant une évaluation des résultats du traitement pour chaque malade ainsi que du programme de lutte antituberculeuse dans son ensemble. Pour une histoire du choix et de la promotion de cette stratégie par l'OMS, on lira utilement Ogden *et al.*, 2003.

vance des soins. Pratiques variées qu'il est alors nécessaire de situer au regard de directives, de normes de prises en charge qui sont, par définition, en nombre limité.

DES NORMES DE PRISE EN CHARGE NÉGOCIÉES

Compte tenu de la variété et de la complexité des traitements disponibles, en particulier pour le traitement du paludisme, nous nous sommes penchés sur les pratiques diagnostiques et thérapeutiques en essayant de comprendre dans quelle mesure les normes édictées par les programmes nationaux sont respectées. Plutôt que d'effectuer une comptabilité des soignants respectant ou ne respectant pas ces consignes, nous avons voulu décrire les pratiques qui s'éloignent de ces directives et en comprendre les ressorts. Deux phénomènes majeurs nous ont alors permis de caractériser ces comportements : l'expérience et la négociation. Tout d'abord, l'imposition puis le respect des normes peut aller à l'encontre du principe d'expérience auquel tiennent les soignants (en particulier les médecins) : pour résumer, ils estiment savoir ce qui est « bon » pour le malade, et n'ont pas besoin de se voir guider dans leur démarche par le niveau supérieur, alors qu'ils sont quotidiennement au contact des malades. Certains expriment alors des exigences quelque peu contradictoires : ils sont disposés à respecter les normes tout en voulant préserver leur liberté de prescription, associant celle-ci à un droit fondamental du médecin. Cela a pour conséquence des attitudes de compromis, de négociation de ces normes, plus ou moins accentuées.

Ainsi les visiteurs médicaux peuvent inciter les prescripteurs à s'éloigner des recommandations de traitement officielles, en promouvant des médicaments qui ne sont pas ceux recommandés par le ministère de la Santé (par exemple, des spécialités au lieu de génériques, mais il peut aussi s'agir de molécules différentes). Autre situation, une plus forte personnalisation des relations soignant/malade peut s'accompagner d'une plus grande liberté prise avec ce qui est demandé dans les directives nationales, le traitement se trouvant personnalisé notamment en fonction des capacités financières du malade. Gestes qui s'inscrivent, ne l'oublions pas, dans des contextes de faiblesse des ressources financières de la majorité des familles consultant dans le secteur public de la santé. Enfin, les personnels de santé, en particulier les non-médecins, évoquent leur manque de motivation pour respecter les consignes de prises en charge émises par les programmes de lutte contre le paludisme (PNLP) ou la tuberculose (PNLT) qui, de leur point de vue, ne

leur permettent pas d'avancer dans leur carrière, alors même que les PNLP et PNLT sont perçus comme étant financièrement bien dotés (les personnels de santé savent en effet que ces programmes reçoivent de fortes aides de la coopération bilatérale – par exemple la Norvège dans le cas de la tuberculose au Sénégal – ou le plus souvent internationale – Banque mondiale, agences onusiennes, Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme...).

On observe donc un processus de construction de stratégies individuelles de valorisation d'une légitimité. L'expérience joue ici un rôle déterminant car elle confère une légitimité aux écarts, elle fonde une réinterprétation des normes. De même, les normes sont parfois perçues comme une enveloppe rigide qui entre en conflit avec leur créativité de professionnels : « Je connais les directives mais je me donne la responsabilité de les penser dans mon environnement local » (propos d'un médecin). Cette négociation engagée par les professionnels traduit la volonté d'un dialogue entre acteurs de terrain et faiseurs de directives, jugés autant éloignés de leurs préoccupations de soignants qu'ignorants de leurs « savoir-faire », de leur expérience des soins. Finalement, les écarts aux normes sont des essais d'adaptation aux conditions réelles de vie des malades qui peuvent signifier, dans le même temps, un déficit d'information dans un contexte de relâchement de la supervision (le « monitoring » cher à la santé publique) comme modalité d'accompagnement des professionnels. Situation qui prend une forme particulière dans des activités de soins partie prenante de programmes verticaux consacrés à une pathologie, largement institutionnalisés en Afrique (en matière de tuberculose, de paludisme, mais aussi de sida) et qui, précisément, valorise la directive, le conseil et la recommandation venus d'« en haut ».

Si les normes se trouvent travaillées dans l'exercice pratique de la médecine, elles doivent théoriquement, lors des formations que suivent les professionnels, se diffuser dans les équipes soignantes et s'ancrer dans les pratiques individuelles.

LES DÉCALAGES ENTRE LES DEMANDES ET LES OFFRES DE FORMATION

On perçoit de plus en plus un hiatus entre les types de formations demandées par les professionnels et leurs besoins réels pour leurs activités quotidiennes. Cet écart entre les souhaits individuels et les besoins réels du service est accentué par les interventions des laboratoires pharmaceutiques et des visiteurs médicaux qui proposent parfois des formations qui ne sont pas prioritaires si l'on veut

améliorer la pratique du professionnel : c'est le cas de formations sur la prise en charge du VIH, et parmi elle la transmission mère-enfant, qui – dans des zones de faible prévalence comme au Sénégal – peuvent apparaître non pas comme inutiles, mais plus exactement d'une moindre nécessité qu'une bonne maîtrise des protocoles de traitement du paludisme ou de prise en charge des soins obstétricaux d'urgence.

Prenons concrètement l'exemple de l'examen radiologique dans le diagnostic de la tuberculose. Les directives nationales – tant au Sénégal qu'en Côte-d'Ivoire – ne préconisent la radiographie pulmonaire qu'en complément de l'examen de crachat pour diagnostiquer ou suivre l'évolution de la tuberculose. Or, dans les faits, les professionnels valorisent fortement la radiographie comme outil de diagnostic, qui – estiment-ils – permet de visualiser l'atteinte pulmonaire : un même attrait pour la visualisation du mal se retrouve chez les malades, qui regrettent de s'en trouver privés lorsqu'ils subissent comme seul examen celui de leurs crachats. Les techniciens de laboratoire demandent donc des formations au maniement des appareils de radiologie et à la lecture des images... Demandes difficilement satisfaites puisque la politique nationale relègue cet outil à une simple fonction de confirmation d'un diagnostic avant tout bactériologique de la tuberculose. On pourrait en déduire qu'en l'occurrence, ces demandes de formation à l'utilisation de la radiographie des soignants ne sont pas légitimes, et par conséquent justement rejetées. Ce serait là néanmoins ignorer les situations réelles de pratiques des soignants qui, de fait, utilisent cet examen, sans pour autant bien entendu ignorer l'examen de crachat.

Ajoutons à ce constat celui d'un usage parfois dangereux de la radiographie : des observations effectuées dans des centres de santé dakarois ont révélé des expositions aux rayons de la radiographie aussi bien du technicien de laboratoire qui ne porte pas son tablier de plomb que du malade ou de ses proches, présents à ses côtés dans la salle de radiographie, mais non protégés des rayons (Werner, 2005). Aussi, les formations à un usage correct de la radiographie seraient ici pertinentes : nous avons là une autre forme de décalages entre des demandes de formation certes infondées ou non prioritaires, si l'on s'en tient à la lettre des normes de prise en charge de la tuberculose, mais cependant nécessaires quand on se réfère aux pratiques effectives des professionnels.

Au-delà du seul cas de la tuberculose, la quête de formations, qu'elles soient ou non adaptées aux exigences du métier exercé, est aussi le lieu de tensions, voire de conflits, au sein des équipes soignantes, compte tenu des revenus qu'elles génèrent. Les profes-

sionnels sont rémunérés, sous forme de *perdiems*, pour participer à ces formations¹, ce qui occasionne des conflits entre professeurs et assistants ou internes, entre médecin-chef et médecin ou infirmier, les uns reprochant à leurs supérieurs de s'accaparer les formations. Avec une récrimination qui n'est pas uniquement financière : les collègues des soignants ayant suivi des formations critiquent leur refus de partager avec eux, à leur retour, les informations obtenues et les connaissances acquises. Plainte qui visera, dans le cas de figure le plus emblématique, le professeur, chef d'un service hospitalier, rarement présent au sein de ses équipes et critiqué pour s'occuper préférentiellement de sa clientèle privée et pour « courir » les formations et colloques, sans nécessairement rendre compte à ses collègues des informations obtenues dans ces forums scientifiques.

L'exemple de la radiographie le montre, une des justifications pratiques des formations réside dans la maîtrise technique du risque : maîtrise qui doit toutefois composer avec des sentiments d'exposition.

SOUS-ESTIMATIONS ET SURESTIMATIONS DES RISQUES

Précisément, dans leur rapport aux risques, les professionnels font état de comportements nuancés et hétérogènes. Nous avons ainsi noté la difficulté, pour les soignants, d'avoir une juste mesure du risque. Plus exactement, dans les laboratoires, les salles de traitement ou d'hospitalisation, les soignants tantôt exagèrent le risque de contracter la maladie, tantôt, au contraire, le minimisent largement. Dans le premier cas, les soignants ont en fait davantage peur du malade que de la maladie, ce qui les conduit à prendre des mesures disproportionnées au regard du risque infectieux. Cela peut aller jusqu'à des attitudes d'évitement du malade tuberculeux ou de confinement dans des espaces réservés, y compris lorsque le malade n'est objectivement plus contagieux.

Parallèlement à ces comportements, nous avons côtoyé, notamment dans les laboratoires chargés du dépistage du bacille de la tuberculose, des personnels qui exercent leur activité avec un véri-

1. Il existe en Afrique une véritable tradition de santé publique, dont on pourrait retrouver les germes dans les politiques sanitaires coloniales, de rétribution – au moyen donc de *perdiems* – de professionnels invités à améliorer leur formation. Un autre « marché » est celui des formateurs, qui eux sont payés pour transmettre un savoir, et par conséquent à des taux plus élevés que leurs « élèves » et accessoirement confrères.

table sentiment d'immunité. Ils estiment que cette immunité s'est développée suite à une longue fréquentation et proximité avec les malades, ce qui a pour conséquence la non-utilisation des mesures de protection élémentaires. Plusieurs pistes d'explications peuvent être explorées. Contentons-nous de celle qui considère que la connaissance préalable des facteurs de risque ne suffit pas à éviter aux professionnels évoluant dans un milieu peu prévenant de tomber dans le piège de la banalisation des risques. Renvoyant cela à l'analyse du calcul des risques faite par R. Sainsaulieu (1998), les professionnels de santé dont nous avons observé les pratiques ont besoin que leur connaissance des risques soit activée assez régulièrement au sein de groupes d'échanges entre professionnels pour qu'ils intègrent au quotidien les mesures de précaution idoines. Cela signifie que la routinisation¹ conduit les plus consciencieux des professionnels de santé à se laisser emporter par l'élan à agir les mains nues (ou sans masque ou tablier de protection), confirmant ici que la présomption d'efficacité comportementale n'est pas gage de pratiques quotidiennes sécurisées.

LES ÉVOLUTIONS DES RELATIONS
ENTRE SOIGNANTS ET SOIGNÉS :
DE LA DIRECTIVITÉ À L'AMORCE DE NÉGOCIATION

Restons dans l'espace des pratiques de prise en charge de la tuberculose pour nous pencher sur la nature des relations entre professionnels et malades : il nous est apparu qu'il était nécessaire de nuancer les appréciations exclusivement négatives que l'on a l'habitude de proposer s'agissant de l'Afrique (le soignant ne prend pas le temps d'écouter le malade qui attend longtemps avant d'être reçu tout en étant victime de racket et, en général, d'un mauvais accueil : Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Sans bien entendu remettre en cause ces constats, que nous avons aussi étayés (Vidal *et al.*, 2005), il nous paraît nécessaire de ne pas résumer les relations entre soignants et soignés à l'occultation de la souffrance et des attentes des malades ; inversement, il serait réducteur d'estimer que

1. La routinisation est définie par A. Giddens comme étant le « caractère habituel, tenu pour acquis, de la vaste majorité des activités qu'accomplissent les agents dans la vie sociale de tous les jours. Des styles coutumiers et des formes de conduite usuelles qui servent d'appui à un sentiment de sécurité ontologique qui, en retour, favorise ces styles et ces formes de conduite ». « Sécurité ontologique » elle-même définie par la « confiance que les mondes naturel et social sont tels qu'ils paraissent être, y compris les paramètres existentiels de base du soi et de l'identité sociale » (1987, p. 443).

la durée de la prise en charge de la tuberculose débouche toujours et définitivement sur une forte empathie entre les uns et les autres. Néanmoins, on voit nettement, au fil des semaines et des rendez-vous, que les professionnels (médecins, infirmiers mais aussi techniciens de laboratoire) sont progressivement amenés à prendre le temps de mieux comprendre les conditions de vie et les attentes des malades : certains prendront l'initiative de téléphoner au patient en cas de retard à un rendez-vous, ou encore se rendre à son domicile.

La prise supervisée du traitement (TDO) introduit de fait le recours à une personne de soutien, un médiateur dont le rôle est de faciliter le suivi convenable du traitement. Ce rôle de mise en confiance devient essentiel pour fidéliser, pour s'assurer de la prise de médicaments selon une périodicité précise, pour inciter le malade à subir les examens de contrôle à temps et, le cas échéant, pour approvisionner le malade afin d'éviter les ruptures éventuelles de traitement. Nous pouvons, à cet égard, distinguer un style fondé sur la mise en confiance du patient qui diffère d'un autre style basé sur le commandement. Un traitement sera accepté et convenablement pris lorsque le malade est convaincu de guérir, rassuré par la qualité de l'offre de services et soutenu par des interlocuteurs soucieux d'humaniser leurs liens. Même si on observe, dans la vie en société, un effritement des liens sociaux, il reste évident que la vie de groupe facilite les mécanismes de « coveillance », les formes de médiation, les modes de réseaux de soutien. Mais l'existence de ces modes relationnels n'est pas suffisante pour garantir leur efficacité. Dans le cadre de la prise supervisée du traitement antituberculeux, on sait que certaines interactions reviennent à privilégier la reproduction de normes et la reconduction des rapports hiérarchiques, donc une approche de commandement. Or, ce style entérine les distances et ne facilite pas la confiance, alors qu'on peut lui substituer une approche où les relations sont des choix : elles laissent de la place à des rapports négociés où le soutien est possible dans une démarche patiente, fondée sur la persuasion, le comportement d'aide et un intérêt commun. En somme, soit l'on se situe dans le commandement et l'application absolue de normes, soit on favorise la négociation qui suppose que l'on développe de la persuasion et du soutien.

Lorsque, dans le premier cas, sont mobilisées directivité et autorité, la personne susceptible d'apporter un soutien a tendance à progressivement surestimer son rôle en créant de la dépendance et en déresponsabilisant l'intéressé sans le vouloir. De plus, les contraintes pratiques de la vérification et du contrôle sont nombreuses. Ce mode rend la présence du soignant qui dirige nécessaire : il est en effet difficile de prétendre contrôler sans être présent, qu'il

s'agisse de contrôler le travail des autres soignants ou, bien sûr, de contrôler les démarches des patients, et en particulier la prise de médicaments. Cette présence interdit la délégation, et peut être donc difficile à assurer de façon systématique. Elle oblige le soignant à imposer son autorité : il s'agit d'amener autrui à adopter tel ou tel comportement, ce qui ne peut se faire sans affirmation de son autorité de soignant ou son autorité hiérarchique. Or tous les soignants n'ont pas une autorité « naturelle » et, plus généralement, sont-ils formés à exercer leur autorité ? On pourrait certes le dire des professeurs de médecine et de certains médecins – les études médicales inculquant très tôt le sens de la hiérarchie et de ses attributs (diriger et obéir)¹ : cela étant, nous savons que la médecine, ou plus exactement la délivrance de soins, notamment en Afrique, est loin d'être l'apanage des médecins, nombre d'autres « acteurs », professionnels ou non, intervenant dans ce processus. Par ailleurs, lorsque le soignant veut justifier vis-à-vis du patient la démarche de contrôle, il peut être amené à faire état de directives, de règlements. Or ceux-ci ne sont pas forcément contraignants dans la mesure où leur non-respect n'entraîne pas nécessairement de sanction et, par ailleurs, ils peuvent changer.

Si l'on considère maintenant les démarches mettant en avant un principe de négociation, le malade exprime des attentes vis-à-vis des soignants et du médiateur. Il sollicite quotidiennement le responsable de traitement afin de pouvoir accéder aux soins et aux comprimés. Cependant, puisque le TDO lui donne la possibilité d'inclure une tierce personne, en l'occurrence un médiateur, dans la prise en charge quotidienne de sa maladie, le malade doit être en mesure de décliner ses attentes vis-à-vis de ce dernier. En principe, donc, il ne se met pas dans une position d'« assisté », il a la possibilité de choisir son superviseur. Dès lors, le médiateur doit être capable de proposer au malade une offre de soutien adéquate, de même que les personnels de santé qui s'appuient généralement sur les normes et recommandations médicales pour assurer une offre de soins de qualité aux malades (de l'unité de traitement à la consultation et au laboratoire). À tous les niveaux de gestion de la tuberculose, l'offre de soins et l'offre de soutien doivent donc reposer sur des caractéristiques centrales de la négociation, parmi lesquelles : la persuasion qui est la capacité du médiateur ou du soignant à convaincre le patient d'adhérer au traitement ; la « proactivité », c'est-à-dire la décision d'adhérer au traitement, qui

1. Ce que montre une étude préliminaire réalisée par L. Vidal auprès d'étudiants en médecine à Dakar qui font état de leur confrontation à la hiérarchie hospitalière dès leurs premiers stages, en 2^e année puis en 3^e année.

découle de la responsabilité et de l'initiative personnelle du patient ; le comportement d'aide qui consiste à favoriser chez le patient, par des gestes banals et affectifs, l'intérêt à suivre correctement son traitement.

Dans une démarche négociée, le médiateur ou le personnel de santé est par ailleurs amené à mettre à contribution d'anciens malades pour convaincre et rassurer les nouveaux patients de l'efficacité thérapeutique du traitement : dans les unités de traitement de la tuberculose, nous voyons ainsi d'anciens malades n'hésitant pas à vanter les mérites du traitement, à dire l'importance de créer une relation de proximité avec le responsable de traitement en partant de leur propre expérience. L'accompagnement consiste à convaincre le malade à prendre ses médicaments soit devant le médiateur, soit devant le personnel de santé, sans pour autant qu'il se sente contrôlé. C'est le lieu de souligner ici les limites mais aussi l'ambiguïté du TDO. D'une part, la prise de médicaments dans le cadre du TDO suppose une présence quotidienne du malade dans le centre de santé. Elle implique de ce fait un investissement économique pour accéder au centre de traitement qui peut s'avérer difficile à tenir (ce sera la fameuse absence d'« argent du transport ») avec l'arrêt des activités dû au mauvais état de santé : nous avons là un signe explicite de la fragilité des économies familiales dans nombre de contextes urbains en Afrique, où le tarissement des revenus de l'homme chef de ménage ne peut être compensé par les activités de la femme, quand bien même celles-ci prennent de l'ampleur (au point de donner forme à un statut social et économique de « femme chef de ménage »). D'autre part, tout en réhabilitant la vie relationnelle dans la prise du traitement, le TDO enlève au malade la responsabilité de l'assiduité et du respect du protocole thérapeutique. Sous couvert d'un meilleur soutien, se réintroduisent malgré tout des pratiques de contrôle par les soignants et l'entourage familial ou professionnel du malade.

DES SIGNES DE DÉPROFESSIONNALISATION...

La large pénétration des structures de santé par des non-professionnels est un phénomène attesté en Afrique. Nous en avons étudié les formes et les conséquences au Sénégal comme en Côte-d'Ivoire, au premier rang desquelles la délégation des tâches des professionnels « en titre » aux non-professionnels ou aux professionnels non formés à cet effet. Une série d'inconvénients découlent de cette situation : il y a un risque de confusion des tâches, chez les personnels de santé mais aussi de la part des malades. À tel point que le professionnel qui a délégué ses tâches à autrui dans la structure

perd peu à peu son identité, puisque ce qui la caractérisait est maintenant approprié par d'autres. Situation qui amoindrit fortement l'avantage évoqué pour déléguer : avoir plus de temps libre, pour mener d'autres activités, y compris en dehors du service. À force de déléguer à l'échelon inférieur des tâches courantes, les professionnels qualifiés se trouvent débordés et finissent par dissoudre les limites d'exercice de leurs professions. Cette délégation des tâches conduit à un exercice bâclé, voire sommaire des procédures qui fondent les métiers dans le sens de l'effritement de l'art, d'un manque de précision et du non-intérêt pour la finesse. La prise de risque est adjacente à cet empirisme débridé qui décrit les prémisses d'une « culture de service » confondant métiers et occupations circonstanciels. De plus, dans le processus de délégation, les soignants effectuant réellement les tâches ne sont pas supervisés par les titulaires officiels des fonctions et l'on constate finalement un délaissement des activités les moins valorisées et gratifiantes.

Sous ce rapport, la routinisation prépare le lit à la perte d'identité professionnelle, alors que les reconversions qu'elle entraîne n'explicitent pas l'affirmation de nouveaux métiers. Cela alors que les occupations émergentes dans les structures sanitaires sont – elles aussi – tenues par des non-professionnels ou des professionnels non formés aux fonctions qu'ils exercent. Les bénévoles, comme on les appelle, s'insèrent dans les structures sanitaires pour combler des vides inhérents aux refus de recrutement de professionnels édictés par près d'un quart de siècle de plans d'ajustement structurel. Lorsque ces bénévoles continuent de poser des actes médicaux en lieu et place des professionnels, ils contribuent à décrédibiliser les métiers de la santé, enlèvent à ces métiers leurs finesses, voire leurs symboles, et exposent les malades à davantage de risques. Les raisons fonctionnelles l'emportent sur la qualité des prestations.

Dans certains cas, la reconversion des bénévoles dans la fonction d'accueil et d'orientation en structures hospitalières peut, au premier abord, sembler utile dans la mesure où nombre d'observations font état de la difficulté des malades à trouver leur chemin, à obtenir des informations précises sur le parcours à suivre dans la structure. Mais, dans le même temps, cette reconversion tend à asseoir des pratiques plus insidieuses de corruption en raison de la connaissance antérieure du milieu qu'avait ce personnel. Ce type de reconversion ouvre la voie à ce que C. Paradeise appelle « un marché du travail fermé » défini comme des « espaces sociaux où l'allocation de la force de travail aux emplois est subordonnée à des règles impersonnelles de recrutement et de promotion » (1984, p. 352). Le marché de travail fermé favorise le clientélisme et l'accaparement des res-

sources illicites entre les mains de groupes qui revendiquent la légitimité de l'ancienneté et la proximité sociale avec ceux qui les ont introduites subrepticement dans l'organisation (Dubar et Tripier, 1998).

... AUX INDICES D'UNE CULTURE ORGANISATIONNELLE

Selon la théorie de la rationalisation de l'action mise au point par A. Giddens (1987), qui nous semble ici transposable aux situations urbaines africaines décrites, certains acteurs développent des capacités à décrire les fondements de leurs actions au moment de l'action même. C'est ainsi que l'on peut entendre des médecins préciser la logique d'action qui met en relief un positionnement singulier dans l'ordre organisationnel pour tirer son épingle du jeu : « Plus on s'éloigne des malades, plus on s'enrichit », remarque un médecin sénégalais. Selon ces mots, administrer et gérer (confectionner les statistiques sanitaires, participer ou donner des formations, évaluer et suivre d'autres soignants ou gérer des ressources) sont des niches plus gratifiantes que l'exercice d'actes médicaux. Un des tenants de la théorie de la rationalité limitée, E. Friedberg, invite à « accepter une vision moins intentionnelle et linéaire de l'action humaine. Celle-ci ne se résume pas dans les objectifs que se donne – ou que croit poursuivre un individu. Elle laisse aussi la place à des coïncidences, au hasard comme à la découverte » (1997, p. 60). La routine tend à absorber l'espace d'innovation et de créativité propre aux professions alors qu'elle pouvait bien mieux refléter davantage de maîtrise d'actes posés au quotidien et donc servir de rampe à plus de dépassement, de dextérité et de finesses impulsées par cette habitude normée à agir.

C'est donc moins la citoyenneté des professionnels de santé – certes, se délitant – qui est en cause que la culture organisationnelle qui s'empare des institutions de santé ou qui se trouve générée dans son espace, tout en les submergeant de facteurs de dysfonctionnement et de rupture avec les traits identitaires constitutifs des professions en question. Ainsi que le montre R. Sainsaulieu (1998), l'expérience du travail refaçonne les identités professionnelles. De telles réactions prospèrent cependant comme pour corroborer les individualismes qui émergent, situant les enjeux de la santé au cœur même de la compétition pour le contrôle des ressources au sein des sociétés urbaines en général : processus générateurs de phénomènes d'individualisation, bien décrits dans les villes africaines, notamment Abidjan et Dakar où nous avons travaillé (Marie, 1998 ; Leimdorfer et Marie, 2003). Dans d'autres contextes, E. Freidson évoque ce

malaise identitaire des soignants en Occident lorsqu'il explique comment la routinisation au sein de l'espace de santé se traduit par une perte de repères, de sorte que les soignants oublient leur raison d'être, celle d'aider à guérir.

Au total, la saturation des professionnels de santé assaillis de toutes parts par tant d'occupations, leur déficit d'estime de soi qui s'installe à mesure que se déroule leur carrière, le mode de gestion peu efficient des structures sanitaires, l'influence des réseaux clientélistes qui se densifient après avoir étalé leurs connexions qui transgressent bien des barrières, sont autant de manifestations d'une culture organisationnelle qu'il convient d'interroger. Les aspects managériaux des structures de santé ne sont pas non plus sans incidence sur les rapports entre soignants et soignés (Fall, 2003). Spécificités de cette culture institutionnalisée qui concourt alors à l'improvisation des comportements et conduites sociaux des professionnels, et explique nombre de pratiques, comme les délégations des tâches.

POUR UNE ÉTUDE DES RESSORTS DE LA CULTURE SOIGNANTE

Au terme de ce parcours dans les activités des soignants en milieux urbains africains, nous souhaiterions poser le cadre d'une lecture générale de l'évolution de ces pratiques, et ouvrir trois espaces de réflexion parmi d'autres. Nous exprimerons le premier en suggérant l'idée que, dans les structures de santé, opère une relégation au second point des fonctions, des caractéristiques et des enjeux des professions médicales au bénéfice de pratiques et de représentations de son activité et de l'« autre » (malade, accompagnant, collègue), qui dessinent les contours d'une culture où – pour reprendre les termes forts anciens de la définition originelle de E. B. Tylor – se cristallisent des « savoirs », des « croyances », des « coutumes » et des « mœurs » (1876). Les uns et les autres supplantent progressivement les références à un statut, à une formation académique et à une évaluation par les pairs.

Ce cadre général de lecture appelle néanmoins deux précisions essentielles. Tout d'abord, les références à un socle professionnel ne disparaissent pas totalement, en témoigne l'affirmation de positions hiérarchiques pour exiger du subalterne telle ou telle activité. Mais on est là dans des registres de mise en scène de la profession qui ont tôt fait d'être lissés par les pratiques quotidiennes, notamment les procédures de recherche de la négociation tout autant que de production de conflits et de tensions engagés avec ces mêmes collègues, et avec les malades. En second lieu, le renvoi à la définition tylo-

rienne de la culture – régulièrement qualifiée de « canonique » (Izard, 1991, p. 190 ; Alber, 2002, p. 35) – vaut pour ce qu'elle reste, un *repère*, et ne nous semble aucunement incompatible avec des approches dynamiques du culturel (Amselle, 2001). À cet égard, nous estimons que si la délivrance de soins et les discours en rendant compte fondent une culture, il s'agit avant tout là d'une culture qui possède de larges points de « branchements » – pour reprendre le mot de J.-L. Amselle – avec, par exemple, une culture du service public ou une culture de la santé publique (Dozon et Fassin, 2001).

Pour appréhender cette culture soignante, il convient dans un premier temps de diversifier les sources d'information, notamment écrites. À celles déjà exploitées, nous pensons indispensable d'ajouter les dépouillements de thèses de sciences et de mémoires de santé publique, soutenus dans les universités africaines, ou portant sur l'Afrique. Par ailleurs, l'accès aux documents internes d'agences de développement (procès-verbaux de réunions, projets d'intervention) fournirait de précieuses indications non pas tant sur les actions effectivement menées dans le domaine de la santé (mesurables et observables par les enquêtes en structures effectuées) que sur les débats et décisions ayant jalonné leurs conceptions. Nous avons là autant de données nécessaires pour comprendre comment se construisent les décisions et les actions en santé.

Un autre éclairage des liens entre un savoir produit (à quelque niveau que ce soit : ministériel, international ou universitaire) et des actions réelles peut être obtenu en se penchant sur les formations académiques des professionnels de santé. Ce sera là notre seconde proposition. L'idée est ici de comprendre les attentes des étudiants au début de leurs formations, les images qu'ils ont de leur futur métier et comment les unes et les autres évoluent au fil des études, et au contact de la réalité du travail dans une structure de santé. Ces années de formation universitaire sont très exactement celles d'une incorporation, inégalée par la suite, de connaissances et de gestes techniques : une anthropologie de la culture soignante ne peut éviter d'en faire un terrain privilégié¹.

Le troisième point de réflexion qu'appellent – pour conclure – les résultats de notre recherche concerne une évolution des pratiques des soignants ayant la responsabilité de structures de santé. Nous faisons ici référence aux demandes émanant des niveaux centraux des systèmes de santé (ministère, région médicale) pour collecter des

1. Ce qu'a entrepris l'africanisme anglophone (on se reportera, parmi d'autres, aux travaux de McLean, 2004 *a*, 2004 *b* et 2004 *c* ; Faponle, 2002 ; ou Dambisya, 2003), qui a produit bien plus d'études sur les formations médicales en Afrique que la recherche francophone (Bouziani et Mebtoul, 1997).

données chiffrées sur l'activité de leur structure. S'engage alors un travail de production de statistiques qui est, à son tour, à la charnière de la construction d'un savoir (celui de santé publique sur l'état sanitaire de la ville, de la région, du pays, par pathologie...) et de la pratique du soignant (ces activités demandent des compétences en épidémiologie et mobilisent du temps et des personnels)¹. D'ores et déjà, il nous est apparu que cet exercice révèle des enjeux de compétition entre structures et, en leur sein, entre acteurs. Autant de questions posées aux sciences sociales de la santé attentives aux expressions d'une culture soignante, dont nous avons souhaité ici poser les premiers jalons à partir de terrains urbains africains.

*Sociologue, Institut fondamental d'Afrique noire
Université Cheikh Anta Diop, Dakar
asfall@refer.sn.*

*Anthropologue, IRD (Acteurs et systèmes de santé en Afrique)
CEMAF, Université de Provence, Marseille
vidal@up.univ-mrs.fr.*

BIBLIOGRAPHIE

- Alber J.-L., Le concept anthropologique de culture, *Terra Cognita*, 2002, 1, p. 34-38.
- Amselle J.-L., *Branchements. Anthropologie de l'universalité des cultures*, Paris, Flammarion, 2001.
- Badaka M., Profession : médecin, *Afrique contemporaine*, 2000, 195, p. 250-258.
- Bado J.-P., *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Paris, Karthala, 1996.
- Bourque R. et Thuderoz C., *Sociologie de la négociation*, Paris, La Découverte-Syros, 2002.
- Bouziani M. et Mebtoul M., La formation médicale en Algérie : l'opinion des étudiants à la fin de leurs études, *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, 1997, 37, 2, p. 131-146.
- Chiffolleau S., Itinéraires médicaux en Égypte, *Revue Tiers Monde*, 1995, XXXVI, 143, p. 515-530.
- Christakis N. A., The ellipsis of prognosis in modern medical thought, *Social Science and Medicine*, 1997, 44, 3, p. 301-315.
- Cicourel A., Raisonement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1985, 60, p. 79-88.

1. B. Dujardin, dans ce domaine de la santé publique (2002) et plus systématiquement J.-D. Naudet (2000), mais dans le cadre d'une réflexion sur les politiques économiques, traitent de cette question.

- Dambisya Y., Career intentions of UNITRA medical students and their perceptions about the future, *Education for Health*, 2003, 16, 3, p. 286-297.
- De Cock K., Soro B., Coulibaly I. M. *et al.*, Tuberculosis and HIV infection in sub-saharan Africa, *Journal of American Medical Association*, 1992, 268, 12, p. 1581-1587.
- Delaunay K. et Vidal L., Le sujet de l'observance. L'expérience de l'accès aux traitements antirétroviraux de l'infection à VIH en Côte-d'Ivoire, *Sciences sociales et santé*, 2002, 20, 2, p. 5-29.
- Delaunay K., Faire de la santé un lieu pour l'histoire de l'Afrique : essai d'historiographie, *Outre-mer. Revue d'histoire*, 2005, 346-347, p. 7-46.
- Desclaux A., Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie au Burkina Faso, in C. Becker, J.-P. Dozon, C. Obbo et M. Touré (éd.), *Vivre et penser le sida en Afrique / Experiencing and understanding AIDS in Africa*, Paris, Karthala-Codesria-IRD, p. 541-557, 1999.
- Domergue-Cloarec F., *La santé en Côte-d'Ivoire (1905-1958)*, Toulouse, Académie des sciences de l'outre-mer, 1978.
- Dooso M., Bonard D., Msellati P. *et al.*, Primary resistance to antituberculosis drugs : A national survey conducted in Côte-d'Ivoire in 1995-1996. Ivorian study group on tuberculosis resistance, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, 3, 9, p. 805-809.
- Dozon J.-P. et Fassin D. (éd.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001.
- Dubar C. et Tripier P., *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 2003.
- Dujardin B., *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue*, Paris, Karthala - Éditions Charles Léopold Mayer, 2003.
- Fall A. S., Quel façonnement organisationnel des centres de santé en Afrique de l'Ouest ?, in Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan (éd.), *Une médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala, 2003, p. 217-236.
- Faponle A., Anaesthesia as a career - the influence of undergraduate education in a Nigerian Medical School, *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 2002, 9, 1, p. 11-12.
- Fassin D., *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000.
- Fay C. et Vidal L., *Face au sida, négociations sociales des risques en Côte-d'Ivoire et au Mali*, Paris, ANRS, Rapport multigr., 1999, 184 p.
- Freidberg E., *Le pouvoir et la règle. Dynamiques de l'action organisée*, Paris, Le Seuil, 1997.
- Freidson E., *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- Giddens A., *La constitution de la société. Éléments de la théorie de la structuration*, Paris, PUF, 1987.
- Gobatto I., *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan, 1999.
- Ilifé J., *East African Doctors*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
- Izard M., Culture, in P. Bonte et M. Izard (éd.), *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, PUF, 1991, p. 190-192.
- Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P. (éd.), *Une médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala, 2003.

- Jaffré Y. et Prual A., Le « corps des sages-femmes » entre identités professionnelles et sociales, *Sciences sociales et santé*, 1993, 10, 2, p. 63-90.
- Leimdorfer F. et Marie A., *L'Afrique des citoyens. Sociétés civiles en chantiers (Abidjan, Dakar)*, Paris, Karthala, 2003.
- Löwy I. (éd.), *Medicine and Change : Historical and Sociological Studies of Medical Innovation*, Paris, John Libbey Eurotext - Éditions INSERM, 1993.
- Marie A., Du sujet communautaire au sujet individuel. Une lecture anthropologique de la réalité africaine contemporaine, in A. Marie (éd.), *L'Afrique des individus*, Paris, Karthala, 1998, p. 53-110.
- McLean M., Sometimes we do get it right ! Early clinical contact is a rewarding experience, *Education for Health*, 2004 a, 17, 1, p. 42-52.
- McLean M., The choice of role models by students at a culturally diverse South African medical school, *Medical Teacher*, 2004 b, 26, 2, p. 133-141.
- McLean M., Is culture important in the choice of role model ? Experiences from a culturally diverse medical school, *Medical Teacher*, 2004 c, 26, 2, p. 142-149.
- Mebtoul M., *Une anthropologie de la proximité. Les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, L'Harmattan, 1994.
- Naudet J.-D., Les « guignols de l'info ». Réflexions sur la fragilité de l'information statistique, in J.-P. Jacob (éd.), *Sciences sociales et coopération en Afrique : les rendez-vous manqués*, Paris-Genève, PUF-IUED, 2000, p. 31-55.
- Ogden J., Walt G. et Lush L., The politics of « branding » in policy transfer : The case of DOTS for tuberculosis control, *Social Science & Medicine*, 2003, 57, p. 179-188.
- Paradeise C., La marine marchande française : un marché du travail fermé ?, *Revue française de sociologie*, 1984, 25, p. 352-375.
- Patton A., *Physicians, Colonial Racism, and Diaspora in West Africa*, Gainesville, University Press of Florida, 1996.
- Roenen C., Ferrinho P., Van Dormael M. et al., 1997, How African doctors make ends meet : An exploration, *Tropical Medicine and International Health*, 1997, 2, 2, p. 127-135.
- Rubbers B., *Devenir médecin en République démocratique du Congo. La trajectoire socioprofessionnelle des diplômés en médecine de l'Université de Lumumbashi*, Tervuren-Paris, Institut africain-CEDAF-L'Harmattan, 2003.
- Sainsaulieu R., *L'identité au travail*, Paris, Presses de la FNSP, 1977.
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B. et Wierner C., Le travail d'articulation, in A. Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 191-244.
- Trape J., The public health impact of chloroquine resistance in Africa, *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64, 1-2, p. 12-17.
- Tylor E. B., *La civilisation primitive*, Paris, Reinwald, 2 vol., 1876-1878.
- Vaughan M., *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*, Stanford, California, Stanford University Press, 1991.
- Vidal L., *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Paris, Anthropos-Economica, 1996.
- Vidal L., Le lien. De connaissances en pratiques, évaluer les risques du sida, in J.-P. Dozon et D. Fassin (éd.), *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 233-255.
- Vidal L., Fall A. S. et Gadou D. (éd.), *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan, 2005 a.

- Vidal L., Fall A. S. et Gadou D., Arguments et exigences d'une recherche sur les pratiques et savoirs de la santé, *in* L. Vidal, A. S. Fall et D. Gadou (éd.), *op. cit.*, 2005 *b*, p. 17-42.
- Werner J.-F., Radiographie et tuberculose au Sénégal : pratiques, croyances et imaginaires en question, *in* L. Vidal, A. S. Fall et D. Gadou (éd.), *op. cit.*, 2005, p. 257-299.
- WHO, *Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing*, WHO World report 2005, www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html.