

## «Services de santé : représentations extérieures et réalités»

Mots clés : Afrique, services publics, santé, personnels de santé, éthique

Au cours de cette première séance du séminaire « Le développement à l'épreuve des cultures et des religions », M. Yannick Jaffré, anthropologue, directeur de recherche au CNRS, a présenté son point de vue sur les représentations extérieures et les réalités des services publics de santé à partir de son expérience en Afrique de l'Ouest dans les domaines du développement et de la recherche anthropologique de la santé.

Cette séance a débuté par une brève présentation du Collège des Bernardins, institution du diocèse de Paris, par le P. Baudoin Roger, co-directeur du département «Economie, Homme, Société» au sein du Pôle de recherche de ce collège, son descriptif et son mode de fonctionnement. Il a insisté sur un des rôles essentiels reconnu au Collège : être un lieu de débat, de réflexion et de recherche avec la société civile sur les grandes questions qui animent le monde, dans un esprit de liberté confessionnelle mais avec une vision humaniste et raisonnée. Cette intervention fut suivie par celle de M. Alain Henry, directeur des Etudes et Recherches à l'Agence Française de Développement, partenaire du Collège pour ce séminaire de recherche. Il s'est déclaré convaincu de trouver aux Bernardins un lieu privilégié de liberté et de débat pour ce séminaire qui, au cours de dix-huit séances, étudiera la diversité des pratiques de développement avec les pays émergents, à travers les thèmes de la santé, l'éducation, l'économie, les crises et conflits, la gouvernance économique et politique dans un esprit de production et d'échange. Il permettra d'analyser les frontières et interactions entre les actions de développement et les dimensions culturelles, éthiques et religieuses des pays et des habitants.

### I. Intervention de M. Yannick Jaffré

En préambule à son exposé, M. Yannick Jaffré a rappelé que le rôle de l'anthropologue consiste à ancrer son propos dans des descriptions ou des observations et à chercher à repérer ce qui se joue non dans les ministères mais sur le terrain. Ses observations qui figurent dans son ouvrage intitulé «Une médecine inhospitalière» (Karthala) ont été réalisées au cours de longues périodes de présence sur le terrain, dans cinq capitales de l'ouest africain et dans trois services hospitaliers différents et qui font le constat des difficiles relations entre soignants et soignés.

A partir de deux exemples précis dans un service d'obstétrique et un service pédiatrique, il est constaté que le devoir de soulager la souffrance, de respecter la dignité de la personne, de ne pas imposer un pouvoir aux personnes les plus vulnérables, dimensions fondamentales de l'éthique et du serment d'Hippocrate ne sont pas toujours respectées.

Or rien dans la tradition locale ne peut rattacher cette pratique, interne à un espace hospitalier, avec une quelconque sociabilité africaine habituelle. Il y a quelque chose qui joue comme une sorte de passage qu'il faut comprendre, entre d'un côté des pratiques locales habituelles tout à fait louables et raisonnables et de l'autre des pratiques violentes à l'intérieur d'un espace technique spécifique.

On peut analyser ce phénomène au travers d'un faisceau d'hypothèses :

#### 1. Une segmentation des chaînes opératoires

Ce phénomène récurrent s'observe dès les systèmes d'accès aux hôpitaux (guérites dont l'ouverture est aléatoire et le fonctionnement incompréhensible...), le manque ou l'absence de techniciens ou l'oubli d'appareils de soin. Cette segmentation des activités empêchant une chaîne technique cohérente, entraîne une déresponsabilisation généralisée, qui conduit à une disculpation des acteurs : de continuelles possibilités de justification permettent que tout acte soit pensé comme infime au regard des conséquences parfois dramatiques que l'on peut constater.

#### 2. Des éthiques relatives

L'hôpital en Afrique est caractérisé par un écart entre une offre restreinte et une demande très importante, écart encore plus marqué en milieu rural ; cet écart conduit à la mise en place d'un système réticulaire pour s'introduire à l'hôpital et y être pris en charge. La stratégie consiste à se construire, par un réseau de relations, une reconnaissance dans l'hôpital, par divers moyens, pour éviter toute forme d'indifférence et l'absence de soins. Le «care» va ainsi précéder le «cure». Cette forme de construction sociale va déterminer une espèce d'ordre hiérarchique de l'empathie et de la compassion et la nécessité d'être reconnu dans l'espace public pour pouvoir y exister et bénéficier de soins.

Cette éthique relative peut sembler choquante, car elle aboutit à faire tout pour certains et rien pour d'autres car on ne peut tout faire pour tous, même si, dans le même temps il existe un dévouement absolu en Afrique (ex Ebola). Néanmoins, il est impératif que la personne soit perçue au sens physique du terme pour bénéficier d'une prise en charge médicale.

#### 3. Une porosité des rôles sociaux et des rôles professionnels

Il existe, par exemple, des codes sociaux liés à l'accouchement qui interdisent aux femmes certains comportements pour ne pas reporter la honte sur leur enfant et entraînent souvent des réactions violentes des soignants lorsque ces codes ne sont pas respectés et ceci en totale contradiction avec leur rôle de soignant. Il est donc très important, pour qu'un système institutionnel fonctionne, de séparer les rôles sociaux internes à l'institution et les rôles externes liés aux sociabilités locales et aux us et coutumes les plus habituels de la vie courante.

#### 4. Des systèmes normatifs contradictoires

Les professionnels de santé ont un rôle social de soignant mais ont également une identité sociale qui les conduit à outrepasser leur rôle premier et à imposer un pouvoir sans aucune relation avec ce dernier avec des risques sanitaires forts. En raison de la pluralité de leurs appartenances sociales, les professionnels de santé vont se déplacer entre des champs normatifs variables et se retrouver dans l'obligation de gérer des contraintes adverses entre elles.

#### 5. L'inexistence de sanctions, de contrepouvoirs et d'évaluations.

Les corps professionnels étant très peu structurés, il existe une asymétrie de pouvoirs entre patients et soignants confortée par l'absence d'utilisation de langage accessible à tous. En cas de faute, il existe une mise en place de mécanismes qui permettent de demander pardon et que l'on ne peut refuser dans des sociétés d'interconnaissance au risque de rompre les liens sociaux nécessaires pour vivre dans la société.

Par ailleurs, les réunions des personnels médicaux fonctionnent comme des lieux d'apurement des erreurs par la reconstruction d'une vision éthique de l'être et non comme des lieux de réflexions sur les soins à apporter et les comportements à tenir.

En conclusion M. Yannick Jaffré a rappelé plusieurs points essentiels :

Les espaces éthiques sont discontinus dans les structures médicales en raison notamment de la verticalité des programmes de coopération, qui se traduit notamment par l'étanchéité totale entre pathologies (aucune retombée des efforts consentis sur le VIH, par exemple).

Les acteurs de la santé que l'on décrit toujours comme des «professionnels» de santé, ont certes des compétences professionnelles mais ils sont surtout des acteurs pluriels de la santé avec, dans leur interaction, des plans sécants entre des normes comportementales habituelles et des normes techniques définies par une déontologie professionnelle. Dès lors que des conflits éthiques se posent, on a continuellement dans ces espaces professionnels des sortes de retours des définitions sociales ancrées dans les systèmes normatifs les plus habituels.

La nécessité de rétablir le «cure» en faisant parler les patients (notamment les enfants) sur leur propre perception de la qualité des soins et leur rapport à la douleur, pour rappeler aux personnels de santé leur existence et l'obligation qu'ils ont de comprendre les conséquences de leur actes.

Dans les programmes de développement en Afrique, l'emploi permanent de slogans («santé pour tous», «gratuité des soins»...), déconnectés de la marche des sociétés, contribue à une «ruine du langage». Les mots utilisés n'ont pas de référent dans le réel et le réel n'a plus de langage pour se dire. Les populations gardent pourtant une mémoire collective et même individuelle de ces politiques de développement et de leurs échecs, souvent source de dissensions qu'elles ont pu engendrer dans l'arbitraire de leur choix ou les promesses non tenues. On obtient ainsi tout à la fois une décrédibilisation du langage et une vision très critique du développement.

M. Yannick Jaffré recommande donc (1) de redonner de la valeur au singulier et au particulier (cf Levinas : soumettre l'universel à l'étude du particulier), (2) d'accepter de s'observer, de comprendre les conséquences de ses actes, d'adopter une attitude réflexive et (3) de se placer dans l'histoire et dans la mémoire, en se souvenant des promesses et des projections dans lesquelles les acteurs se sont situés par le passé.

## **II. Echanges sur le thème des représentations extérieures et réalités des services de santé**

- Disfonctionnement dans les hôpitaux : résultat d'une absence de politique de la santé correcte ou incidence de la culture ou de la religion ?

En Europe, l'hôpital s'est construit inversement qu'en Afrique : mis en place au départ par des ordres religieux et l'existence d'un rapport compassionnel à la pauvreté construit par la religion, l'éthique a donc précédé la technique. En Afrique c'est par un processus inverse que s'est construit très récemment l'hôpital et il reste donc à réussir à construire un espace éthique à l'intérieur de ses compétences techniques.

- Couvertures santé en Afrique de l'ouest :

L'étude de microsystèmes à l'intérieur d'espaces restreints montrent que dès lors qu'il y a des structures de santé crédibles (Santé-Sud, médecins de campagne) l'argent destiné à des cérémonies sociales est reporté sur les soins. Dès lors en effet que l'on se trouve dans des lieux d'interconnaissance avec une bonne médecine, le recouvrement des coûts peut se faire et on assiste à une amélioration évidente de la couverture sanitaire.

- Permanence de pratiques ancestrales notamment à l'encontre des femmes à l'intérieur d'éléments de modernité évidents (éducation) :

Les programmes de développement ne peuvent pas empêcher ces pratiques ancestrales, qui pourront néanmoins évoluer grâce aux moyens modernes de communication. Certaines séries télévisées (telenovelas en particulier) sont par exemple un moyen de transformer les sensibilités des femmes, ainsi que des hommes, vis-à-vis de ces pratiques ancestrales.

- Introduction de l'expérience des groupes de malades dans le champ médical :

L'apparition de ces groupes (maladies chroniques) qui parlent de l'expérience vécue de leur maladie dans le champ médical, va constituer un contrepouvoir par une émergence de la parole du malade et construire l'existence des patients face aux acteurs de la santé.

- Evolution de l'impact de la coopération technique et l'impact des comportements au travail :

Le compagnonnage intellectuel, déontologique, fondé sur le respect, l'amitié, tel qu'il existait autrefois a révélé son importance. Il n'a plus cours aujourd'hui en raison du caractère ponctuel des missions mais il pourrait se reconstruire. En matière de formation il faut privilégier un système très peu normatif, qui peut se faire a minima et directement par les services.

- Relations à la mort, violences dans les hôpitaux :

En Afrique ces questions importantes révèlent des attitudes différentes car les contraintes auxquelles on doit faire face sur un plan matériel sont très importantes. On parle alors de pragmatisme obligé.

- Impact et définition de la culture :

La culture se définit comme quelque chose qui doit donner sens à ses actes et il faut raisonner sur des référentiels concrets pour éviter de dire des généralités qui n'accrocheront pas sur le réel des situations.

Mots de remerciements adressés par Alain Henry

Prochaine séance du séminaire fixée au 18 novembre 2014.