

The logo for the Bulletin de L'A.P.A.D. features the text "Bulletin de" in a smaller font above "L'A.P.A.D." in a larger, bold font, all contained within a dark red rectangular background.

Bulletin de l'APAD

17 | 1999
Anthropologie de la santé

Anthropologie et santé publique en pays dogon par
Thierry Berche. Préface de Jean-Pierre Olivier de
Sardan, Paris, APAD-Karthala, 1998, 232 p, ISBN :
2-86537-814-4

Pierre-Yves Le Meur



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/apad/510>
ISSN : 1950-6929

Éditeur

LIT Verlag

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 1999

Référence électronique

Pierre-Yves Le Meur, « *Anthropologie et santé publique en pays dogon* par Thierry Berche. Préface de Jean-Pierre Olivier de Sardan, Paris, APAD-Karthala, 1998, 232 p, ISBN : 2-86537-814-4 », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 17 | 1999, mis en ligne le 04 octobre 2006, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/apad/510>

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

Bulletin de l'APAD

Anthropologie et santé publique en pays dogon *par Thierry Berche.* *Préface de Jean-Pierre Olivier de Sardan, Paris, APAD-Karthala, 1998, 232 p, ISBN : 2-86537-814-4*

Pierre-Yves Le Meur

- 1 Le livre de Thierry Berche dont la parution dans la collection APAD-Karthala est malheureusement posthume, est tout d'abord un livre d'anthropologie du développement, comme le rappelle Jean-Pierre Olivier de Sardan dans sa belle introduction : "La principale originalité de son travail est en effet de réintégrer les projets en matière de santé dans le lot commun des projets de développement en tout genre" (7).
- 2 Avant d'entrer dans le détail de son travail, il importe de revenir sur ce qu'il nomme, avec un brin de distanciation ironique, "les implications de l'auteur" (19-24), à savoir "la figure du médecin de santé publique", celle du "socio-anthropologue du dimanche", et celle du "développeur", qu'il combine finalement dans "le « regard augmenté » de l'anthropologue acteur". Ces figures distinguées analytiquement correspondent à la biographie de l'auteur, médecin de santé publique ayant obtenu un DEA de sociologie en autodidacte, avant de se lancer dans une thèse en anthropologie sous la direction de Jean-Pierre Olivier de Sardan. De cette thèse est issu le présent ouvrage dont l'objet est un projet de soin de santé primaire en coopération entre le gouvernement malien et l'agence de coopération technique allemande (GTZ), localisé dans le cercle de Bandiagara au Mali, en pays dogon. Thierry Berche a été *teamleiter* de ce projet de 1987 à 1992 et le "regard augmenté" qu'il vise est celui de la nécessaire prise de distance par rapport à l'action, le "contenu de la distance" (19) entre théorie et pratique, relation vue comme tension dynamique et source d'enrichissement mutuel. Un résultat de cette réflexion (aux deux sens du terme) sera le choix d'une écriture à la troisième personne du singulier. Un autre

en est une problématique articulant une analyse socio-anthropologique d'un projet de santé publique à une réflexion sur le lien recherche-action dans ce domaine (24-35). À l'intersection entre sociologie du développement et anthropologie politique, l'étude intègre une anthropologie de la santé et de la maladie, à travers la mise à jour des itinéraires thérapeutiques et des systèmes de représentation des acteurs impliqués, dans le but d'élucider les logiques et pratiques des différents groupes face au projet. Enfin, J.-P. Olivier de Sardan le rappelle en introduction, ce livre est aussi une contribution à l'ethnographie des Dogon (43-60).

- 3 Thierry Berche distingue quatre grands ensembles sociaux ou groupes stratégiques eux-mêmes hétérogènes, définissant le champ du projet démarré en 1988 : la "clientèle", l'administration de commandement, le réseaux de distribution des soins conventionnels et l'"organisation-projet" (99). Cette dernière est constituée des acteurs directement en charge de la gestion des ressources apportées par le projet, en l'occurrence l'expert et *teamleiter* de la GTZ, son homologue "chef de projet", également directeur régional de la santé à Mopti, et le médecin-chef de Bandiagara (avec leurs équipes respectives). Les ressources apportées par le projet sont économiques (biens matériels tels que médicaments et équipements, *per-diem* et *topping-up* - compléments de salaires -, emplois), mais aussi culturelles (savoirs techniques, formations) et sociales (différents réseaux de relations constituant le capital social des acteurs impliqués). Les relations qui s'établissent dans le cadre du projet, analysées en termes de transferts et conversions de ressources, s'insèrent dans les logiques et pratiques sociales déjà constituées et qui servent de grille de lecture du projet pour les différents acteurs sociaux. Ainsi en est-il des infirmiers (appartenant au second groupe), sous la tutelle hiérarchique du médecin-chef qui apparaît en réalité comme leur véritable "patron" au sens clientéliste du terme, au vu de la multiplicité des relations verticales asymétriques qui les unissent (181-182). Ils vont tenter de boycotter le projet pour cause de non-distribution de *topping-up* par le *teamleiter* : cette tentative émerge en référence aux autres projets de la région qui tous distribuent des compléments de salaire. Le constat que d'autres ressources matérielles (au travers de la gestion des ordonnances et des médicaments) sont plus attractives et que le système de gestion introduit par le projet ne gêne pas leurs "pratiques parallèles" explique la rapide démobilisation des infirmiers (180-183). La sur-monétarisation de l'économie médicale et l'éclectisme des itinéraires thérapeutiques des malades (de la "clientèle" : le terme est de ce point de vue très adapté) sont deux des prémisses à la lecture et la pratique locales du projet, auquel il convient d'ajouter l'histoire du rapport à l'État et au développement (cf. en particulier la discussion sur la gratuité "donnée" ou "acquise" ; 130 et sq.). Le projet est généralement vu comme une source de complément de revenu (ou de baisse de dépenses dans le cas de dons de médicaments) dans le cadre d'une logique globale de rapport à l'État-percepteur d'impôts (et très peu prestataire de services ; 133-139). Ces modes de compréhension et d'utilisation du projet, déjà complexes, sont rendus encore plus ambigus du fait de la marge de manœuvre dont dispose le *teamleiter*, non seulement en matière d'attribution de *per-diem* et compléments de salaire, mais aussi dans la tendance observée par l'auteur depuis les années 1980 à confondre les deux catégories, pourtant de natures très différentes (et théoriquement objets de règles officielles, *de facto* jamais respectées ; 177-180) : si les premiers correspondent à des frais de déplacements, le *stopping-up* relèvent plus du "bon vouloir du prince" (174), renvoyant à des questions de statut et donc de capital symbolique, ressource essentielle dans l'économie d'un projet (cf. le description de la "course à la légitimité" du *teamleiter*. 188-191). Sur ces bases aux normes

conflictuelles et pour certaines mal définies se développe une "économie morale de la corruption" ("morale" au sens d'enchâssée dans des valeurs) doublée d'une économie du soupçon dont elle est indissociable, bien qu'elle n'en soit pas un simple miroir (les soupçons sont loin d'être toujours fondés, comme le montre T. Berche à plusieurs reprises).

- 4 Les ressources apportées par le projet ne sont pas seulement économiques mais aussi politiques, culturelles, sociales, symboliques, et les acteurs du champ du projet mobilisent pour accéder à ces ressources leurs capitaux propres, dont les formes varient selon le même éventail. Toute l'économie politique du projet repose ainsi sur des transferts et des conversions permanentes de ressources. Est aussi mis à jour, au delà du processus de démantèlement d'un projet en multiples projets individuels, le rôle central joué par le bailleur (ministère allemand de la Coopération ; BMZ) et l'opérateur (GTZ) dans l'instauration d'un flou normatif généralisé propice à l'éclosion d'interprétations locales diverses quant au fonctionnement "réel" du projet. Concernant les deux organismes allemands de coopération, Thierry Berche, discutant de cette méthode de planification des projets par objectifs appliquée (ZOPP) au domaine de la santé (88-92), aboutit à l'hypothèse que la procédure "ZOPP permettrait un plus grand contrôle des procédures politiques, institutionnelles et administratives de la GTZ et par là renforcerait sa cohésion interne face aux partenaires "d'en haut" (le BMZ) et "d'en bas" (le pays partenaire)"(92). On retrouve au delà du discours officiel sur la fonction de simple support de décision de la ZOPP, la préoccupation de gestion de l'insécurité institutionnelle que l'on retrouve dans les stratégies de "circuits courts" (J.-D. Naudet) développées par certains bailleurs de fonds dans le but de contrôler le plus étroitement possible les flux de ressources.
- 5 Une autre caractéristique typique des projets de développement, que l'on retrouve ici, est la tendance à systématiquement créer de nouvelles instances de concertation, négociation, gestion, venant encore complexifier les arènes locales (Thierry Berche parle des "relations dans/autour du projet"). Le conseil de gestion, mis en place en 1988 dans chaque arrondissement, "devait être le lien entre la population et l'administration dans le secteur sanitaire, chargé en particulier de contrôler l'exécution des programmes et l'utilisation des ressources engagées. En pratique, présidé par le Commandant [de cercle], il se composait de cinq ou six membres : les représentants du parti unique et de ses courroies de transmission (Union des femmes, Union des jeunes, Associations des parents d'élèves), et l'infirmier"(157). Ces conseils qui n'ont jamais été opérationnels, ont de plus été implantés sept ans après leur création par arrêté ministériel. Les Commandants de cercle ont de fait traîné les pieds et adopté une lecture purement formelle du texte, réservant les places aux membres des organisations du parti unique alors que l'"organisation-projet" tentait d'élargir la base sociale de ces conseils. La question posée par T. Berche est la suivante : pourquoi les Commandants et notables du parti n'ont-ils pas dans ce cas développé de stratégies pour s'accaparer par la mainmise sur ces conseils la gestion des dépôts de médicaments et des centres de santé ? Les hypothèses avancées sont toutes liées à la question des ressources en jeu : contrairement au dépôt, le conseil de gestion ne donne pas directement accès à des ressources nouvelles, il est important pour l'organisation-projet, donc contrôlé et son usage détourné apparaît risqué, la présidence du conseil de gestion ne donne lieu à aucune rétribution (157-158). Ainsi, une nouvelle institution, vue comme importante pour le projet, voit son fonctionnement bloqué parce que certains acteurs impliqués dans celui-ci n'y voient aucune ressource nouvelle potentielle.

- 6 Cette sélection de certains éléments particulièrement significatifs des analyses très riches développées dans ce livre est arbitraire au sens où j'ai plutôt mis l'accent sur l'objectif d'appliquer à un projet de santé les catégories et méthodes d'études utilisées pour d'autres formes de projets de développement. L'objectif est atteint et l'on retrouve tous les ingrédients de la cuisine micro-politique qui font la saveur particulière des opérations de développement, tous secteurs confondus. Dernière remarque, cette analyse sélective - je ne suis ni un spécialiste de la santé, ni un connaisseur des Dogon - ne doit pas faire oublier les multiples facettes qui composent ce livre foisonnant.
-

AUTEUR

PIERRE-YVES LE MEUR

Université Johannes Gutenberg de Mayence, Institut d'Anthropologie et d'Études
Africaines, Forum 6,0-55099 Mayence (RFA). +49-(6131)-395054 -
lemeur@rmail.uni-rnainz.de