

Bulletin de  
L'A.P.A.D

## Bulletin de l'APAD

17 | 1999

Anthropologie de la santé

---

# Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)

Yannick Jaffré

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/apad/475>

ISSN : 1950-6929

### Éditeur

LIT Verlag

### Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 1999

### Référence électronique

Yannick Jaffré, « Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 17 | 1999, mis en ligne le 04 octobre 2006, consulté le 01 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/apad/475>

---

Ce document a été généré automatiquement le 1 mai 2019.

Bulletin de l'APAD

---

# Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)

Yannick Jaffré

---

## Les hypothèses de la sante publique

- 1 Quelques chiffres suffisent malheureusement à caractériser les situations sanitaires des quelques pays d'Afrique sahélienne où se situe notre étude. Ainsi, au Sénégal, au Mali ou au Niger, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile oscillent respectivement aux alentours de 150 et 230 décès pour 1.000 naissances vivantes (Banque Mondiale 1993), la malnutrition modérée est proche de 30% chez les enfants de moins de cinq ans (UNICEF 1997), au moment de l'accouchement 50% des parturientes seraient anémiées, et la mortalité maternelle est sensiblement de 600 décès pour 100.000 naissances vivantes, soit, pour une mère, un risque de décéder 100 fois plus élevé en Afrique qu'en Europe du Nord (Etard 1995, Vangeenderhuysen *et al.* 1996). Le taux de séroprévalence est de l'ordre de 4%, représentant par exemple au Mali 248.000 personnes infectées par le VIH, et 47.000 décédées par cause de SIDA. Enfin, bien que l'offre de santé soit globalement insuffisante - en moyenne 1 médecin pour 20 000 habitants - il existe de très fortes inégalités entre les milieux urbains et ruraux : au Mali, la mortalité infanto-juvénile est par exemple de 149% à Bamako et de 272% en milieu rural (DNSI 1996).
- 2 A ce "privileège urbain <sup>1</sup>" (Raynaut 1987) correspond une offre de santé biomédicale d'une extrême complexité, conjoignant diverses structures appartenant au service public mais dépendant souvent de ministères différents, des services privés ou non-gouvernementaux laïques ou confessionnels, voire encore des structures privées "à but non lucratif" appelées, au Mali, des Centres de santé communautaires (CSCOM).

	BAMAKO	DAKAR	NIAMEY
--	--------	-------	--------

Population	1069642	20122303	573908
Org. Adm.	6 communes	5 communes	3 communes
Services sanitaires de première référence	1 CSCOM (Centre de santé communautaire) pour 42 000 habitants (26 fonctionnels)	1 Poste de santé pour 24000 habitants (83 postes)	3 Centres de santé de commune
	6 Centres de santé de commune dont 1 avec un plateau chirurgical	12 Postes de santé confessionnels	18 dispensaires de quartier
	16 Cabinets médicaux privés	20 Centres de Santé militaires ou d'entreprise	2 Centres de santé de la sécurité sociale
	109 pharmacies privées	327 cabinets médicaux	12 cabinets médicaux privés
		30 cliniques privées	17 pharmacies privées
		Très nombreuses pharmacies privées	

Source UNICEF 1998

- 3 Outre cette similarité de problèmes, une politique sanitaire commune réunit ces trois Etats. Ils ont en commun d'avoir adopté depuis 1987 ce qu'il est convenu d'appeler "l'Initiative de Bamako", caractérisée par la volonté d'améliorer l'offre de santé en "étendant la couverture géographique en services de santé de base avec la participation des bénéficiaires, en adoptant une politique pharmaceutique basée sur les médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI), et en instituant un recouvrement des coûts des prestations et des médicaments pour améliorer le fonctionnement des services de santé" (UNICEF 1999).
- 4 Présentée comme "un tout", dont les diverses options seraient interdépendantes, cette politique n'engage pas moins des actions et des secteurs socio-sanitaires forts différents, tant d'un point de vue technique qu'au regard du profane. Point de surprise alors, que cette apparente cohérence du projet soit soumise à des "principes de sélection et de détournement", et désarticulée par les choix pragmatiques effectués par ses destinataires<sup>2</sup>. Disons le simplement. Si la majorité se félicite de payer moins cher un traitement, comme le permet l'achat de produits en DCI, il n'en va pas de même lorsque l'on doit systématiquement déboursier pour toute consultation ainsi que l'impose le recouvrement des coûts. Quant à œuvrer pour une "communauté" idéologiquement définie par des

développeurs, bon sens oblige, on peut raisonnablement supposer qu'il s'agit plus de politique locale que de dévouement compassionnel <sup>3</sup>...

- 5 Mais il s'agit ici de comprendre, non de se gausser. Sans nul doute, certaines de ces actions ont permis d'améliorer, dans un contexte socio-économique difficile - pression démographique, dévaluation, instabilité politique, etc. - la santé d'une partie de la population. Divers indicateurs épidémiologiques l'attestent. Reste qu'il est indispensable de mieux comprendre, en dehors de ces vastes données quantifiées et des évaluations aux accents idéologiques, les pratiques effectives qui régissent les interactions entre les populations et ces services de santé.
- 6 Trois enquêtes collectives de type ECRIS, menées à Bamako, Dakar et Niamey et qui se sont prolongées par un ensemble d'enquêtes individuelles non encore dépouillées <sup>4</sup>, ont permis d'investiguer des services de santé de manière intensive, et d'en analyser à partir de multiples points de vue, souvent contradictoires, le fonctionnement quotidien. Si les propos énoncés par divers "groupes stratégiques" (soignants, personnels administratifs, malades et accompagnants, "notables"), et les sujets abordés (accès aux soins, corruption, traitements, etc.) sont divers, ils se rejoignent cependant en quelques domaines, bien évidemment tous situés en lisière de la santé publique.
- 7 Unité de thèmes donc, bien qu'entre ces trois sites, les contextes démographiques et économiques soient certes différents. En effet, dans ces villes de plus ou moins grande importance, des histoires politiques particulières, et des politiques de développement diverses, conduisent à des situations sanitaires distinctes. Disons-le trivialement, et bien évidemment un peu faussement. Dans la capitale du Niger, les projets mènent la danse, répartissant les trois secteurs de la ville entre l'Etat, et les coopérations belge et française. Quelques dispensaires constituent, dans une ville peu urbanisée, les fragiles îlots d'une modernité sanitaire. Bamako, entre nouvelle "décentralisation" et anciennes campagnes de soins de santé primaire, ressemble à un laboratoire un peu brouillon où se mèneraient toutes sortes d'expériences socio-sanitaires. Dakar, enfin, ancienne et véritable ville, sédimente ce qui revient à la politique, à des organismes confessionnels, à des ONG, des coopérations, etc.
- 8 Il ne faudrait pas durcir le trait de ces portraits contrastés. Ils soulignent simplement que les observations et les stratégies d'acteurs, que nous allons maintenant décrire uniformément, se déploient dans des contextes différents. De ce fait, si les procédures sont semblables, leur mise en œuvre et leur envergure souvent différent : parler de réseau, c'est par exemple, à Niamey ou Bamako, évoquer avant tout la parenté et le quartier, à Dakar s'ouvrir sur de plus vastes appartenances politiques. Mais une fois évoquée cette importance du contexte, et pour reprendre les termes des exigences enfantines, il faut bien essayer de comprendre, non "pour de faux", mais "pour de vrai", et méthodiquement, ce qu'il en est du quotidien de la santé publique.

Les tâches et les fonctions

- 9 Pour la Santé publique, à justes raisons sanitaire et organisationnelle, à chaque profession doit correspondre un ensemble de connaissances et de compétences, une liste des tâches à accomplir et une position hiérarchique que matérialise une place précise dans un organigramme. Et c'est ainsi, afin d'aider à une meilleure planification, que de nombreux manuels <sup>5</sup>. croisent les divers "savoirs", "savoir-faire" et "savoir-être" avec des statuts professionnels spécifiques, indiquant de plus à quel stade de la maladie il est requis de "référer" le patient à un niveau supérieur de compétence. "Optimisme de la volonté sanitaire", ce travail est indispensable. "Pessimisme de l'intelligence anthropologique",

aucune entreprise, même sanitaire, ne peut ainsi correspondre à une telle forme d'organisation où toutes les règles seraient impersonnelles et écrites, les postes rigoureusement définis, coïncidant de plus avec des compétences que les professionnels rempliraient strictement <sup>6</sup>.

- 10 Plusieurs raisons s'y opposent. Et tout d'abord la confusion des statuts, tels qu'ils sont perçus par les clients des services de santé, provoque un "bougé" des hiérarchies : aux fonctions administrativement établies répondent autrement les compréhensions et les catégories professionnelles profanes.
- 11 En effet, pour le malade, hormis la couleur des blouses - et de nombreuses sont blanches ! -, comment distinguer le médecin de l'infirmier ou de l'aide-soignant ? Tous sont docteurs, même si les uns sont plus "grands" (*dògòtòròba* en bambara ; *lokotoro beero* en zarma), ou de moindre importance (*lokotoro zankey*, lit. en zarma, docteur enfant). Fort de ces titres, en partie fondés sur la demande, chacun peut alors indûment valoriser un statut subalterne.
- 12 De fait, toutes les hiérarchies sont "décalées vers le haut". De nombreux travaux domestiques étant assignés aux "accompagnantes" - nettoyer le sang des couches, balayer les salles d'hospitalisation, ou les cours des dispensaires -, restent aux soignants les tâches "nobles" : les nombreuses "bénévoles" que l'on rencontre dans les centres de santé de ces pays sahéliens reçoivent toutes une rémunération "informelle" notamment pour les injections qu'elles effectuent ; les infirmiers diagnostiquent et prescrivent <sup>7</sup> ; les filles de salles posent des perfusions et font les accouchements ; les sages-femmes et les médecins vont dans les "séminaires"...
- 13 Bref, les tâches effectuées ne correspondent pas aux fonctions assignées, et, loin des organigrammes, "pour de vrai", au quotidien des services sanitaires, les mots et les titres servent souvent à masquer de multiples empiètements, et le déploiement de stratégies pécuniaires et de gratifications symboliques.
- 14 Mais la réalité déborde encore d'une autre manière ces modèles organisationnels, où à un poste est supposée correspondre une spécialisation des fonctions et des compétences de l'individu qui les remplit. En effet, dans la plupart des structures sanitaires, toutes les fonctions subalternes sont "polysémiques" : le gardien est aussi marabout ou jardinier, les manœuvres sont brancardiers, un aide-soignant est spécialiste des sorts et "laveur de cadavres", et chacun peu ou prou "guide-orienteur" de malade et entremetteur avec les soignants dans le dédale des services et des consultations. Loin de se limiter à leur stricte charge, les stratégies des acteurs utilisent donc toutes les ouvertures qu'offre leur environnement professionnel, selon ce que nous pourrions nommer une "débrouillardise holiste populaire pragmatique", mêlant les savoirs techniques et sociaux, comme lorsqu'il s'agit par exemple de porter physiquement, mais aussi religieusement, les morts.

L'acquisition des fonctions et des compétences

- 15 Certains statuts comme ceux de médecin ou de sage-femme sont liés à l'acquisition d'un diplôme. La légitimation d'autres fonctions, comme celle d'aide-soignant, est plus incertaine ; enfin d'autres activités n'exigent pas de réelles compétences techniques (manœuvre, gardien). Le plus habituellement, ces postes s'acquièrent grâce à divers réseaux de connaissance. Mais une fois dans la place, il faut y rester car c'est en aussi en restant que l'on obtient la place...
- 16 En effet, la principale stratégie pour entrer dans le métier consiste à "s'incruster" et le statut de bénévole n'a sans doute pas d'autre raison que de permettre de s'installer dans

un service pour pouvoir y tisser des liens. Viendra ensuite un salaire, soit officiel soit obtenu par prévarication.

- 17 Il faut ensuite "progresser", et pour cela, le modèle d'acquisition de nouvelles compétences est plus celui de l'apprentissage - comme dans un garage ou une menuiserie - que celui de l'école.
- 18 En effet, certains actes, comme les injections, ou la pose d'une perfusion, voire même un accouchement, peuvent être considérés comme de simples techniques, au même titre que changer une roue. Dans bien des cas, "l'apprenti" infirmier ou "apprenti" médecin ne considère que l'aspect visible et technique de l'acte, aux dépens de ses raisons cliniques et thérapeutiques. Il n'est d'ailleurs, en cela, pas très éloigné de sages-femmes qui définissent fréquemment leur travail comme consistant uniquement à réaliser des accouchements, oubliant ainsi tout ce qui concerne les divers suivis pré ou post-nataux. Et c'est ainsi, en reproduisant des gestes, que l'on acquiert l'apparence du savoir et le statut qu'il confère. Les fonctions ne sont donc pas étanches et séparées, mais poreuses et franchissables, pour peu que l'on assimile les techniques qui en sont l'apanage.

Les hiérarchies

- 19 Bien que, selon les textes, l'individu ne soit pas propriétaire de sa fonction et ne puisse la transmettre, nombre de situations, apparemment modestes, se présentent comme de véritables patrimoines : "gardien de père en fils", avec ce qui échoit à cette charge comme logement, traitement et rentes diverses. Les soignants les plus diplômés, comme les "médecins-chefs", passent en général assez rapidement au gré des promotions et des affectations. Les plus humbles des personnels techniques restent.
- 20 En ce domaine, la force des faibles consiste à "avoir duré", et à "être là", devenant ainsi une des mémoires du lieu, sorte de potentiels témoins à charge pour les actions passées ("magouilles" à l'origine de l'ascension d'un actuel responsable de comité de gestion, erreur professionnelle étouffée, etc.), ou pour les discrets manquements du présent (avortements réalisés la nuit, utilisation personnelle des ambulances, rendez-vous galants dans le service, etc.). Au visible des titres s'oppose la hiérarchie occulte des secrets partagés.
- 21 Mais "durer" c'est aussi vieillir et acquérir ainsi le statut d'aîné et les privilèges que l'âge confère. Il en résulte une sorte de logique des neutralisations réciproques, liant les classes d'âge et les hiérarchies professionnelles. Illustrons ce petit mécanisme. Lorsque de jeunes sages-femmes, fraîches émoulues de l'école, entrent avec enthousiasme dans la vie professionnelle et veulent en changer quelques pratiques néfastes, elles ne le peuvent pas, parce qu'elles sont à la fois trop jeunes en âge et trop pauvres en expérience, et qu'il importe, en plus, "de ne pas trop en faire, pour que l'on ne pense pas qu'il y a quelque chose derrière" : volonté de trop rapide ascension sociale, espoir de séduction des responsables... Au fil des ans, émoussées par la routine, socialisées dans leur groupe professionnel et ayant intériorisé ses normes de conduite, elles adopteront les pratiques qu'elles critiquaient.
- 22 Il est fort difficile, dans ce système de contraintes, de s'opposer à ses pairs, et seule l'acquisition d'une forte légitimité liée à un titre peut permettre d'agir contre la "kòròcratie" (de kòrò signifiant "aîné" en bambara). Cela ne va pas sans difficultés, et de nombreux conflits naissent à la jointure de ces deux systèmes de hiérarchies - administrative ou sociale, lorsqu'ils deviennent contradictoires, comme, par exemple, quand le "major" est le plus jeune des infirmiers.

- 23 Mais une autre forme de neutralisation, empêchant notamment les sanctions, relève de l'extérieur de la structure de santé. Dans des villes de taille moyenne et dans des corps professionnels restreints, "chacun tient l'autre par la barbichette" de l'interconnaissance et d'une appartenance à un quelconque réseau. De ce fait, les conduites des personnels de santé ne peuvent se comprendre qu'en fonction d'un contexte social large, plus vaste que la seule enceinte d'un service sanitaire. Qu'il suffise ici de citer les statuts liés à l'alliance et à la filiation (plusieurs chefs d'Etat ont une épouse sage-femme), les interdépendances économiques (conjointes s'occupant des bourses), les obligations de réciprocité dans les groupes de baptême, etc.
- 24 Bref, les normes de conduite et les relations entre les professionnels de la santé se constituent en grande partie à l'extérieur de la structure sanitaire, et là où les organigrammes de la santé publique imaginent des postes et des fonctions précises, les acteurs négocient dans une logique d'hétéronomie des pouvoirs et d'enclassement des normes et des obligations.
- Le fonctionnement : relations pécuniaires, violences et réseaux
- 25 Dans la plupart des cas, les salaires des personnels de santé sont bas. Ils correspondent globalement au prix d'achat des céréales de base <sup>8</sup>, et ne peuvent donc assurer la vie d'une famille, et moins encore d'une large maisonnée. Ces émoluments ne permettent pas non plus d'assumer les indispensables dons et contre dons sur lesquels se fonde l'entraide entre familles ou "promotionnaires". Dans bien des cas, pratiquer une honnêteté scrupuleuse, signifierait donc prendre un risque social réel, puisqu'en "n'observant pas le code admis de l'honneur ou de la générosité, l'individu se coupe de la communauté et devient un paria ; ensuite parce que toutes les obligations sociales sont à long terme réciproques, et qu'en les observant l'individu sert également au mieux ses intérêts donnant-donnant" (Polanyi 1983). Une fois de plus, la clôture des centres n'est qu'illusoire. Le micro-système économique des institutions sanitaires est une simple fonction d'une organisation sociale, où s'enchevêtrent des obligations et des réciprocités, et, pour le dire fort simplement, parfois être un bon père ou chef de famille implique d'être un soignant cupide. Loin des discours "humanistes" invoquant le dévouement envers le malade, fort pragmatiquement, les agents de santé doivent pallier leurs difficultés pécuniaires, et ils s'y emploient de diverses manières.
- 26 Une première économie d'appoint, celle des per-diem, pour séminaires ou missions, est officielle et se surajoute aux salaires avec la régularité des primes. En général captés par le haut de la hiérarchie, ces gains s'ajoutent aux soldes des plus nantis. Cette économie <sup>9</sup> visible et admise, bien que conduisant à la désorganisation chronique des services, est le plus fréquemment organisée par les ONG et les "projets de coopération", pour s'attacher les services des personnels de l'Etat, voire parfois pour en détourner les meilleurs afin qu'ils "montent des programmes"... pour aider des Etats qui justement ne disposent pas de cadres compétents, etc.
- 27 Un autre secteur, plus "informel", associé, au vu et su de tous, des "perruques" (usage de matériels d'entreprise à des fins personnelles) et des "débrouillardises locales" : utilisation de la chaîne de froid et des réfrigérateurs affectés au dépôt des vaccinations pour rafraîchir et vendre des boissons, prix à payer pour enterrer les placentas, revente des produits distribués gracieusement par les délégués médicaux, etc.
- 28 D'autres tractations connues, mais non officielles, s'appuient sur un fonctionnement lié à la profession, comme l'achat réitéré des mêmes gants pour les accouchements. D'autres

encore utilisent des sociabilités locales et demandent par exemple, "le prix du savon" après les accouchements, ainsi que cela se faisait dans le monde rural, pour remercier les vieilles accoucheuses.

- 29 Enfin, d'autres tactiques, moins licites, et souvent préjudiciables à la santé des patients, peuvent aussi être mise en œuvre : division du produit des perfusions afin de vendre plusieurs fois un unique traitement, détournement et revente des médicaments à plusieurs malades, paiement préalable à toute injection, utilisation abusive et lucrative des ocytociques pour déclencher rapidement les accouchements <sup>10</sup>, etc. Certes, ces diverses pratiques sont légitimées de multiples manières. Dans les faits, cependant, l'économie réelle des centres de santé s'étend des tactiques officielles, à la violence des négligences thérapeutiques et au vol de produits chez les malades.
- 30 Au regard des patients, agissant souvent de la même manière dans leur propre sphère d'activité (corruptions de la police, des services, de l'énergie, de l'école, etc. <sup>11</sup>), les services de santé se présentent donc comme étant potentiellement dangereux, et il importe alors de ne s'en approcher qu'avec circonspection. La principale forme de cette vigilance, ou de cet apprivoisement du risque, consiste à utiliser différents "médiateurs", qui ont pour fonction de personnaliser les relations avec les personnels soignants, de remettre de la "proximité sociale" dans ce qui semble étranger et éloigné dans son fonctionnement. Tout concourt à cette fin. C'est ainsi, par exemple, que les agents de santé, qui sont supposés "sensibiliser" les populations à quelques préceptes sanitaires, ou permettre une prise en charge à domicile de certaines pathologies, se retrouvent, tels des "agents retournés", utilisés non comme des "personnes relais" vers l'extérieur, mais comme des relais vers l'intérieur, chargés d'introduire les patients dans les structures de santé, et de les confier personnellement à un soignant qui dès lors deviendra leur "protecteur".
- 31 Cette personnalisation des relations avec les personnels de santé est constante, mais l'organisation de la rencontre entre soignants et clients varie. Certains de ces réseaux d'interconnaissance se présentent comme "accidentels". Ils correspondent simplement à des rencontres. Par hasard "on a une connaissance dans un service de santé". Viennent ensuite des réseaux par détournement des fonctions officielles. Ils sont construits sciemment en fonction d'un but précis : individualiser la relation avec le personnel sanitaire. Cette pratique est constante au Mali, où, par exemple, les consultations prénatales (CPN) permettent aux femmes d'identifier, parmi l'ensemble du personnel, "leur" sage-femme (en bambara urbain : "*ne ka sage-femme*"). Dès lors, dûment rémunérée (aux alentours de 15 000 Cfa), celle-ci s'occupera du suivi de sa parturiente, et fréquemment se chargera d'assurer l'accouchement, y compris - voire surtout lorsqu'il se déroule dans un service public.
- 32 Enfin, on peut tenter de construire des réseaux de manière plus informelle, en utilisant les parentés à plaisanterie avec les personnels de santé, ou en portant un boubou brodé pour laisser supposer quelque fortune et la possibilité de largesses à venir... Pour les plus démunis, reste enfin à utiliser une certaine présence et une certaine contiguïté, comme ces mendiants dakarois qui, à force de s'asseoir en face du dispensaire, finissent par bénéficier des mêmes exemptions de paiement des soins que les employés.
- 33 Bref, ces techniques relationnelles sont nombreuses, mais elles correspondent à deux constantes. Premièrement, l'objectif des malades est d'échapper à l'anonymat. Conséquemment, la stratégie, où se rejoignent soignants et soignés, consiste en une

utilisation privative des services publics ou pseudo communautaires, et pour cela, qu'importe le type de réseau pourvu qu'on ait l'accès à un service personnalisé.

Les interactions entre soignants et populations

- 34 Dans les services de santé, les conduites des populations balancent donc entre les craintes liées à un environnement très largement perçu comme adverse, et une recherche de médiateurs susceptibles d'expliquer les démarches administratives, d'orienter dans les salles, et d'introduire dans les consultations. Pour le dire abruptement, une grande partie des interactions sociales entre soignants et soignés oscille entre risque perçu et demande de "protection rapprochée".
- 35 Les caractéristiques de la pratique médicale expliquent en partie ces craintes. On y est souvent, aux dépens de la pudeur, dénudé. On y est parfois aussi confronté à l'obligation d'avouer certaines pratiques embarrassantes, et malheureusement toujours exposé au risque d'un diagnostic ayant la forme d'une parole oraculaire : le soignant sait à l'insu du malade ce que son corps lui réserve comme avenir.
- 36 Mais la violence ne se limite pas à ces incontournables contraintes techniques. De fait, les patients abordent différentes dimensions de la pratique médicale, et détaillent sous la forme d'un réquisitoire précis de nombreux gestes, qui, au quotidien de la routine, pourraient sembler anodins : "On ne m'a pas salué", "la porte du cabinet était ouverte", "ils n'ont pas honte", "il y a des privilégiés qui passent avant". Vient ensuite un regard critique sur la consultation, et sur certains effets pervers du dispositif d'enregistrement des cas de la santé publique : "Ils sont plus préoccupés par les papiers que par les malades", "on ne m'a pas touché", "ils délivrent seulement des ordonnances". Ces remarques soulignent, en filigrane, que les patients évaluent la "qualité" des services qui leur sont offerts en fonction de leurs propres normes. Au plus simple, l'accueil et le respect des règles élémentaires de sociabilité ; puis les modalités d'un "prendre soin" (Benoist 1996) de la personne malade : "ils devraient être aux petits soins" <sup>12</sup> comme cela se fait en famille (en bambara : *bèrèbèrè*). Et, bien sûr, sous ces formes diverses, il s'agit toujours de souhaiter une plus grande proximité sociale, que seul parfois vient tempérer le souhait d'une consultation discrète et anonyme pour certaines maladies "honteuses".
- 37 Les discours populaires sont donc prolixes lorsqu'ils évoquent ces aspects sociaux. Par contre, dans le domaine technique des soins, ces normes de qualité populaires se limitent le plus souvent à souhaiter ce que l'on connaît déjà ; et pour bien des patients, la médecine en son entier, malheureusement, ce n'est qu'un petit dispensaire où l'on fait des injections.
- 38 En regard, mais semblablement, les personnels de santé évoquent aussi leurs propres normes. Et tout d'abord par une déception "entre ce qui a été appris et ce que t'on fait concrètement, il n'y a pas de concordance". Par l'évocation aussi de personnes exemplaires à qui confier sa propre santé, sorte d'évaluation vécue, qui s'exprime sous quelques phrases comme "trouver des personnes compétentes pour son propre accouchement". Par l'évocation enfin des sentiments d'échecs, ou de certains discours officiels et politiques, proposant un portrait idéal du travailleur sanitaire, auquel on souhaiterait s'identifier. Autant de traits discrets qui marquent, si ce n'est une autocritique, tout au moins une insatisfaction face à l'offre de santé qu'eux-mêmes proposent.
- 39 Mais d'autres tonalités complètent et nuancent cette description trop contrastée. Tout d'abord, bien que contradictoirement, les soignants et les soignés se rejoignent pour

globalement n'imaginer la déontologie que sous les auspices des rapports qui règlent les relations familiales (Jaffré 1999), avec une sorte de simonie généralisée, où s'échangent des soins contre des bénédictions et des récompenses divines (*baraji*)<sup>13</sup>.

- 40 Ensuite, dans le domaine technique, les langues locales, parlées dans tous les centres de santé, permettent aux malades, parfois non sans interprétation abusive, d'approprier "l'inquiétante étrangeté" des termes médicaux, des examens et des soins. Les consultations prénatales ou le suivi des nourrissons s'y trouvent résumés à leur seule visibilité : la pesée (en bambara urbain : *ka taa peseli la*). De même les radios deviennent des instruments qui permettent "de décoller la maladie des poumons", la perfusion "augmente le sang", etc. Enfin, les pathologies médicalement nommées s'y convertissent en maladies ressenties. La langue, à l'interface des représentations techniques et populaires, offre donc l'illusion d'un parler commun et d'une maîtrise de certains actes médicaux.
- 41 Mais les langages populaires ne sont pas qu'une sorte d'enclave de pacification cognitive pour les malades. Ils clivent aussi les soignants. Peu formés, "déformés" aussi par l'incessante activité publicitaire des visiteurs médicaux, maîtrisant mal le minimum de connaissances indispensables pour comprendre le sens de leurs propres actes thérapeutiques, en s'exprimant en langues locales ils adoptent avec les mots les représentations qu'ils supportent, et cela d'autant plus que certains actes, comme le suivi de la grossesse ou les accouchements, ne sont pas véritablement médicalisés. Se mêlent ainsi des savoirs techniques et des "savoirs" locaux, comme placer certaines décoctions sur l'ombilic des parturientes, utiliser des tisanes ou certains médicaments du marché, prescrire des betteraves, rouges comme le sang, dans les cas d'anémies, etc.
- 42 Outre les raisons économiques, ce même syncrétisme se retrouve dans les constantes procédures de tri dans les médicaments prescrits, qui reposent tant sur la perception de l'efficacité rapide du médicament que sur l'interprétation populaire de la maladie. Mais des malades qui choisissent des antalgiques aux dépens d'antibiotiques sont-ils différents de soignants qui proposent des produits en spécialités plutôt qu'en DCI "parce qu'ils sont plus forts", et souvent, à défaut d'identification étiologique, un unique traitement symptomatique ?
- 43 Bref, dans bien des cas, les mots des soignants n'ourlent pas les gestes techniques d'un minimum explicatif, mais au contraire, disjoignent les conduites de soins de leurs supports et raisons scientifiques. De ce fait, la relation entre personnels de santé et populations repose le plus souvent sur un malentendu médical, où pourtant, tout le monde, même de manière conflictuelle, se comprend socialement.
- Les "murs officiels" et les empiétements des recherches de soin
- 44 Les murs qui délimitent les services de santé, comme une sorte de territoire biomédical, sont des frontières fictives que franchissent les populations pour chercher un autre traitement, ou une autre explication à leur mal. La règle est un pluralisme thérapeutique complexe, mêlant des recours d'origines et de légitimités diverses.
- 45 Un premier ensemble de soignants correspond au secteur privé médical. Démographie sanitaire obligeant, les quartiers regorgent d'officines gérées, sous le couvert lointain d'un pharmacien, par divers personnels n'ayant pas obligatoirement de connaissances sanitaires, mais élaborant "sur le tas" un savoir composite alliant quelques notions pharmaceutiques avec des supputations thérapeutiques souvent fondées sur les illustrations des emballages. En ces lieux, où entre vendeur et client l'ordonnance peut

être négociée selon le prix des médicaments et les stocks disponibles, il n'est pas rare que l'on préfère un antalgique aux effets immédiats à un antibiotique plus cher et aux effets moins rapidement ressentis ; ou que l'on passe, marketing aidant, d'un introuvable traitement antibiotique pour la peau à une crème hydratante disponible en rayon. D'autres "soignants", sages-femmes, médecins et étudiants en médecine, infirmiers en privé, personnels divers des services de santé sachant faire une injection ou poser une perfusion, cabinets médicaux chinois, complètent ce paysage des thérapies de quartier.

- 46 D'autres soignants pourraient être nommés "populaires-modernes". Ils combinent, en effet, de diverses manières le local et le médical. Certains d'entre eux vendent par terre, des produits manufacturés <sup>14</sup>, d'autres ont aménagé leur habitation de banco comme un dispensaire. A l'entrée de la cour, un secrétaire reçoit les patients et les inscrit dans un registre, encaisse le prix de la consultation en échange d'un bulletin tamponné, et les oriente vers une "cour d'attente". Pour d'autres, le cabinet situé en bordure du "goudron" affiche en langue française les compétences - pathologies et traitements - du guérisseur. Les contextes varient, mais ce nouveau secteur thérapeutique est caractérisé par son syncrétisme, mêlant une régulière nomination "médicale" des pathologies et une utilisation allusive des gestes et des techniques sanitaires modernes à des techniques de soin de type traditionnel ou néo-traditionnel. Ces "soignants populaires" constituent donc leur discours de référence comme un enchevêtrement de savoirs, démontrant ainsi une certaine capacité à s'approprier et d'organiser des termes nouveaux à défaut de savoirs. Mais, pour le dire sèchement, l'innovation est sans doute ici plus linguistique que cognitive, et plus commerciale que sanitaire.
- 47 Une troisième sorte de soignants correspond à d'autres types de demandes, et à un autre lexique des plaintes. Des "vieilles" traitant les maladies infantiles jusqu'aux vendeurs de feuilles des marchés, ils conversent tous dans des langues vernaculaires et conçoivent la maladie selon les catégories nosologiques locales. Il en découle que ces traitements et ces pathologies ressenties débordent du champ de la thérapie médicale et l'ouvrent, outre aux catégories locales de la pathologie, à des modalités de la relation sociale (attaques sorcières notamment). Une nouvelle fois Bamako peut nous servir d'exemple. Une vingtaine d'étals de médicaments végétaux classés selon divers critères, allant de leur goût à leur aspect ou ce qu'ils évoquent, jouxtent les murs d'un service de santé. Les feuilles de *musofin* <sup>15</sup> (lit. femme noire) sont censées soigner "des plaies internes du ventre" (*kò̀nàjoli*), les feuilles de *ntege* <sup>16</sup> sont un traitement contre une malnutrition liée à un sevrage brutal (*sere*), d'autres produits traitent les maladies de la peur, d'autres font grossir, etc. Entre le centre de santé et le marché, la contiguïté des lieux n'est que physique. De l'un à l'autre, les langages et les représentations de la maladie varient. Les parcours des malades, à la recherche de la guérison assurent leur synthèse.
- 48 Ces pratiques de soins, hors les murs des institutions officielles, offrent la vision d'une demande en acte d'une grande complexité. Mais d'autres questions sont liées à ces pratiques de soins. Tout d'abord celle des ressorts de la confiance accordée au thérapeute, et du fondement de la réputation de ces "soignants", puisqu'en effet, certains guérisseurs recrutent leurs malades très largement en dehors des frontières du pays. Ce qui ne manque pas, au passage, de questionner la définition par la santé publique de la notion d'accès aux soins, souvent uniquement définie en fonction d'une distance géographique de l'ordre d'une dizaine de kilomètres.
- 49 Certes, l'énumération des diverses formes de légitimités - appartenance à un lignage de guérisseurs, élection onirique, passage par la maladie, initiation, cartes officielles de

guérisseur distribuées par les autorités sanitaires - offre aussi quelques pistes de réflexion sur les multiples modalités de la croyance en l'efficacité du thérapeute. Ajoutons encore les hésitations de l'Etat face à ce secteur informel, voire illicite, du développement. Reste que l'espace sanitaire vécu, plus qu'une carte organisée détaillant des services, correspond à des contiguités ténues d'espaces thérapeutiques différents, à une constante imbrication des offres, et à une multiplicité des langages codant les plaintes.

Les mots et les choses de la santé

- 50 Les formes d'organisation des services de santé sont choses bien complexes. Selon les lieux, se côtoient des services publics, privés, confessionnels, communautaires que les populations utilisent de manière indifférenciée selon leur proximité, et leur coût. Le temps aussi permet la sédimentation de certains pouvoirs, tel celui de ce médecin, qui ayant engagé des membres de sa famille à tous les postes clefs de son institution publique peut dès lors la gérer comme un service privé.
- 51 Dans d'autres cas, une gestion apparemment nationale peut en cacher une autre, celle d'un projet, qui, sous couvert d'un responsable médical natif du pays, finance, gère et programme l'ensemble des activités selon ses propres objectifs.
- 52 L'affaire se corse, si l'on peut dire, lorsqu'il s'agit de centres communautaires comme les CSCOM maliens, où s'illustre que les meilleures intentions démocratiques ne conduisent pas obligatoirement aux plus simples décisions pratiques. Il résulte, en effet, au bout du compte de ce vouloir de "représentativité communautaire", un dispositif fort complexe, allant de l'élection d'une assemblée censée représenter les adhérents à celle d'un conseil de gestion devant en émaner démocratiquement, etc. On l'aura aisément compris, globalement, dans ces structures, les mots ne coïncident pas avec leurs référents : "les communautés" consistent en la réunion de quelques réseaux d'influence, "les assemblées" ne se réunissent pas, "les adhérents" ne cotisent que lorsqu'ils sont malades, etc.
- 53 En fait, suite à cette volonté d'apparaître comme étant l'émanation d'une "communauté", ces structures de santé se retrouvent, au bout du compte, confrontées à une double hiérarchie conflictuelle : médicale pour les soins, et de politique locale pour tout ce qui concerne la gestion financière des salaires, des investissements ou l'achat des médicaments. Plus encore, dans bien des cas, les associations sont vides de membres, et les différents conseils composés de notables locaux utilisant la santé à des fins politiques ou d'enrichissement personnel <sup>17</sup>. Ces rapports entre micro-politiques urbaines et santé ne sont pas nouveaux, mais une conséquence peut, cependant, être soulignée.
- 54 Il paraît impossible de parler simplement de la santé comme d'une entreprise offrant un service comparable à d'autres, et à tout programme sanitaire semble devoir être liée une sorte de fonction hypertexte idéologique : au monde rural, les "médecins aux pieds nus" et les "soignants traditionnels" ; au milieu urbain ses "communautés de quartier", puis, viendront éventuellement avec la décentralisation "les collectifs citoyens", etc. Il découle de cette première remarque que le vrai signifié des discours sanitaires locaux réside alors moins dans ce qu'ils désignent que dans l'effort des acteurs pour s'adapter à l'offre de financements faite par les ONG, et autres bailleurs de fonds. Globalement, le "communautaire" est avant tout une obligation rhétorique pour capter les ressources nécessaires à la mise en œuvre de ses propres projets sanitaires et/ou politiques, et dans bien des cas, cette homogénéisation forcée de l'innovation, empêche la prise en compte d'initiatives pragmatiques qui localement seraient réellement adaptées.

## L'accès des plus pauvres aux services de santé

- 55 D'un point de vue économique, la pauvreté est affaire de disponibilités financières et de seuils de revenus. Mais bien que cette mesure de type économétrique soit indispensable et irréfutable elle ne peut, à elle seule, permettre de comprendre des conduites liées à la pauvreté, et cela pour plusieurs raisons.
- 56 La plus évidente est que l'on n'est pas riche que de ses revenus, mais aussi - même si une dimension pécuniaire n'en est pas absente - de ses réseaux de connaissances et d'entraide (cf. *supra*). Il serait à cet égard fort simple d'opposer des pauvres officiels, ceux des services sociaux ou dépendants des notabilités locales, à d'autres vivant cette indigence sous forme d'un bannissement de toute relation sociale. Pour les uns la précarité, même douloureusement vécue, reste encore un argument d'insertion sociale même sous la forme d'une aide, pour les autres elle correspond à une mort civile <sup>18</sup>, comme ces vieilles femmes malades qui disent ne plus attendre que la mort.
- 57 La deuxième raison est que la pauvreté ne peut s'opposer strictement et simplement à la richesse. Si la première peut correspondre à un état quantifié, la seconde, pour être comprise, doit être déclinée selon l'ensemble des nuances, correspondant à ces états instables et discontinus, que l'on vit comme dépendants d'une "fortune", bonne ou mauvaise. Plus qu'une longue explication, quelques exemples sont ici parlants. Dakar, devant une cabane en planche, deux femmes habillées de basin riche se font tresser : pauvreté des lieux, richesse des vêtements, mais aussi possibilité, même intimement payée, d'accéder à des conduites ostentatoires et à des lieux de consommation et de distraction de la haute bourgeoisie. Autre lieu, Bamako, lascivement allongée devant une case de banco aux murs effondrés, une "commerçante" décrit l'alternance de ses états de stabilité et de précarité selon les aléas du commerce des mangues et du poisson : "Un jour avec, un jour sans", comme une adaptation directement vécue à la loi des marchés locaux. Bamako encore, et un vieil homme ruiné parce que ses marchandises furent saisies par les douaniers...
- 58 Bien que singulières, ces situations de pauvreté ont en commun, que, même douloureuses, elles ne sont pas vécues comme définitives, insurmontables, ou forcément stigmatisantes. Il s'agit plutôt de précarités "partielles" (du logement mais pas du vêtement par exemple) et "sérielles" (par moment), permettant de conserver de nombreux appuis sociaux, et expliquant aussi que l'on puisse, parfois, retrouver en lieu d'aspect modeste divers objets somptuaires.
- 59 Enfin, la pauvreté n'est pas qu'un manque d'avoir, mais aussi une difficulté d'être. De ce fait les vécus diffèrent selon les âges et les situations. Globalement, les plus âgés définissent la pauvreté comme un manque de pouvoir (*se*, en bambara) nécessaire pour rester digne parmi ses proches (impossibilité de payer la scolarité des enfants, la nourriture.. ). Ils vivent sous l'emprise d'un manque (*désé*, en bambara), accepté cependant. Pour les plus jeunes, d'autres termes apparaissent qui évoquent l'envie (*nègè*, en bambara) et où s'annonce une réflexion sur l'injustice, la possibilité de violences urbaines et la naissance de revendications politiques.
- "Un discours qui ne serait pas du semblant"
- 60 "Lorsque celui qui chemine dans l'obscurité chante, il nie son anxiété, mais il n'en voit pas pour autant plus clair", avait l'habitude de dire Freud. Et le chant de la santé publique est souvent celui des normes qu'elle tente d'imposer au réel. A l'évidence, certains outils d'évaluation et de programmation sont indispensables pour guider l'action. Ce glacé des

organigrammes ne doit cependant pas masquer les enjeux, réseaux, interactions, qui structurent la réalité des services sanitaires. Bref, si à l'issue de ce parcours, quelques constatations pouvaient prendre la forme de modestes prolégomènes à une évaluation anthropologique des services de santé, elles consisteraient à souligner trois très vastes orientations.

- 61 Une première dimension englobe celle des diverses polysémies. Et tout d'abord, celle des identités des personnels de santé, qui plus que de coïncider avec une fonction correspondent à une sorte de feuilleté superposant diverses appartenances sociales. Dès lors, comprendre les conduites de ces agents implique d'aborder conjointement non seulement leurs statuts professionnels, mais aussi leurs appartenances familiales et sociales, et d'évoquer ainsi l'hétéronomie des pouvoirs qui organisent en fait, tout autant que les hiérarchies officielles, le fonctionnement des structures sanitaires. Viennent ensuite les diverses dimensions des actes de soin, puisqu'à tout geste technique correspond une modalité du rapport à l'autre, mais qu'aussi tout geste technique est susceptible d'être interprété selon ses connotations sociales. Qu'il suffise ici d'évoquer la négation de l'autre qu'implique l'utilisation d'une même aiguille pour faire des injections, ou au contraire, le dévouement de ceux qui refusent de se protéger avec des gants afin de "garder le contact" avec un malade lors des soins, ou ceux qui ôtent leurs blouses pour transporter les morts devenant ainsi accompagnants plus que soignants. Enfin, chaque lieu cumule de multiples fonctions : maison des gardiens comme endroit de consultation divinatoire, cour du dispensaire transformée en potager, salle d'injection devenue salle de "casse-croûte" pour le personnel, etc. En deux mots, la lecture des services de santé doit être harmonique plus que mélodique.
- 62 Une seconde dimension est celle des ouvertures. L'enceinte des services circonscrit une certaine autonomie, mais aucunement un espace indépendant du "tout social". Ces liens entre intérieur et extérieur font que dans toutes les structures de santé se rencontrent divers conflits de normes, comme, par exemple, celles liées aux statuts, aux âges ou aux anciennetés dans les lieux, conduisant à de multiples formes de neutralisation des pouvoirs et des initiatives.
- 63 Une troisième dimension est celle des ramifications, puisqu'en amont de la consultation les réseaux de connaissances sont utiles pour garantir aux patients un accès personnalisé aux services, gage d'un service de qualité ; et que de toutes parts la recherche du "bon traitement" conduit à utiliser toutes les offres thérapeutiques disponibles.
- 64 Il résulte de tout cela une proposition positive, et facile à énoncer. Si le rôle du praticien de santé publique l'oblige - parfois à juste raison sanitaire comme pour ce qui concerne la prévention - à essayer de faire entrer la société dans ses modèles, celui de l'anthropologue pourrait être d'aider à adapter les modèles sanitaires aux processus et demandes que ses études dévoilent. Le chantier est immense. Qu'il suffise, pour borner le domaine de la santé urbaine, d'indiquer une indispensable réflexion sur l'architecture hospitalière, un travail sur les innovations sanitaires "spontanées", une réflexion sur la place des langues locales dans l'acte de soin, une étude sur les identités des personnels de santé, et une description des réseaux liés à la santé. Autant de thèmes où une anthropologie fondamentale peut, sans aucunement se renier, collaborer avec des praticiens de santé publique.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Banque Mondiale 1993.** *Investir dans la Santé*. Washington : Banque Mondiale
- Benoist J.** 1996. "Prendre soins". In Benoist (ed.), *Soigner au pluriel*. Paris : Karthala : 492-505.
- Berche T.** 1998. *Anthropologie et santé publique en pays dogon*. Paris : APAD-Karthala.
- DNSI 1996.** *Enquête démographique et de santé 1995-1996*. Bamako : Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées.
- Etard J-F.** 1995. *Etude de la mortalité maternelle dans le quartier de Bankoni à Bamako*. Bamako : INRSP.
- Geremek B.** 1976. *Les marginaux parisiens aux XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècles*. Paris : Flammarion.
- Huguet O., Duponchel J-L., Decam C.** 1997. *Utilisation des ocytociques au cours du travail*. Document multycopié, Bamako : Division de la Santé Familiale et Communautaire.
- Jaffré Y.** 1996. "Les traits discrets de la santé et de la prise en charge du malade dans un village du Mali". *Prévenir* 30 : 115-121.
- Jaffré Y. & Olivier de Sardan J-P.** (eds) 1999. (à paraître) *La construction sociale des maladies, Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris : PUF.
- Le Goff J.** 1999. *Un autre Moyen Age*. Paris : Gallimard.
- Olivier de Sardan J-P.** 1995. *Anthropologie et développement, Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris : APAD-Karthala.
- Olivier de Sardan J-P.** 1996. "L'économie morale de la corruption". *Politique Africaine* 63 : 97-116.
- Pineault R. & Daveluy C.** 1986. *La planification de la santé*. Montréal : Ed. Agence d'Arc Inc.
- Polanyi K.** 1983. *La grande transformation. Aux origines politiques et économiques de notre temps*. Paris : Gallimard.
- Raynaud C.** 1987. "Privilège urbain : condition de vie et santé au Niger", *Politique Africaine* 28 : 42-52.
- Rougemont A. & Brunet-Jailly J.** 1989. *La santé en pays tropicaux*. Paris : Doin.
- UNICEF 1997.** *La situation des enfants dans le monde*. Genève : UNICEF.
- UNICEF 1999.** *Initiative de Bamako. plus de 10 ans après : 1987-1999*. Bamako : Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes âgées.
- Vangeenderhuysen C. & Mounkaïla N.** 1996. *Enquête multicentrique MOMA sur la mortalité et la morbidité grave au cours de la grossesse*. Niamey : Ministère de la Santé Publique.
- Weber M.** 1971. *Economie et Société*. Paris : Plon.

## NOTES

1. Au Mali, par exemple, 57% des médecins, 41% des infirmiers et 64% des sages-femmes travaillent à Bamako.
2. Sur ce point, nous renvoyons à Olivier de Sardan (1995).
3. Les divers rapports techniques concernant la mise en œuvre de cette politique confirment ces remarques. Ils soulignent notamment une amélioration de la prescription et une baisse du prix des ordonnances dans les secteurs public et communautaire, mais par contre de nombreuses difficultés dans la gestion de ces structures de santé.
4. Ce travail a été fait dans le cadre d'une étude pour l'UNICEF portant sur l'accès aux systèmes de santé et l'équité en matière de soins dans cinq capitales africaines, coordonnée par Y. Jaffré et J-P. Olivier de Sardan, et supervisée à Niamey, Dakar et Bamako respectivement par A. Souley, A. Fall et Y. Touré. Nous ne pouvons citer tous ceux qui ont participé à ces enquêtes. Qu'ils soient donc collectivement remerciés.
5. La définition des tâches des personnels ou "la planification de la santé" ont été publiés. Nous renvoyons notamment à Pineault & Daveluy (1986) et Rougemont & Brunet-Jailly (1989).
6. D'une certaine manière, le médecin de santé publique rêve d'une administration bureaucratique telle que la définit Weber (1971). Un mode de légitimité "rationnel-légal" s'y imposerait.
7. Les anthropologues aussi parfois...
8. Les salaires s'échelonnent de 15 000 à 100 000 FCFA. A titre de comparaison, au Mali 50 kg de riz coûtent aux alentours de 15 000 FCFA.
9. Sur cette économie des projets dans la santé. voir Berche (1998).
10. Huguet *et al.* (1997) notent : "Dans les accouchements non dystociques, l'utilisation des ocytotiques par les sages-femmes à de forts taux (68,7% en maternité publique et 65,5% en centre hospitalier) peut être considéré comme injustifiée, voire, pour certains auteurs, potentiellement dangereuse pour le nouveau-né".
11. Sur ces questions cf. Olivier de Sardan (1996)
12. Sur ces expressions en langue bambara, et sur cette question, nous renvoyons à notre article (Jaffré 1996).
13. Sur ces questions des rapports entre économie et discours religieux, mais dans un autre contexte. Voir Le Goff 1999.
14. Cf. dans ce même numéro l'article "Pharmacies par terre. pharmacies des villes".
15. *Eclipta prostrata*.
16. *Paspalum serobiculatum*.
17. Ce que remarque par exemple un rapport de l'UNICEF (1999) : "Les représentants au conseil de gestion sont souvent choisis parce qu'appartenant à l'entourage des autorités locales plutôt qu'en fonction de leur dévouement. La représentation d'un village ou d'un quartier au sein du conseil de gestion n'est pas toujours faite sur des critères objectifs, mais sur la décision de quelques notables. Des enquêtes ont montré qu'il n'est pas rare, dans ce cas, qu'une grande majorité des habitants ignore le délégué de leur village."
18. Littéralement énoncée en bambara : *mògò t'i fè* (personne ne t'aime, ou tu n'as plus personne). De manière plus large, et dans un autre contexte, nous renvoyons ici aux travaux de Geremek (1976).

---

AUTEUR

YANNICK JAFFRÉ

EHESS-CNRS, Centre de la Vieille Charité, 1300 Marseille. Tel : +33491 140772 - <http://ehss.cnrs-mrs.fr/shadyc/accueil.html>