

Une anthropologie appliquée et impliquée dans un projet de développement en santé. Expérience d'une démarche qualitative avec des professionnels de santé au Burkina Faso

Fatoumata Ouattara, Docteure en anthropologie sociale

Institut de Recherche pour le Développement (IRD)

Sylvie Zongo, Doctorante

Université de Provence (Aix-Marseille I)

Marc-Éric Gruénais, Docteur en anthropologie sociale

Institut de Recherche pour le Développement (IRD) & Université
Bordeaux Segalen

Résumé

Les anthropologues sont de plus en plus sollicités pour participer à des projets de développement. Une telle participation pose nécessairement pour l'anthropologue non seulement la question de son implication dans les activités mais surtout de sa crédibilité ainsi que de la rigueur de sa démarche et des données qu'il produit auprès des acteurs avec lesquels il est amené à collaborer et qui appartiennent à d'autres champs disciplinaires. Notre contribution a pour but de rendre compte d'une expérience d'implication d'anthropologues dans un projet d'intervention pluridisciplinaire en santé maternelle au Burkina Faso. À partir d'exemples précis de mise en œuvre de techniques qualitatives de recherche (entretiens et observations directes) auprès de soignants il s'agit de relever les contingences qui appellent à une négociation constante entre la démarche du chercheur et les soignants.

Mots clés

ANTHROPOLOGIE, PROJETS DE DÉVELOPPEMENT, SOIGNANTS, ENQUÊTES QUALITATIVES, BURKINA FASO

Introduction

Le rapport entre l'anthropologie et le développement a toujours suscité des débats. Comme point de départ, considérons le développement comme :

L'ensemble de processus sociaux induits par des opérations volontaristes de transformation d'un milieu social, entreprises par le biais d'institutions ou d'acteurs extérieurs à ce milieu mais cherchant à mobiliser ce milieu, et reposant sur une tentative de greffe de ressources et/ou techniques et/ou savoirs (Olivier de Sardan, 1995, p. 7).

Quant à l'anthropologie, nous la percevons comme une démarche scientifique qui a pour tâche fondamentale le décodage de ces réalités sociales. Quelles sont les modalités concrètes d'une anthropologie appliquée dans un contexte d'activité de développement? Quelles sont les questions méthodologiques soulevées par l'implication active de l'anthropologue dans un projet de développement? Comment jouer cette partition en dépassant la situation de l'anthropologue alibi comme on le constate bien souvent par l'écart entre les déclarations d'intention d'appel aux anthropologues et le rôle qu'ils jouent concrètement dans les projets de collaboration avec les personnels de santé?

Notre contribution tente de répondre à ces interrogations. Elle découle de notre implication active en tant qu'anthropologues dans la mise en œuvre d'un programme pluridisciplinaire de développement en santé au Burkina Faso et dans l'utilisation de techniques de recherche que les acteurs de terrain ne s'approprient pas toujours. Cette implication s'est singularisée tant par l'adoption d'une démarche modelée au contexte de la recherche que dans la construction des pistes d'actions en synergie avec les différents acteurs intervenant sur le programme.

Un projet d'intervention pluridisciplinaire pour améliorer la santé maternelle

Le cadre de notre implication est un programme de recherche-action sur la santé maternelle. Il s'agit du programme d'Amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement (AQUASOU). Financé par le ministère des Affaires étrangères français (FSP 2001 – 149) pour trois ans, le programme AQUASOU concernait les 17 pays africains membres de la Société africaine de gynécologie obstétrique. Il s'agissait d'une initiative soutenue par plusieurs partenaires européens et africains à partir d'un certain nombre de constats.

En premier lieu, la majorité des décès maternels sont évitables par l'application de soins obstétricaux appropriés. En second lieu, l'accès géographique aux soins obstétricaux d'urgence peut être amélioré par une meilleure organisation des évacuations des urgences vers les hôpitaux de référence. En troisième lieu, l'accès financier aux soins obstétricaux d'urgence peut être amélioré par une répartition des coûts du transfert et de la prise en charge entre différents acteurs locaux (famille, centres de santé, collectivités locales, ministère de la Santé)¹. Démarré en janvier 2002 et devant s'échelonner sur trois ans, le projet fut prolongé jusqu'en décembre 2006. Il s'agissait d'un projet expérimental visant à tester une méthodologie innovante destinée à améliorer la prise en charge des parturientes et à réduire la mortalité maternelle. La méthodologie reposait sur la coordination et la synergie de trois approches complémentaires : santé publique (soins obstétricaux), socioanthropologie ainsi que mobilisation politique et sociale. Très schématiquement, après une analyse de la situation faite conjointement par des spécialistes de santé publique et des anthropologues, il s'est agi pour les premiers de mettre en place les outils de suivi et de mesure de l'amélioration de la qualité de l'offre et pour les seconds de réaliser des études de cas auprès de parturientes ainsi que des *focus groups* en population générale afin de recueillir les opinions sur la qualité des soins. Les spécialistes de la mobilisation sociale et politique ont pour leur part orienté leurs interventions vers l'amélioration de l'implication des représentants des collectivités locales et des associations en faveur de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles.

Les interventions directes du projet dans les structures de soins ont été mises en œuvre sur cinq sites (Cotonou au Bénin, Maroua au Cameroun, Ouagadougou au Burkina Faso, Rufisque et Saint-Louis au Sénégal). Elles ont concerné l'amélioration de l'accessibilité financière, socioculturelle et géographique à des soins obstétricaux de qualité. Pour atteindre cet objectif, des spécialistes de santé publique, des spécialistes de mobilisation sociale et politique et des socioanthropologues devaient travailler ensemble. De fait, le volet santé publique porté sur le renforcement des capacités opérationnelles du district sanitaire était assuré par l'Institut de médecine tropicale d'Anvers, l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles et le Réseau en santé de la reproduction de l'Université de Toulouse. Les activités d'information et de mobilisation des acteurs locaux et de la population étaient confiées à l'organisation non gouvernementale française Équilibres & Populations. Le volet anthropologique ayant trait notamment à l'amélioration des relations entre les soignants et les soignés était assuré par des socioanthropologues appartenant à l'Unité de recherche 002² de l'Institut de recherche pour le développement (IRD) en France. La contribution des

anthropologues était notamment attendue pour créer un espace de dialogue entre les populations et les soignants afin de contribuer à la qualité de l'offre des soins. Notons que cet objectif avait été déterminé à partir des études anthropologiques indiquant la mauvaise qualité des relations entre les prestataires et les usagers de la santé³.

La pertinence d'un engagement anthropologique autour de la santé maternelle

Si l'interpellation des anthropologues dans des projets de développement constitue de moins en moins une innovation, le domaine de la santé n'est pas en reste. En Afrique francophone, pendant de nombreuses décennies, la dimension sociale n'était guère associée aux multiples interventions en développement. Matshedisho (2005) note, par exemple, qu'il suffisait de diagnostiquer des pathologies et de donner des traitements sans toutefois prendre le soin de s'interroger sur les facteurs sociaux. Toutefois « ces lacunes sont comblées petit à petit, dans la mesure où le monde réalise que nous ne pouvons pas créer des biens et services pour les gens si, ce faisant, nous ne tenons pas compte de leur bien-être » (Matshedisho, 2005, pp. 15-16). En outre, la modification des conditions d'exercice du savoir médical, l'ébranlement des certitudes médicales consécutives à l'apparition de pathologies telles que le sida justifient que l'amélioration de l'état de santé des populations ne puisse résulter uniquement du seul aspect technique. Il apparaît donc nécessaire d'adjoindre à la pratique médicale une expertise anthropologique pour mieux comprendre les enjeux sociaux liés au recours aux soins, ainsi que les logiques qui sous-tendent les conduites des usagers.

L'état de déliquescence des services publics en général, la mauvaise qualité de l'offre des soins et les difficiles relations entre usagers et soignants dans de nombreux pays africains suffisent pour légitimer l'application de la science anthropologique à des projets de développement sanitaire quelle que soit l'origine de la demande. Il s'agit bien là de demandes sociales dans la mesure où :

Elles constituent la trame des préoccupations d'une foule de gens qui les vivent le plus souvent sous la forme de l'incompréhension et du désarroi. [...] elles ne devraient jamais cesser d'être à la fois l'horizon et la finalité de toute recherche sociologique (Olivier de Sardan, 2004, pp. 71-72).

Un souci analogue avait guidé la position de Fassin et Defossez (1992) pour une collaboration avec des praticiens de santé publique dans un programme de réduction de la mortalité maternelle en Équateur :

Cette recherche des termes d'un dialogue nous tient d'ailleurs d'autant plus à cœur que l'angle sous lequel nous avons choisi d'aborder les problèmes de santé des femmes – les inégalités sociales – est indissociable d'une préoccupation d'ordre politique, autour de la nécessité de faire changer les choses, et nous oblige donc à ne pas nous couper de ceux qui en ont parfois un peu le pouvoir (Fassin & Defossez, 1992, p. 24).

C'est ce postulat qui a prévalu pour l'implication des anthropologues dans le programme AQUASOU.

Les expériences évoquées dans le cadre de cet article concernent la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) où le site du projet était l'aire d'un district sanitaire incluant des zones urbaines et périurbaines. Ce site avait été identifié à la suite d'une mission exploratoire de l'équipe du projet et avait été retenu notamment en raison de la volonté affichée du médecin-gynécologue, responsable de la maternité de l'hôpital de district, à s'impliquer dans le projet ainsi que de l'engagement affiché des autorités locales (maire, gouverneur) du site. Un autre critère – plutôt d'ordre technique – était le fait que le centre médical avec antenne chirurgicale de ce district bénéficiait d'un appui technique important de la coopération italienne, notamment pour permettre le bon fonctionnement du bloc opératoire indispensable à la prise en charge des complications obstétricales en urgence. La spécificité du programme AQUASOU ne résidait donc pas dans l'apport en matériel et encore moins dans la rétribution de prestataires de soins pour les inciter à participer au projet, comme c'est le cas pour certaines opérations de développement. Le contexte d'intervention du programme était marqué par une superposition d'interventions. L'intervention italienne avait trait à l'équipement du bloc opératoire et à la rémunération de vacataires afin qu'une prise en charge 24 h/24 soit assurée. Le programme AQUASOU proposait de travailler sur l'organisation des activités et la documentation des performances au plus près des prestataires de soins. Les soignants constituaient alors des populations cibles du programme au même titre que les femmes enceintes et les parturientes.

Des analyses situationnelles ou les prémisses de l'intervention

Notre intervention dans le programme AQUASOU a débuté par une analyse situationnelle. Celle-ci se résumait à une description des perceptions des usagers et des personnels de la santé ainsi que des différents acteurs engagés dans l'administration des soins obstétricaux. Une première phase d'enquête avait permis de réaliser des visites au sein de plusieurs maternités du district sanitaire, site du programme, et de conduire des entretiens avec des personnels

de la santé de différents statuts (sages femmes, infirmiers et infirmières, auxiliaires de santé) et avec des accouchées. Des observations avaient en outre été réalisées dans des établissements de soins en complément des contenus des différents rapports et mémoires qui avaient été réalisés sur l'offre des soins au Burkina (Ouédraogo, Dembélé-Traoré, & Kabré, 2003; Tiendrébéogo-Sam, 2003).

L'analyse situationnelle a permis de préciser les rôles effectifs et les fonctions de tous les types de personnels pratiquant les accouchements ainsi que l'identification des contraintes auxquelles sont soumis les usagers et les prestataires de soins. La caractérisation des rapports entre les uns et les autres et l'identification des contraintes inhérentes à l'organisation des structures de soins étaient aussi établies. Il convenait par la suite de passer de ces axes de connaissances à des pistes d'actions pour améliorer la qualité des soins en maternité et les rapports entre les personnels de santé et les usagers des services de soins. La restitution des résultats de cette analyse situationnelle aux bénéficiaires, et en premier lieu aux personnels de la santé, paraissait incontournable dans la mesure où un consensus était attendu entre anthropologues et personnels de la santé sur les pistes d'actions.

Anthropologues et personnels de la santé autour des enquêtes qualitatives de terrain : la nécessité d'une démarche modelée aux réalités des acteurs

De la restitution aux pistes d'actions ou l'art de ne pas faire de recommandations

La restitution des résultats d'enquête de l'analyse situationnelle du volet socioanthropologique fut organisée. Même si les résultats mettaient indéniablement l'accent sur des actions contribuant à l'amélioration des relations entre usagers et prestataires, nous fîmes le choix de n'inviter que les personnels de santé à cette restitution afin d'éviter d'exposer les critiques relatives à leurs pratiques professionnelles devant les « profanes », notamment les usagers des structures de soins. L'objectif principal de la réunion de restitution des résultats d'enquête fut rappelé : inciter les personnels de santé à la réflexion sur leurs pratiques et les difficultés qu'ils rencontrent. La discussion consécutive à la présentation des résultats de l'analyse situationnelle s'est focalisée sur certains points : l'importance et les causes des accouchements à domicile, les évacuations et la pertinence de la contre-référence, les relations entre les personnels de santé et, finalement, les conditions de travail des personnels de santé. Certains de ces thèmes furent l'objet d'études approfondies auprès des soignants et des usagers (Ouédraogo, 2006; S. Zongo, 2006; V. Zongo, 2005). À la suite de ces différentes études

réalisées, d'autres activités alliant recherche et action furent conduites. Elles furent soit initiées à la suite de concertations entre les anthropologues et les partenaires du volet santé publique ou bien proposées par les anthropologues.

Si la restitution des résultats de l'analyse situationnelle ne suscita pas de remarque particulière sur la démarche anthropologique, l'association de notre démarche à une activité médicale (l'accouchement) et notre intérêt pour certains sujets furent, quant à eux, perçus autrement. Deux exemples nous permettent de rendre compte de la situation.

Les revues de cas cliniques associées aux entretiens anthropologiques : la crédibilité d'une démarche en question

Les revues de cas, encore appelées audits cliniques, avaient été introduites dans la maternité de référence avec l'assistance technique de l'équipe de santé publique de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers (Richard, Ouédraogo, Zongo, Ouattara, Zongo, Gruénais, & De Brouwere, 2008; Zongo, 2005). La séance consistait à exposer au sein d'un petit groupe de soignants le contenu d'un dossier clinique d'une patiente et à discuter au sein de l'équipe des modalités techniques de la prise en charge de la femme. Les cas à auditer étaient sélectionnés pendant les réunions de service. Ils concernaient les dossiers de femmes évacuées des centres de santé périphériques vers l'hôpital de référence, les situations de complications maternelles graves ou les situations de mort-nés frais⁴. La séance de discussion était guidée par le principe de l'anonymat. Ni le nom de la patiente, ni celui des membres de l'équipe l'ayant pris en charge n'étaient mentionnés. L'objectif des revues de cas était de pouvoir susciter une autocritique sur la qualité de l'offre des soins de la part des soignants (Jaffré, 2003). Après quelques séances, nos collègues de santé publique ont constaté un manque important d'informations dans les dossiers cliniques retenus pour les discussions, et en particulier sur les conditions de la prise en charge des femmes. Les anthropologues furent interpellés pour la conduite d'entretiens approfondis avec les patientes dont les dossiers nécessitaient un audit. Le recueil de ces données fit l'objet d'entretiens aux domiciles des femmes. Afin que l'approche soit pérenne et que les soignants eux-mêmes puissent se l'approprier, une sage-femme fut associée par la suite aux anthropologues pour la réalisation des entretiens avec les patientes. L'entretien abordait le déroulement des grossesses et des accouchements précédents, le déroulement et le suivi de la grossesse actuelle, les frais qui avaient été engagés pour le transport et l'hospitalisation, la connaissance de l'hôpital avant le séjour, la perception des soignants et des soins reçus ainsi que les propositions d'amélioration. Une synthèse de ces différents thèmes était alors effectuée et présentée au cours de la séance de revue de cas. Le résumé de

l'entretien effectué à domicile avec la femme ou du récit fait par ses accompagnants sur le déroulement de l'accouchement venait donc compléter l'histoire clinique de la patiente. Ensuite, les soignants discutaient des points qui avaient pu contribuer à une prise en charge inadéquate de la parturiente, en insistant sur les attitudes des soignants, sur la disponibilité des équipements et des consommables, et sur l'organisation des soins (Richard et al., 2008). La dernière étape de la séance consistait à choisir, parmi les éléments identifiés expliquant une prise en charge inadéquate, ceux qui étaient les plus vulnérables au changement et à établir des recommandations à mettre en œuvre par les équipes.

Dans les discussions, le résumé clinique ou les raisons qui ont contribué à une sous notification des informations étaient bien souvent tacitement acceptées par les participants aux séances de revues de cas, tandis que les données rapportées par les anthropologues étaient souvent âprement discutées, voire contestées. Les comptes-rendus d'entretiens faisaient certes l'objet d'une grande écoute, suscitaient parfois l'émotion, notamment pour les cas de mort-né, mais ces moments de restitution des discours des femmes et de leurs proches suscitaient, après coup, de vives réactions à l'égard des femmes ou des anthropologues. Pour les soignants, ces propos reflétaient des mensonges, des excès de langage ou l'incompréhension des femmes ou de leurs proches à l'égard de l'offre de soins et des conduites des prestataires de soins. Les anthropologues étaient accusés de prendre systématiquement le parti des femmes aux dépens des soignants. Les soignants estimaient que les questions avaient été mal posées par les anthropologues : « Comment s'était-on pris pour recueillir de telles confessions? Ces synthèses ne mettaient-elles pas en évidence le parti des anthropologues pour les parturientes et leurs accompagnants? » Peu à peu, le rôle initial accordé aux anthropologues ainsi que leur démarche étaient contestés, de même que la légitimité de leur implication dans un projet pluridisciplinaire.

Une étude sur les erreurs professionnelles : des contraintes d'une insertion dans un service de soins obstétricaux à la contestation d'une enquête

Consécutivement aux recommandations formulées par les participants lors de la séance de restitution de l'analyse situationnelle et en raison de nos propres constats, une enquête anthropologique fut entreprise sur la question des erreurs professionnelles et de la responsabilité des usagers et des personnels de la santé en situation de mort-nés. Cette enquête a ciblé deux maternités périphériques du site du programme. Il s'agissait, par le biais d'une analyse des discours et des pratiques, d'interroger les personnels de santé sur un sujet sensible et

dramatique pour un service de soins obstétricaux : les accouchements de mort-nés corrélés aux erreurs professionnelles.

Une grande partie de nos recherches a été menée dans les maternités avec, pour chaque service, des observations répétées. Cette démarche est très habituelle pour l'anthropologue, toutefois elle prend un caractère différent dès lors qu'il s'agit de s'intéresser à un lieu « clos », fonctionnant avec ses normes et ses pratiques, et de s'intéresser à la responsabilité des soignants dans la mort d'un enfant. Aborder une telle question dans une perspective qui fait appel à la présence régulière du chercheur dans le quotidien du soignant ne va pas sans éveiller des susceptibilités chez les soignants. Plusieurs épreuves ont jalonné la recherche sur le terrain et ont même parfois conduit au découragement : des épreuves liées à l'utilisation des outils de recueil des données, à la posture du chercheur, à l'image de l'anthropologie dans le milieu sanitaire africain et à la sensibilité du sujet abordé.

L'illusion de la familiarité

L'enquête relative à l'étude sur les erreurs professionnelles faisait suite à une longue période de présence de l'anthropologue au sein des formations sanitaires. Nous étions connus de presque tout le personnel des formations sanitaires du site pilote du programme. Les premiers contacts avec ces structures avaient été établis dans le cadre général des activités du programme AQUASOU. Cela se présentait déjà comme un avantage pour nous à mener cette étude puisque, étant connus par certains membres du personnel notamment les responsables du district sanitaire, nous avions l'assurance d'un bon accueil et d'une collaboration du personnel, ce qui se révélera plus tard avoir été une déduction trop rapide de notre part. Dans la première maternité, l'objet de la recherche a d'abord été présenté à la sage-femme qui était de permanence. Après lui avoir expliqué la raison de notre présence, elle nous a présentés à ses collègues présents et nous a permis de nous installer dans la salle d'accouchement pour mener nos observations. Les jours suivants, notre présence en salle d'accouchement ne fut contestée par aucun agent, il fallait seulement continuer à nous faire connaître de ceux qui étaient absents lors de notre premier passage. L'évocation du programme de recherche dans lequel nous travaillions nous accordait une certaine crédibilité et a permis l'acceptation de notre présence dans la structure, notamment en salle d'accouchement. Si cette présence en salle d'accouchement se présentait comme un acquis pour nous – dans la mesure où nous étions au plus près de la relation soignants-parturientes, soignants-soignants et des discours, de même que des pratiques et des conduites de ces acteurs pendant l'accouchement (élément important de notre problématique) – il restait tout de même à négocier

la collaboration des soignants sur ce qui constituait l'objet de notre recherche, en l'occurrence les accouchements de mort-nés. Le principe était qu'en cas de mort-né, nous discussions avec le soignant ou avec l'équipe qui s'est chargée de l'accouchement et avec la parturiente concernée. Si l'événement avait lieu en notre absence, il avait été convenu que le personnel présent nous en informe et relève les coordonnées de la parturiente en vue d'une rencontre ultérieure⁵. Cette directive n'a jamais été respectée. Une accoucheuse de la première maternité nous a d'ailleurs dit un jour : « Si tu veux qu'on t'informe, il faut acheter un téléphone portable pour tout le monde sinon on ne peut pas! » Lorsque nous nous sommes consacrés pleinement à la deuxième maternité, une nouvelle équipe venait de remplacer celle que nous connaissions et qui avait été informée de l'étude. La responsable de l'équipe antérieure nous présenta à la sage-femme qui assurait l'intérim de la responsable de la nouvelle équipe. Lorsque nous avons demandé à la sage-femme intérimaire l'autorisation de passer quelque temps en salle d'accouchement, sa réponse fut sans ambiguïtés, comme en témoignent ses propos que nous rapportons : « C'est difficile... Il y a des malades là, quand il y a d'autres personnes, ils ne veulent pas parler... Je vais demander à la responsable pour voir ». Plus tard, elle nous informa du refus de la responsable. Notre présence dans la maternité se limitait à l'espace de la salle d'attente où nous procédions à l'observation des interactions entre les accompagnants des parturientes et des soignants. Nous avions accès à la salle d'accouchement uniquement pour consulter le registre ou pour saluer le personnel à condition de ne prendre que quelques secondes et en l'absence de patiente dans la salle d'accouchement.

Nos premières déductions sur notre acceptation par nos interlocuteurs sur le terrain n'étaient donc qu'une illusion sur l'idée d'une collaboration acquise par les soignants.

Entre exigences méthodologiques et éthiques

Les soignants nous interpellaient régulièrement sur le choix de notre sujet : « Pourquoi les mort-nés? », ou encore « Mort-né! C'est quel genre de travail ça? » Certains n'hésitaient pas à nous attribuer des pseudonymes en rapport avec le sujet à l'exemple de : « Madame mort-né est là! », pour saluer notre arrivée, ou encore : « C'est toi le croque-mort! » Les soignants s'interrogeaient sur la pertinence de s'intéresser aux mort-nés alors que d'autres sujets (les évacuations, les conditions de travail des soignants, etc.) leur semblaient beaucoup plus intéressants. La plupart des soignants y voyaient la marque d'un espionnage pouvant leur attirer des ennuis, d'autant plus que nous devions rencontrer les parturientes. D'une manière générale, les anthropologues dans les services de santé sont perçus comme le mauvais œil qui ne laisse rien passer

sans noter et qui ne retient que l'aspect négatif des choses. Cette hostilité se rencontrait également chez les stagiaires du monde médical. Apprenant que nous travaillions sur les mort-nés et que nous devions mener des observations, une élève sage-femme a tenu les propos suivants:

Élève sage-femme : On ne va pas vous laisser entrer ici... Vous là, vous êtes dangereux. J'ai entendu parler de vous. On a peur de vous.

Chercheur : Vous avez peur de nous? Qui vous a parlé de nous?

Élève sage-femme : Personne, je sais ça comme ça... mort-nés là, vous n'allez rien savoir... Comme c'est comme ça là, on ne va plus vous laisser entrer ici [...]. Si c'est comme ça là, venez nous poser les questions, on va répondre et puis vous allez partir. Pourquoi vous venez vous asseoir pour regarder? Ce n'est pas clair, il y a anguille sous roche! Il y a quelque chose! Ce n'est pas clair!

Les récentes études sur les services de santé africains dont les personnels de santé avaient eu connaissance⁶, en plus des informations qui avaient pu être diffusées à propos des revues de cas cliniques à la maternité de référence n'ont fait que renforcer l'image selon laquelle nos interventions attestaient d'un parti pris systématique pour les usagers. Ainsi, les personnels de santé passaient d'une attitude accueillante à des comportements désagréables et méfiants à l'égard des anthropologues dès que nous cherchions, par exemple, à négocier un entretien ou à avoir des informations sur un accouchement qui venait de se passer. Une accoucheuse auxiliaire présente au moment de l'accouchement d'un mort-né nous a orientés vers un infirmier stagiaire pour nous donner les informations que nous voulions obtenir. En outre, nous avons été à plusieurs reprises renvoyés d'une équipe à une autre sans pouvoir obtenir des informations sur une situation. Nombre de femmes ont quitté la maternité sans que nous ayons pu les rencontrer ni avoir leurs coordonnées pour pouvoir entrer en contact avec elles (ou pour faire un suivi avec elles). Les soignants étaient parfois réticents à nous répondre, ou nous évitaient. Par contre, une grande aisance et un intérêt particulier apparaissaient lorsque nous abordions d'autres sujets.

Dans une autre maternité, une étude anthropologique sur les évacuations et les références vers des hôpitaux était menée parallèlement à celle sur les accouchements de mort-nés. Pour cette étude en particulier, les personnels de la santé accordaient plus d'attention à l'enquêtrice comparativement à l'étude sur les mort-nés. Dès son arrivée dans la structure de soins, elle était informée de nouvelles situations d'évacuation. Une fois l'entretien réalisé avec la femme

évacuée, les soignants s'informaient auprès de l'enquêtrice sur le devenir de la femme : avait-elle pu avoir accès à l'hôpital? A-t-elle subi une césarienne? Qu'ont dit les soignants de l'hôpital sur la prise en charge initiale de la femme avant l'évacuation? Autant de questions révélatrices d'une certaine conscience professionnelle. Pourquoi ce changement d'attitudes des soignants envers le travail de l'anthropologue dès lors que l'on passait d'une étude sur les mort-nés à une étude sur les transferts? Est-ce parce que dans le cas d'un transfert, la responsabilité des personnels de la maternité n'était plus en cause, reposant alors désormais sur les personnels de l'hôpital de référence, alors qu'elle semblait totalement engagée dans le cas de mort-nés? Est-ce le signe d'une véritable empathie envers la femme que l'on attend de professionnels de la santé? Quoi qu'il en soit, ces différences d'attitudes sont la traduction de non-dits, de représentations distinctes des professionnels de santé de la gravité de situations, de leur implication et de leur responsabilité dans la gestion de ces situations différenciées. C'est aussi là une invitation faite à l'anthropologue de revoir ses stratégies de recherche et l'utilisation de ses outils. En particulier, le recours aux entretiens avec les soignants montrait là toutes ses limites, non pas dans la pertinence de cette technique de collecte de données mais dans la possibilité de l'usage effectif de l'entretien en raison des réticences des soignants : comment accéder aux données dont on a besoin si l'informateur ne veut pas les évoquer oralement? Il faut alors opérer un choix qui prend en compte les réactions des individus au dispositif d'enquête.

Intégrant donc cette réalité, nous avons mis alors l'accent sur l'observation comme outil principal de recueil de données en tant qu'elle nous permet d'être plus proche des soignants, d'établir une relation de confiance au fil de notre présence et ainsi d'accéder aux non-dits et aux faits tels qu'ils sont produits dans leur contexte. Il ne s'est pas agi pour nous de privilégier une technique de recherche en raison de ses avantages supposés ou d'un choix personnel, mais d'y recourir en tant que produit d'un contexte de travail, d'une situation de terrain car, comme le précise Fassin (1990, p. 99) : « le chercheur n'a d'ailleurs pas toujours le choix de sa technique : elle lui est en partie imposée par les circonstances et les interlocuteurs ». Cette méthode de collecte des données ne s'opère par contre pas sans ambiguïtés, notamment en ce qui concerne le degré d'implication de l'observateur dans le fonctionnement du service de santé. À plusieurs occasions, les soignants disaient : « C'est toi qui feras le prochain accouchement! Cela fait longtemps que tu es ici là, tu dois connaître maintenant! » Ces sollicitations prenaient d'autant plus de sens que nous avions participé au programme préalablement évoqué sur l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence, dont les activités étaient coordonnées à partir du district sanitaire, soit le niveau hiérarchique supérieur

dont dépendaient les soignants de la maternité que nous étudions, et que nous apparaissions parfois comme des évaluateurs ou des superviseurs. À ce propos, un soignant n'a cessé de nous interpeller dans les termes suivants : « Ce sont nos patrons! C'est vous les patrons du district! » N'ayant pas de formation médicale, mais également au titre de l'extériorité de notre position d'observateur, nous ne pouvions pas prendre part aux activités, même en cas d'affluence et de manque de personnel. En dépit des sollicitations des soignants, nous ne pouvions pas davantage donner notre avis sur la conduite à tenir devant un cas jugé critique. L'attitude qui s'impose devant de telles situations est celle des « limites à ne pas franchir » (Vidal, Fall, & Gadou, 2005). L'observateur pourrait éventuellement réaliser des actes qui ne nécessitent pas de compétences médicales, comme aller acheter des médicaments au dépôt pharmaceutique pour le soignant lorsqu'il est seul, ou encore prévenir le soignant qui se trouve en salle de repos lorsqu'il y a une nouvelle entrée.

Une autre forme d'implication des chercheurs attendue par les soignants est celle qui consiste à servir de relais entre les soignants et les usagers d'une part et entre les soignants entre eux d'autre part. La forme la plus manifeste est celle où nous nous retrouvions mêlés aux rapports de force entre chaque partie. Par exemple, devant une femme en travail qui manifestait un comportement jugé inapproprié par les soignants nous étions pris à témoin par ces derniers pour que nous attestions de leurs mauvaises conditions de travail, comme en témoignent les propos suivants émanant d'une équipe soignante qui faisait état de ses observations :

Une femme en travail a du mal à contenir ses douleurs, bouge dans tous les sens. Devant son attitude, le maïeuticien se tourne vers moi et dit : « Tu vois? C'est comme ça! On touche, on touche le ventre, on se couche dessus et après, on fait un mort-né! »

Contre toute attente, la femme se lève, elle descend de la table avec sa perfusion. Toute la salle est surprise. On la somme de remonter sur la table mais elle rétorque qu'elle est fatiguée. Tout le personnel se tourne alors vers moi et comme en chœur, on me dit : « Tu vois, c'est comme ça les mort-nés » ou encore : « C'est comme ça qu'elles font les mort-nés-là! »

Pour les usagers, nous apparaissions parfois comme des soignants, parfois comme leur porte-parole, ce qui nous obligeait à rappeler régulièrement la raison de notre présence dans la maternité et ce que nous attendions d'eux. Toute la difficulté résidait dans le fait de trouver la stratégie de travail qui faciliterait le contact avec les soignants et les usagers, et de rester dans la

neutralité malgré les sollicitations des différentes parties et la violence de certaines situations.

Nous avons fait ici le choix de ne pas participer aux gestes techniques des maternités sites de l'étude⁷. Ce choix nous a souvent valu des critiques véhémentes de certains soignants. Notre présence en salle d'accouchement ou en salle d'observation était parfois jugée inutile et parfois encombrante.

Conclusion

Ici, il n'y a aucune place laissée à toute interprétation culturaliste pour donner du sens aux pratiques des usagers et des professionnels de santé. Notre collaboration dans cette expérience s'est essentiellement basée sur la mise en pratique de techniques d'enquête classiques telles que l'entretien, l'observation directe de même que les entretiens de groupe. En revanche, des difficultés d'échanges avec les soignants sont progressivement apparues au fur et à mesure que leur implication était attendue dans les activités. Ces difficiles relations entre anthropologues et personnels de la santé s'articulaient sur l'émergence d'une attitude critique en ce qui a trait aux conduites professionnelles et sur la crédibilité d'une démarche. Outre le fait de notre capacité à utiliser des outils de recherche, notre empathie à l'égard du monde social était ici critiquée par les professionnels de santé. Or cette empathie, tout comme la rigueur scientifique, sont des qualités requises pour une meilleure contribution de l'anthropologue à la santé (Fassin, 1994; Vidal, 1994).

Traduire les résultats de recherche en action est une tâche bien complexe; les restitutions des résultats de la recherche directement auprès des bénéficiaires du projet constituent une des voies. La restitution est un cadre d'échanges entre le chercheur et ses interlocuteurs (en l'occurrence les acteurs de terrain) permettant non seulement d'élucider les résultats d'une recherche mais aussi de mieux cerner les actions à mener. Une liste de recommandations formulées – aussi pertinente soit-elle – par le chercheur à la fin d'un rapport aura peu d'échos auprès des acteurs concernés. Au-delà des pistes d'actions, la collaboration avec les professionnels de santé requiert beaucoup de modestie et d'humilité de la part du chercheur pour se prémunir de toute ambition de transformation radicale de l'existant selon les seuls critères de l'observateur et expert extérieur. Le rôle de l'acteur dans un projet de développement doit être bien davantage envisagé comme celui d'un accompagnateur (Fassin, 1994, p. 9). Finalement, notre participation à cette action de développement a réduit la distinction communément admise entre développeurs et chercheurs. Position singulière de l'anthropologue dans une entreprise de développement qui conduit nécessairement à centrer le débat sur la question de l'implication et de l'applicabilité de l'anthropologie (Le Meur, 2007).

Notes

¹ À ce propos, on pourra se rapporter à Ouédraogo, Richard, Compaoré, Wisoq, Pobel, Ouattara, Gruénais et De Brouwere (2008).

² L'UR 002 s'intitulait Acteurs et systèmes de santé en Afrique (ASSA).

³ Pour des études anthropologiques conduites notamment dans des pays d'Afrique de l'Ouest, voir Jaffré et Olivier de Sardan (2003); Hahonou (2000); Vidal, Fall et Gadou (2005).

⁴ Le mort-né est un enfant qui ne présente aucun signe de vie à la naissance. La mort survient *in utero*. Selon le délai passé entre le décès et l'accouchement, l'aspect de l'enfant mort-né à la naissance sera qualifié de « frais » ou « macéré ». Le mort-né macéré est un enfant né sans vie avec un aspect macéré (peau qui desquame). Tandis que le mort-né frais est un enfant né sans vie alors que les bruits de son cœur étaient présents à l'admission de la parturiente. Les mort-nés frais sont le plus souvent considérés par les soignants comme relevant d'un mauvais suivi du travail de l'accouchement.

⁵ Nous devons rencontrer plus tard ces femmes à leur domicile pour des entretiens.

⁶ Nous nous référons aux grandes enquêtes réalisées dans cinq grandes villes d'Afrique de l'Ouest sous la direction de Jaffré et Olivier de Sardan (2003) qui ont révélé un état de déliquescence des structures de santé et de difficiles relations entre les personnels de la santé et les usagers des structures de soins.

⁷ Nous faisons référence aux travaux de Vega (2000), Peneff (1992) pour ne citer qu'eux, qui ont plutôt choisi une attitude participative dans les institutions de santé qu'ils ont observées.

Références

Fassin, D. (1990). Décrire. Entretien et observation. Dans D. Fassin, & Y. Jaffré (Éds), *Sociétés, développement et santé* (pp. 87-106). Paris : ELLIPSES/AUPELF.

Fassin, D. (1994). L'anthropologue et la santé publique. Repéré à <http://amades.hypotheses.org.261>

Fassin, D., & Defossez, A-C. (1992). Une liaison dangereuse. Sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Équateur. *Cahiers des sciences humaines*, 28(1), 23-36.

Hahonou, E. K. (2000). *Étude socio-anthropologique des interactions entre usagers et agents de la santé. Le cas du service des urgences de l'Hôpital National de Niamey* (Mémoire de DEA inédit). École des Hautes Études en Sciences Sociales, Marseille, France.

Jaffré, Y. (2003). Le souci de l'autre : audit, éthique professionnelle et réflexivité des soignants en Guinée. *Autrepart*, 28, 95-110.

- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (Éds). (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*. Paris : APAD-Karthala.
- Le Meur, P.-Y. (2007). Anthropologie et développement. Une relation à plaisanterie? Dans T. Bierschenk, G. Blundo, Y. Jaffré, & M. T. Alou (Éds), *Une anthropologie entre rigueur et engagement* (pp. 151-174). Paris : Karthala.
- Matshedisho, K. R. (2005). Réinterpréter et reconstruire l'Afrique : le défi de la recherche en sciences sociales. Dans K. R. Matshedisho, Cl. Abé, M. Kiconco, E. Van Heerden, & I. Palmary (Éds), *Sciences sociales et l'avenir de l'Afrique* (pp. 1-31). Dakar : CODESRIA.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris : Karthala.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2004). Le chaînon manquant. *Le Courrier de la Planète*, 74, 36-40.
- Ouédraogo, C., Richard, F., Compaoré, J., Wisoq, C., Pobel, D., Ouattara, F., Gruénais, M. E., & De Brouwere, V. (2008). Cost sharing for obstetrical emergencies in sector 30 health district, Ouagadougou, Burkina Faso. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 24, 49-82.
- Ouédraogo, H. C. T., Dembélé-Traoré, A., & Kabré, E. (2003). *Étude sur l'offre de santé dans les secteurs 28 et 29 du district sanitaire du secteur 30 de la ville de Ouagadougou*. Ouagadougou : Direction régionale de la santé.
- Ouédraogo, R. (2006). *Les évacuations sanitaires des femmes enceintes à la maternité du CSPS du secteur 28 de Ouagadougou. District sanitaire du secteur 30, Ouagadougou, Burkina Faso* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Ouagadougou, Burkina Faso.
- Peneff, J. (1992). *L'Hôpital en urgence. Étude par observation participante*. Paris : Métailié.
- Programme AQUASOU. (2003). *Analyse situationnelle du secteur 30 Ouagadougou*. Projet Fonds de solidarité prioritaire (FSP) 2001-149, Ministère des Affaires étrangères français (MAE-F).

- Richard, F., Ouédraogo, C., Zongo, V., Ouattara, F., Zongo, S., Gruénais, M-É., & De Brouwere, V. (2008). The difficulty of questioning clinical practice : experience of facility-based case reviews in Ouagadougou, Burkina Faso. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(1), 38-44.
- Tiendrébéogo-Sam, H. (2003). *Étude des opinions des représentations et des perceptions des populations et des professionnels sur la prise en charge de la grossesse et des risques liés dans le district sanitaire du secteur 30* (Mémoire de santé publique inédit). Université Catholique de Louvain, Belgique.
- Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*. Paris : Éditions des archives contemporaines.
- Vidal, L. (1994). L'anthropologie, la recherche et l'intervention sur le sida : enjeux méthodologiques d'une rencontre. *Bulletin de l'APAD*, 8. Repéré à <http://apad.revues.org/document1982.html>
- Vidal, L., Fall, A. S., & Gadou, D. (Éds). (2005). *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*. Paris : l'Harmattan.
- Zongo, S. (2006). *Faute et responsabilité en santé. Personnels de santé et usagers face aux mort-nés à Ouagadougou (Burkina Faso)* (Mémoire de Master de recherche inédit). Université de Provence, Aix-Marseille I, France.
- Zongo, V. (2005). *Intégration de l'audit obstétrical dans les activités de la maternité du CMA du district sanitaire du secteur 30* (Mémoire d'Attaché de Santé en Soins Infirmiers et obstétricaux inédit). École nationale de santé publique, Ouagadougou, Burkina Faso.

Fatoumata Ouattara détient un doctorat en anthropologie et est ingénieure de recherche à l'Institut de recherche pour le développement au sein de l'UME 912 « Sciences Économiques et Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés », basée à Marseille (France). Elle travaille depuis plusieurs années dans le domaine de la santé maternelle et génésique et de la prise en charge des femmes vivant avec le VIH au Burkina Faso.

Sylvie ZONGO a complété un Master 2 et est doctorante en anthropologie à l'Université de Provence (Aix-Marseille 1). Elle est accueillie dans le cadre de sa thèse à l'IRD, au sein de l'UMR 912 « Sciences Économiques et Sociales, Systèmes de Santé, Sociétés » à Marseille (France). Elle travaille depuis plusieurs années dans le domaine de la santé maternelle au Burkina Faso. Elle s'intéresse, dans le cadre de sa thèse, à la problématique de la procréation en situation d'infection à VIH en milieu urbain au Burkina Faso.

***Marc-Éric GRUENAI** détient un doctorat en anthropologie. Il est directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement et professeur à l'Université Bordeaux Segalen. Il a réalisé de multiples études sur les systèmes de santé dans différents pays d'Afrique (Burkina Faso, Cameroun, Congo, Maroc). Il a publié des travaux relatifs à la santé maternelle, à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et aux politiques nationales de lutte contre le sida en Afrique, sur l'organisation locale des systèmes de santé.*