

JEAN-PIERRE OLIVIER DE SARDAN

SERVICE PUBLIC ET INFORMALITÉS DANS  
LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Résumé</b>	<b>5</b>
<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>Le cadre général : leg colonial et pauvreté</b>	<b>13</b>
<b>Les modèles voyageurs et l'épreuve des « contextes »</b>	<b>15</b>
<b>Les normes sociales des soignés et les normes pratiques des soignants</b>	<b>19</b>
<b>L'informalité positive : les « améliorateurs »</b>	<b>23</b>
<b>Pourquoi la santé publique tient-elle si peu compte de l'anthropologie de la santé ?</b>	<b>27</b>
<b>Conclusion</b>	<b>29</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>30</b>

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ***Résumé**

Le système de santé est un service public essentiel, mais aussi un reflet des dysfonctionnements étatiques. Dans de nombreux pays, notamment en Afrique, la santé publique est mal financée, poussant les usagers à payer de leur poche ; les ressources humaines sont mal gérées, d'où une qualité des soins insuffisante ; les programmes et projets mis en œuvre par les partenaires internationaux sont peu adaptés aux contextes locaux, d'où de nombreux effets inattendus.

Les professionnels de santé, bien qu'intégrés dans un système très formel, opèrent souvent de manière informelle : les pratiques réelles et les fonctions réelles sont assez éloignées des pratiques prescrites, et des organigrammes officiels. Les comportements non conformes des agents de santé sont souvent ancrés dans des normes pratiques et des routines qui s'écartent des protocoles. L'informalité dans les systèmes de santé n'est pas unique à l'Afrique, mais y est exacerbée par le manque de ressources, l'héritage colonial et une aide internationale top down, très standardisée et très bureaucratisée. Les critiques des usagers concernant la corruption et l'inefficacité des services sont fréquentes, mais les réponses des décideurs ne prennent guère en compte les réalités vécues par les usagers et les agents de santé de première ligne.

Pour explorer ces disparités entre normes officielles et pratiques réelles, les concepts de "modèles voyageurs" et de "normes pratiques" sont utiles. D'autre part l'informalité, qui peut parfois nuire à la qualité des soins, peut également engendrer des solutions innovantes. Il existe des "réformateurs de l'intérieur", (ou « experts contextuels »), autrement dit des « améliorateurs informels » qui assurent une meilleure qualité des services, soit en bricolant des innovations endogènes, soit en adaptant de façon créative les interventions externes aux contextes locaux. Une meilleure reconnaissance des informalités positives et une volonté politique forte d'amélioration des systèmes de santé seraient indispensables, ainsi qu'une intégration des perspectives des experts contextuels dans la formulation des politiques de santé.

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

# SERVICE PUBLIC ET INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE

JEAN-PIERRE OLIVIER DE SARDAN

## Introduction

La santé est avec l'éducation et la sécurité l'expression majeure d'un Etat « délivreur de services », perçu comme bienveillant, secourable et protecteur, qui fait l'objet d'une forte attente et d'une forte demande de la part des citoyens<sup>1</sup>. Les Etats ont en effet deux faces, avec d'un côté l'Etat délivreur, et de l'autre côté l'Etat répressif. C'est cette seconde face qui a été le plus souvent analysée par les sciences sociales et la philosophie politique, y compris en ce qui concerne la santé (Foucault, 1963 ; Nguyen 2010).

Partout le système de santé dépend en grande partie de l'Etat délivreur, qui dirige, organise et finance le secteur public de la santé et qui contrôle et régule le secteur privé de la santé. En outre divers Etats financent les deux secteurs à travers des dispositifs de sécurité sociale. Mais dans beaucoup de pays du Sud, et en particulier en Afrique, l'Etat contrôle et régule imparfaitement, il finance peu et les dispositifs de sécurité sociale font pour l'essentiel défaut. Ce sont les usagers qui doivent payer de leur poche une fraction des coûts (*out of pocket payments*) et les systèmes de santé dépendent

---

<sup>1</sup>Je remercie Aïssa Diarra, Sue Godt, Mach'Houd Kouton, et Louis Pizarro pour leurs commentaires sur une première version de ce texte

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

en grande partie des financements et de l'appui technique de l'aide internationale (institutions internationales, fondations, ONGs), sous condition d'approbation par l'Etat.

Partout, les professionnels de santé apparaissent comme un des principaux « métiers » de l'Etat délivreur. Il s'agit d'un métier particulièrement formalisé, pour trois raisons : d'une part il est très pyramidal et hiérarchisé ; d'autre part les protocoles y sont omniprésents et y ont une importance décisive ; et enfin la quantification et l'épidémiologie sont au cœur de tous les dispositifs de santé publique. Cette formalisation s'est même depuis quelques décennies renforcée, avec l'introduction dans les hôpitaux du *New Public Management* ; celui-ci promeut une gestion issue du secteur privé fondée sur la mesure des performances et l'obligation de transparence (Tolofari, 2005 : 75). Pourtant, il « *génère d'importants effets pervers dans la phase de mise en œuvre* » et on assiste au « *développement d'enclaves bureaucratiques en symbiose avec les consultants internationaux mais qui laissent intactes le reste du système administratif* » (Bezès, 2007 : 20).

L'informalité au sein du système de santé n'existe pas qu'au Sud. Nulle part les professionnels de santé ne sont des robots obéissant aveuglément aux consignes de leurs supérieurs, exécutant à la lettre tous les protocoles, et traduisant en chiffres précis tous leurs actes. Comme dans tous les métiers à travers le monde, les professionnels de santé utilisent ou se créent des marges de manœuvre et des espaces discrétionnaires, ils adaptent leurs comportements aux contextes de travail et aux interactions qu'ils ont avec leurs collègues et les usagers, ils font preuve de discernement ou de contournements, ils innovent ou suivent des routines propres à leur services, ils ont des stratégies et des habitudes. En un mot ils font preuve d' « *agency* »



*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

(Giddens, 1984) et mettent de l'informel dans le formel, comme cela a été démontré il y a déjà longtemps dans le cas des agents publics aux Etats-Unis (Pressman & Wildavsky, 1973; Lipsky, 1980).

Ce que nous appelons ici « informalité » se distingue donc l'usage habituel de ce terme, qui s'applique à l'économie populaire non déclarée officiellement et non conforme aux réglementations du travail et aux dispositifs fiscaux. Ici, l'informalité est interne à la formalité des services publics, elle est interstitielle, et englobe tous les comportements des agents de l'Etat qui s'écartent des préconisations et des protocoles, des normes officielles et des normes professionnelles, autrement dit elle concerne leurs comportements « non observants ».

Bien évidemment, cette informalité n'est pas une spécificité du monde de la santé, et on la retrouve dans tous les métiers de l'Etat. Elle peut être très variable dans son ampleur et ses formes. Elle est plus ou moins importante selon les métiers de l'Etat et leurs niveaux de formalisation respectifs. Elle varie aussi beaucoup selon les contextes nationaux.

Si l'informalité existe partout, elle peut devenir particulièrement importante dans certaines situations historiques. Les pays communistes, particulièrement centralisés, ont connu en même temps des formes majeures d'informalité. Il en est de même aujourd'hui avec les pays « sous régime d'aide » (Lavigne Delville, 2017) où les Etats ont des capacités réduites, comme les pays africains, et où la « rente de l'aide » irrigue une partie de la société, dont la fonction publique et le système de santé. Le type d'informalité pris en compte dans ce chapitre concerne essentiellement les systèmes de santé des pays africains, où les Etats sont encore en construction et connaissent de nombreuses difficultés, où les pratiques informelles sont

# INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

particulièrement répandues, et où elles ont été documentées empiriquement de façon rigoureuse depuis une vingtaine d'années : les analyses et les exemples qui suivent sont en effet fondées sur près de 30 ans de recherches collectives en anthropologie de la santé menées au Niger et au Bénin, ainsi que dans plusieurs autres pays africains francophones, par les chercheurs du LASDEL ([www.lasdel.net](http://www.lasdel.net)). Mais la littérature existante montre aussi de profondes similarités avec les informalités internes aux systèmes de santé d'autres pays du Sud, comme par exemple en Afrique du Sud (Jewkes, Naeemah & Zodumo, 1998 ; Walker & Gilson, 2004 ; Hull, 2012 ; Le Marcis & Grard 2015), en Inde (George & Iyer 2013 ; Garimella & Sheikh, 2016 ; Chattopadhyay, Arima & Suraj 2018), au Pakistan (Mumtaz, Levay, Bhatti & Salway, 2015) ou plus généralement dans divers pays à revenus faibles et intermédiaires (Schaaf & Freedman, 2015 ; Schaaf. & Topp, 2019). Autrement dit des pratiques informelles analogues et de vaste extension peuvent exister dans des pays qui ont des régimes politiques et des niveaux de ressources très différents.

Les pratiques informelles des personnels de santé en Afrique sont très largement critiquées par les usagers. Ces derniers dénoncent en particulier la corruption, le clientélisme et le favoritisme, l'absentéisme, le mépris, le mauvais accueil, parfois les violences. Diverses recherches ont souligné ce rejet et confirmé l'ampleur de ces pratiques (Koné, 2003 ; Moussa, 2003 ; Jordan Smith, 2003 ; Olivier de Sardan, Bako Arifari & Moumouni 2007 ; Pieterse & Lodge, 2015). Lors d'une enquête menée dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest en 1998 sur les rapports soignants/soignés (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003) la phrase la plus récurrente dans les entretiens avec des patients à propos de leurs relations avec les soignants était « *ils ne nous*

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

*regardent même pas !* ». Aujourd'hui encore la situation globale n'a guère changé. Même si des progrès indéniables ont été constatés par les batteries d'indicateurs épidémiologiques, les systèmes de santé de la plupart des pays africains sont toujours considérés par les populations comme inhospitaliers et de mauvaise qualité du fait des comportements des personnels de santé. En fait, s'il est vrai que les pratiques informelles de ces derniers sont bien souvent négatives en termes de qualité des services délivrés, certaines peuvent aussi être positives, en permettant, grâce à la « débrouille » ou à diverses innovations « sur le tas », d'améliorer au contraire cette délivrance. Il faut toujours garder à l'esprit cette ambivalence de l'informalité.

Ce chapitre commencera par une question (partie 1) : que valent les explications le plus souvent avancées pour expliquer les écarts entre pratiques officielles et pratiques réelles en Afrique : (a) c'est un leg du colonialisme ; (b) c'est en raison de la pauvreté. Ces constats sont vrais, mais ils sont aussi partiels, et ne permettent pas de comprendre la situation actuelle des systèmes de santé en Afrique dans sa complexité.

Pour ce faire nous mobiliserons deux concepts issus des enquêtes de terrain (« *grounded theory* », Glaser & Strauss, 1973) : « modèles voyageurs » et « normes pratiques ». Le premier (partie 2) se réfère à la succession de « projets », de « programmes », de « réformes », de « protocoles » que les institutions internationales du monde de la santé importent sans cesse dans les pays africains, sans tenir compte des contextes où ils seront mis en œuvre, ce qui explique leurs nombreux échecs, au moins partiels. Autrement dit les informalités locales mettent en difficulté les interventions formelles des partenaires du Nord. Le second concept (partie 3) désigne les régulations sous-jacentes (informelles) des nombreux comportements des agents de

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

santé qui s'éloignent des règles officielles, que ce soit celles de la fonction publique, celles des professions médicales ou celles des formations sanitaires où ils exercent. Les normes pratiques des personnels de santé sont une cause majeure de la reproduction des pratiques informelles dans le secteur de la santé.

Mais l'informalité peut être parfois positive. Face aux difficultés et aux limites des « réformes de l'extérieur », une piste intéressante consiste à identifier et documenter les « réformateurs de l'intérieur » (partie 4), qui sont conscients de l'inadaptation des interventions internationales aux contextes locaux, et qui tentent de modifier et améliorer les normes pratiques. Ce sont des « améliorateurs de l'informel ».

Enfin (partie 5), nous nous demanderons pourquoi les résultats des recherches menées par la nouvelle anthropologie de la santé sur les informalités quotidiennes des systèmes de santé (le « monde réel » des interactions sanitaires) sont si peu pris en compte par les décideurs de la santé publique et de la santé mondiale .

## **Le cadre général : leg colonial et pauvreté**

La médecine sous l'occupation coloniale a d'abord été une médecine militaire de masse, très autoritaire, et donc particulièrement peu portée à l'écoute et en général hostile aux perceptions et pratiques des « indigènes » en matière de santé (Bado, 1998 ; Lachenal, 2017). En outre, tous les services de l'Etat colonial (y compris la santé) étaient caractérisés par un important fossé entre les fonctionnaires coloniaux et les populations. Les infirmiers africains formés dans ce contexte ont souvent acquis une culture suprématiste et dédaigneuse à l'égard des usagers, sans place pour l'écoute ou le dialogue, et on peut penser que cette culture perdure aujourd'hui (Olivier de Sardan, 2004). Mais, soixante-cinq ans après les indépendances, le passé ne peut plus être qu'une explication du présent parmi d'autres. Les responsabilités des gouvernements nationaux successifs sont lourdes : le système public de santé n'a jamais été une priorité ; les ministères de la Santé ont systématiquement accepté tels quels les politiques et programmes de santé impulsés par les institutions internationales, synonymes de ressources importantes, quand bien même ces interventions étaient en profond décalage avec les réalités de leur pays et avaient peu de chance de réussir. Les élites locales se soignent dans le secteur privé ou à l'étranger, et la médecine publique, délaissée, est devenue une médecine de second rang pour les pauvres. Les responsabilités des institutions internationales ne peuvent non plus être ignorées : l'ajustement structurel des années 1980-2000 a eu des effets ravageurs sur les systèmes de santé africains, a dégradé la qualité de soins et entraîné une hausse importante de la corruption.

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

Quant à la faiblesse des ressources matérielles et humaines, elle est réelle. Les personnels de santé parlent sans cesse du « manque de tout ». Les formations sanitaires vivent dans le dénuement. Les pays africains sont loin de consacrer au budget de la santé les 15% de leur budget que leurs dirigeants s'étaient engagés à atteindre dans la déclaration d'Abuja de 2001 (seuls le Cap Vert et l'Afrique du Sud avaient réussi en 2021). Le nombre de médecins par habitant reste parmi les plus faibles du monde. Les infrastructures, les équipements, les matériels, les produits sont notoirement insuffisants. Pourtant l'aide internationale bilatérale et multilatérale a été très importante. Mais d'une part une partie importante de cette aide a été détournée aux niveaux national et local ; d'autre part l'endettement croissant des pays africains (y compris envers la Chine) et les conditionnalités macro-économiques imposées par les institutions et agences d'aide ont freiné les investissements nationaux dans le secteur de la santé ; et enfin les modalités de cette aide étaient elles-mêmes inappropriées et le restent encore bien souvent, du fait de la prééminence de politiques et de programmes de santé stéréotypés et uniformisés impulsés par la santé mondiale.

## Les modèles voyageurs et l'épreuve des « contextes »

Le déferlement permanent de réformes en tous genres, dans la santé comme ailleurs, est une des modalités de la dépendance des pays africains à l'aide extérieure. Ces réformes sont des « modèles voyageurs » (Olivier de Sardan, 2025)<sup>2</sup>, autrement dit des interventions standardisées, très formalisées et procéduralisées, élaborées par des experts internationaux. Dans le domaine de la santé, elles sont diffusées dans la quasi-totalité des pays africains ou asiatiques par l'OMS, l'UNICEF, le Fonds mondial, le fonds Gavi, la fondation Bill Gates, entre autres (Eboko, Hane, Demange & Faye, 2015).

« Maternal health has not lacked “travelling models”: in the last ten years. Niger has seen the arrival of Prevention of Mother to Child Transmission of HIV (PMTCT), Emergency Obstetric and Neonatal Care (EmONC), Essential Obstetric and Neonatal Care (EONC), Active Management of the Third Phase of Labour (AMTSL), Fee exemptions for caesareans, Focused Antenatal Care (FANC), Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) and Performance-Based Financing (PBF)”. (Olivier de Sardan, Diarra & Moha, 2017 : 73)

Les modèles voyageurs en santé publique ou dans les diverses spécialités médicales, aussi impeccables soient-ils techniquement, se heurtent inéluctablement à « l'épreuve des contextes » (les contextes où ils sont mis en œuvre) : dans les villes, les faubourgs, les campagnes de multiples pays d'Afrique ou d'Asie, c'est-à-dire dans des contextes locaux extrêmement

---

<sup>2</sup> Cette expression a été utilisée pour la première fois par Richard Rottenburg (2007) dans un sens légèrement différent. Pour une analyse des modèles voyageurs dans le domaine de la santé maternelle, cf. Olivier de Sardan, Diarra & Moha, 2017.

### INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

variés, ils sont confrontés chaque fois à des acteurs différents, qui ont tous leurs propres logiques, leurs propres perceptions, leurs propres intérêts, leurs propres contraintes, leurs propres routines. Les modèles voyageurs n'en ressortent jamais indemnes, ils ne sont jamais appliqués intégralement et comme prévu, ils rencontrent partout des « *implementation gaps* » variés, ils engendrent inévitablement des effets inattendus (Ridde & al. 2012 ; Olivier de Sardan & Ridde, 2015 ; Ridde & al. 2017)

L'introduction de la prévention de la transmission du SIDA de la mère à l'enfant (PTME) au sein des maternités nigériennes a fait l'objet d'une mauvaise volonté générale des sage-femmes. Elles ne bénéficiaient en effet pas de primes pour cette nouvelle activité, alors qu'elles considéraient que beaucoup d'argent était disponible pour la lutte contre le SIDA et ne comprenaient pas pourquoi elles n'avaient pas « leur part ». C'est une de leurs « *pratiques controversées* » (Diarra, 2015)

La diffusion par l'OMS des consultations prénatales recentrées (prévues pour durer 45 minutes) se heurte à peu près partout à des durées réelles de consultation prénatale de moins de dix minutes, avec des files d'attente considérables. De ce fait, les nombreuses fiches à remplir le sont de façon incomplète, bâclée et parfois imaginée. (Olivier de Sardan, Bako & Harouna, 2019)

Non seulement les interventions standardisées des partenaires internationaux sont sur le terrain considérablement différentes de ce qu'elles étaient sur le papier, mais en outre ce que deviennent ces interventions « pour de vrai », dans « la vie réelle » n'est en général pas documenté. Les indicateurs quantitatifs si importants en santé publique sont conçus pour mesurer l'atteinte des résultats attendus, et ne disent rien des résultats inattendus, pourtant nombreux.



### *INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

Une ONG internationale spécialisée dans la planification familiale, et qui promeut au Niger et dans d'autres pays africains les implants comme technique contraceptive privilégiée, affiche d'excellents résultats portant sur le nombre d'implants placés. Mais une grande partie des femmes font enlever leur implant dans les mois qui suivent, soit sur injonction du mari, soit en raison d'effets secondaires indésirables : ceci n'apparaît nulle part dans les rapports (entretiens personnels avec deux agents de l'ONG)

Les « projets pilotes », en général largement financés et solidement encadrés administrativement et techniquement, atteignent souvent leurs objectifs quantifiés. Mais quand le projet est achevé et évalué, aucune nouvelle évaluation n'est en général faite quelques années plus tard sur le fonctionnement des réformes qu'il a introduites, une fois le financement coupé et les experts techniques et en gestion partis.

La Banque mondiale et d'autres institutions dépensent actuellement des centaines de millions de dollars pour expérimenter à grande échelle dans les systèmes de santé africains le paiement basé sur les résultats, basé sur une organisation particulièrement complexe. Beaucoup de doutes s'expriment sur la viabilité de cette réforme lorsqu'elle devra être poursuivie sur les seuls budgets des Etats et la seule capacité organisationnelle des systèmes de santé nationaux (Turcotte-Tremblay & al. 2018 ; Gautier & al. 2018)

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

## **Les normes sociales des soignés et les normes pratiques des soignants**

### *Les normes sociales des usagers*

Bien souvent les populations se conforment à des normes sociales locales qui sont en contradiction avec les injonctions médicales. Un travail de « sensibilisation » ou le recours à des « relais communautaires », qui sont les techniques favorites des modèles voyageurs pour convaincre les populations des suivre les normes et préconisations officielles, ne suffisent pas face à des injonctions morales ou des valeurs religieuses ancrées dans les familles et les communautés. Les rationalités médicales se confrontent à des rationalité contextuelles.

Donner accès aux produits contraceptifs pour les adolescent(e)s se heurte à un vaste refus social de voir en face la réalité des rapports sexuels pré-nuptiaux des adolescents : l'islam fondamentaliste de plus en plus répandu condamne non seulement ces rapports mais aussi le fait d'en parler. (Sounaye, Diarra & Younoussi, 2017).

Les moustiquaires imprégnées contre les moustiques vecteurs de paludisme sont distribuées gratuitement aux femmes et destinées en particulier aux enfants. Mais les usages réels sont très différents, et obéissent à d'autres rationalités : parfois elles sont revendues (et peuvent devenir alors des filets de pêche), parfois utilisées pour des décorations, parfois données au patriarche (respect pour les anciens oblige), parfois posées sur les matelas contre les punaises (Faye, 2012 ; observations personnelles).

### *INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

D'autre part les consignes sanitaires se heurtent souvent à des contraintes non prises en compte par les experts internationaux ou les décideurs nationaux, qui empêchent les populations de se conformer aux préconisations des agents de santé.

Le coût très élevé des examens de dépistage du diabète et de ses complications empêche la majorité des populations d'y accéder, alors même que les maladies non transmissibles se développent énormément et sont devenues « sur le papier » des priorités de santé publique. Le diabète, souvent étiqueté comme « maladie de riches » tue en fait au Niger surtout des pauvres. De même, les régimes alimentaires nécessaires pour les diabétiques se heurtent non seulement à l'habitude du plat en commun mais également au coût des aliments recommandés, inaccessibles pour une majorité de ménages (Equipe « Stop NCD » du LASDEL, 2015)

#### *Les normes pratiques des personnels de santé*

Mais les normes pratiques des agents de l'Etat jouent aussi un rôle décisif dans la reproduction des pratiques informelles. Les pratiques professionnelles des personnels de santé s'éloignent en effet souvent, plus ou moins loin, des normes légales et médicales. Mais ces comportements « non observants » ne sont pas erratiques, ils sont fréquents, convergents, prévisibles, et sont largement tolérés, même par ceux qui ne les partagent pas. Ce sont des régulations informelles, latentes, tacites. Ces normes pratiques ne sont ni enseignées ni proférées en tant que telles, mais chacun les apprend sur le tas dans les formations sanitaires.

L'absentéisme et les retards au travail sont très répandus dans les formations sanitaires, malgré les rappels à l'ordre épisodiques du ministère de la Santé. Ils ne font quasiment jamais l'objet de sanctions. Presque personne n'arrive à l'heure officielle (7.30 au Niger), la majorité

### INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

des arrivées s'échelonne entre 8.30 et 9.00. (Souley Issoufou, 2015 ; Olivier de Sardan, Ali Bako & Harouna 2019).

Le partogramme, qui est un outil très simple de monitoring de l'accouchement, selon lequel les constantes (bruit du cœur fœtal, dilatation du col, tension, température) doivent être prises toutes les demi-heures pendant le travail des parturientes et reportées sur la feuille du partographe, afin de signaler éventuellement la nécessité d'une évacuation, n'est presque jamais rempli pendant l'accouchement, mais après, avec des chiffres standards, d'où son surnom de « postographe ». (Olivier de Sardan, Diarra & Moha, 2017 ; cf. aussi Jaffré & al. 2009; 2012 ; Yisma & al. 2013)

Parfois, les normes sociales des usagers sont également partagées par les personnels de santé et deviennent des normes pratiques.

Face aux complications lors des accouchements d'adolescentes mariées précocement, « *certain agents de santé ont tendance à dire aux populations que les complications lors de l'accouchement sont dues au manque de suivi de grossesse, mais pas au mariage précoce* » car ils trouvent celui-ci normal (Diarra, 2019 : 59).

La situation habituelle des formations sanitaires où les personnels de santé et les usagers entrent en interaction est donc une situation de pluralisme normatif : outre un empilement de normes et protocoles médicaux (en raison de la succession incessante de réformes qui se superposent et coexistent au lieu de se substituer les unes aux autres : Bierschenk 2014), il faut compter avec la présence des normes pratiques des personnels de santé et des normes sociales des usagers (lesquels développent eux-mêmes certaines normes pratiques dans leurs rapports avec les soignants). **L'informalité en santé n'est pas due à un déficit de normes, comme les spécialistes de santé**

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

**publique le croient souvent - raison pour laquelle ils en proposent sans cesse de nouvelles -, mais à un excès de normes.**

## **L’informalité positive : les « améliorateurs »**

Mais les pratiques informelles ne sont pas toutes négatives. Certaines sont « palliatives » et visent à délivrer des prestations sanitaires de qualité sans toutefois respecter à la lettre les règlements.

Face aux très fréquentes ruptures de stock de médicaments dans les pharmacies des formations sanitaires publiques de nombreux infirmiers délivrent des ordonnances « informelles », sur des « bouts de papier » (ce qu’ils n’ont pas le droit de faire) afin d’aider les patients à se procurer les produits manquants dans les pharmacies privées (qui les délivrent alors qu’elles n’ont pas le droit de le faire). D’autres infirmiers les vendent eux-mêmes sur place tout en empochant un petit bénéfice, ce qui évite aux patients d’aller chercher une pharmacie parfois éloignée pour les acheter (Diarra & Ousseini, 2015)

Les personnels de santé « réformateurs » s’appuient sur certaines normes pratiques, en modifient d’autres, en introduisent de nouvelles, dans le but d’améliorer les prestations sanitaires. Ils ne respectent pas pour autant à la lettre les règlements ou les protocoles officiels, souvent inapplicables dans leur environnement professionnel. Ils agissent eux-mêmes dans une certaine informalité.

Certains infirmiers ou sage-femmes reçoivent les adolescentes non mariées en dehors des heures de service pour la délivrance de contraceptifs, car sinon elles n’osent pas venir en consultation au vu au su de tout le monde (Diarra, Sambieni, Nassirou, 2025).

Dans un hôpital régional : *« la recherche a pu documenter une vingtaine d’innovations, par exemple : l’amélioration du fonctionnement du laboratoire et de la radiologie par des contrats d’entretien incluant des clauses de formation du*

### INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

*personnel utilisateur à la maintenance préventive et curative ; une nouvelle méthode de suivi des patients en service de santé mentale qui permet un accompagnement amélioré et qui a servi de base pour la réforme du dossier patient au niveau national ; une adaptation des outils du CMAM Surge (Gestion Communautaire des Urgences de la Malnutrition Aigue Urgence Nutritionnelles) et leur extension au paludisme ; la mise en place d'un système d'« engagement » auprès du surveillant du CHR qui permet le préfinancement des coûts des soins des patients admis aux urgences et qui évite à l'entourage de devoir vendre leurs biens à vil prix » (Caremel & Souley-Issoufou, 2024 : 114)*

*« Diverses initiatives comme la rotation des agents pour que chacun connaisse tout le monde, le tirage au sort pour travailler hors de la salle d'accouchement dans un but d'équité, le planning mensuel affiché, le recrutement d'un sourd-muet pour assurer l'ordre auprès des visiteurs dans les suites de couche et s'interposer entre les sage-femmes et les accompagnantes envahissantes... font de cette maternité une structure dans laquelle des réformes locales sont mises en place à partir des réalités propres à l'institution sous l'impulsion d'une réformatrice interne » (Souley Issoufou, 2015: 61)*

**Ces « innovations endogènes », qui sont le plus souvent discrètes, invisibles, méconnues de la hiérarchie sanitaire, et en décalage avec les consignes officielles, devraient pourtant être documentées afin d'aider à élaborer des politiques de santé tenant enfin compte des réalités locales.**

**En outre, ce sont ces réformateurs de l'intérieur qui bien souvent permettent à des réformes de l'extérieur (les modèles voyageurs) d'avoir des effets positifs, car ils les adaptent de façon créative aux contextes de mise en œuvre, quitte à en modifier, en compléter, ou en abandonner certains éléments.**



### *INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

L'OMS et les ministères de la Santé insistent régulièrement sur les système de référence et contre référence, sous formes de fiches formelles (ou de feuilles volantes, les fiches faisant souvent défaut) mais avec peu de succès, surtout pour les contre-références. Un Centre de Santé Mère Enfant a préféré supprimer fiches et feuilles volantes au profit d'un groupe WhatsApp de référence /contre référence pour les femmes enceintes, où les gynécologues font part de leurs observations et conseils. Tous les personnels de santé utilisaient déjà WhatsApp quotidiennement (bien plus que le stylo-bille). Les informations circulent maintenant en temps réel et les retours sont désormais immédiats. (Caremel & Souley-Issoufou, 2024 : 105)

Ces personnels de santé réformateurs ou innovants sont des « améliorateurs » des prestations sanitaires délivrées aux usagers, **des « améliorateurs de l'informel », mettant au point soit des innovations endogènes « bricolées », soit des adaptations créatives à bas bruit.**

On peut aussi les appeler « **experts contextuels** » (Olivier de Sardan, 2022), car ils connaissent en profondeur le « monde réel » des formations sanitaires, ses normes pratiques, ses multiples informalités, et ils sont soucieux d'y apporter des changements positifs, autrement dit de promouvoir une qualité des soins qui fait souvent défaut et qui constitue un goulot d'étranglement majeur des systèmes de santé africains. Les rapports formels et les réunions formelles n'en parlent quasiment jamais. **Le monde de la santé publique et de la santé globale a de très nombreux experts internationaux et nationaux, mais il ignore totalement ces experts contextuels, détenteurs d'une compétence irremplaçable faisant défaut aux experts internationaux et nationaux, et qui surtout ouvrent des pistes de solutions concrètes.**

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

## **Pourquoi la santé publique tient-elle si peu compte de l'anthropologie de la santé ?**

Identifier et documenter les effets imprévus des modèles voyageurs, identifier et documenter les normes pratiques des personnels de santé, identifier et documenter les « améliorateurs » discrets au sein du système de santé : seules les méthodes qualitatives sont en mesure de le faire, car il faut de la familiarité et une présence quotidienne dans les formations sanitaires, il faut mener des entretiens approfondis avec les soignants et les patients, il faut observer les pratiques et les interactions *in situ*, il faut procéder à des études de cas robustes. C'est très exactement le programme qui est mis en œuvre par l'anthropologie des politiques et systèmes de santé, qui a pris son envol depuis une trentaine d'années en Afrique. Il s'agit au fond d'une nouvelle anthropologie de la santé, qui ne se limite plus à la seule étude des représentations et pratiques populaires, généralement appelées « traditionnelles (et en fait souvent « néo-traditionnelles), mais qui prend pour objet privilégié la mise en œuvre sur le terrain des politiques, programmes, projets et protocoles de santé, leurs confrontations avec les personnels de santé et les usagers, et les effets inattendus (ou « *implementation gaps* ») qui en résultent. La nouvelle anthropologie de la santé s'intéresse en conséquence aux informalités qui surgissent sans cesse et se reproduisent à l'intérieur des systèmes de santé. Elle s'intéresse enfin aux adaptations créatives, innovations et bricolages élaborés par les personnels de santé.

Mais l'idéologie quantitativiste si prégnante dans les systèmes de santé rend difficile l'acceptation des résultats produits par ces méthodes qualitatives. **De**

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

**même, la formalisation systématique de tout ce qui est médical freine la reconnaissance du poids de l'informel et sa pris en compte comme un facteur important, voire décisif, des systèmes de santé.** En outre les diverses enquêtes d'opinion qui ont été menées auprès des usagers minimisent énormément leurs critiques, leurs frustrations et même leur colère, en raison des situations d'administration des questionnaires, qui favorisent les réponses prudentes, de « bons élèves » ou qui ne risquent pas de causer des ennuis à l'interviewé. Enfin, les recherches en santé publique procèdent de façon *top down*, par l'élaboration d'un cadre théorique préalable et d'un cadrage précis a priori des questions de recherche auxquelles l'enquête aura pour mission de répondre en remplissant soigneusement les cases dudit cadrage, sans place pour l'imprévu, les contre-exemples, les effets inattendus, les nouvelles pistes, les contournements, en un mot loin du réel quotidien et des pratiques informelles, qui sont au contraire un objet central de recherche pour l'anthropologie de la santé.

Il est vrai que la responsabilité principale de l'état actuel des systèmes de santé repose d'abord sur les Etats africains, et que la capacité de ceux-ci à délivrer une santé de qualité pour tous est très limitée. Néanmoins, on peut penser que l'amélioration de la qualité des soins est surtout une question de volonté politique, et que c'est surtout celle-ci qui fait défaut. Pourtant, aménager et adapter de façon significative les modèles voyageurs aux contextes locaux serait à la portée des autorités sanitaires nationales, prendre en considération les compétences des experts contextuels le serait aussi.

## Conclusion

La médecine fondée sur des preuves constitue bien évidemment un progrès décisif. Mais elle comporte une limite : les seules données considérées comme étant des preuves valables sont quantitatives, et c'est donc l'épidémiologie et l'économie qui constituent de fait la seule base scientifique des politiques, programmes et projets internationaux de santé. Il y a pourtant un grand *knowledge gap* : les critiques massives et convergentes de la part des usagers semblent complètement ignorées, comme le sont les pratiques informelles des personnels de santé, l'inadaptation des interventions internationales aux contextes de leur mise en œuvre ou l'existence d'experts contextuels. Les informalités internes aux systèmes de santé publics, positives comme négatives, ne figurent pas dans les radars de la santé globale. « *The real daily functioning of any administrative service in most African countries cannot be inferred from the written guidelines governing it* » (Olivier de Sardan, 2013: 73). Sauf exceptions rarissimes, ni les gouvernements, ni les autorités sanitaires, ni les organisations internationales ne prennent sérieusement en compte « *the real daily functioning* » des formations sanitaires.

On peut proposer cette métaphore très médicale : les systèmes publics de santé en Afrique sont malades d'un excès d'informalités négatives, mais ceux qui sont censés les soigner (décideurs nationaux et mondiaux) ne prêtent pas attention ni au diagnostic ni à la piste thérapeutique des informalités positives. Comment alors bien soigner le malade ?

**Bibliographie**

- Bado, J.P. (1996) *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique, 1900-1960. Lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*. Paris: Karthala
- Bezès, P. (2007). « Construire des bureaucraties wéberiennes à l'ère du New Public Management ? » *Critique Internationale*, 35: 9-29
- Bierschenk, T. (2014) « Sedimentation, Fragmentation and Normative Double-Binds in (West) African Public Services ». In Bierschenk, T. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) *States at Work. The Dynamics of African Bureaucracies*. Leyden: Brill
- Chattopadhyay, S., Arima M. & Suraj J. (2018) “‘Safe’, yet violent? Women’s experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India”. *Culture, Health & Sexuality* 20 (7): 815-829
- Diarra, A. & al. (2019) « Lutter contre les mariages précoces par l'autonomisation des filles », *Etudes et Travaux du LASDEL*, n° 126
- Diarra, A. & Ousseini, A. (2015) “The strategies of front-line health workers in the context of user fee exemption in Niger”. *BMC Health Service Research*, 15 (Suppl 3)
- Diarra, A. (2015) “Etre sage-femme au Niger. Les pratiques quotidiennes d'un métier controversé ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 121
- Diarra, A., Sambieni, E. & Nassirou, I. (2025) *Etudes et Travaux du LASDEL*, 144
- Eboko, F., Hane, F., Demange, E. & Faye, S.L. (2015) « Gouvernance et sida en Afrique : instruments de l'action publique internationale, l'exemple du Fonds mondial ». *Mondes en Développement*, 170: 59-74
- Equipe « Stop NCD » du LASDEL (2025) « La lutte contre le diabète et l'hypertension au Niger : un diagnostic qualitatif ». *Etudes et Travaux du LASDEL* 140
- Faye, S.L. (2012) « Comprendre la non-utilisation des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) au Niger ». *Médecine et Santé Tropicales*, 22 (2): 203-9

INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

- Foucault, M. (1963) *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France
- Garimella, S. & Sheikh, K. (2016) "Health worker posting and transfer at primary level in Tamil Nadu. Governance of a complex health system function". *Journal of Family Medicine and Primary Care* 5(3): 663-671
- George, A., & Iyer, A. (2013) "Unfree markets: socially embedded informal health providers in northern Karnataka, India". *Social Science & Medicine*, 96, 297-304
- Giddens, A. (1984) *The constitution of society: an outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press
- Glaser, B. & Strauss, A. (1973) *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Eldin
- Hull, E. 2012 "Paperwork, bureaucracy and the contradictions of accountability in a South African Hospital". *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 18(3): 613-632.
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) (2003) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala
- Jaffré, Y. (2012) "Towards an anthropology of public health priorities: maternal mortality in four obstetric emergency services". *Social Anthropology*, 20 (1): 3-18
- Jaffré, Y., avec Diallo, Y., Vasseur P. & Grenier-Torrès, C. (2009) *La bataille des femmes. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*. Descartes, Les Éditions Faustroll
- Jewkes, R., Naemah, A. & Zodumo, M. (1998) " 'Why do nurses abuse patients ?'. Reflections from South African obstetric services". *Social Science and Medicine*, 47 (11): 1781-1795
- Jordan Smith, D. (2003) "Patronage, per diems and the "workshop mentality": the practice of family planning programs in Southeastern Nigeria". *World Development*, 31 (4): 703-715
- Koné, M. (2003) « "Contexte" et "gombo" dans les formations sanitaires ». In Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) *Une médecine inhospitalière*.

INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

*Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.* Paris: Karthala

Lachenal, G. (2017) *Le médecin qui voulut être roi. Sur les traces d'une utopie coloniale.* Paris: Le Seuil

Lavigne Delville, P. (2017) « Pour une socio-anthropologie de l'action publique dans les pays 'sous régime d'aide' ». *Anthropologie & Développement*, (45): 33-64

Le Marcis, F. & Grard, J. (2015) "Ethnography of Everyday Ethics in a South African Medical Ward". In De Herdt, T. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) *Real Governance and Practical Norms in Sub-Saharan Africa. The game of the rules.* London: Routledge

Lipsky, M. (1980) *Street-level bureaucracy: dilemma of the individual in public services.* New-York: Russel-Sage Foundation

Moussa, H. (2003) « Niamey: le complexe sanitaire de Boukoki ». In Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.* Paris: Karthala

Mumtaz, Z., Levay, A., Bhatti, A. & Salway, S. (2015) "Good on paper: the gap between program theory and real world context in Pakistan's Community Midwife programme". *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(2), 249-258.

Nguyen, V.K. (2010) *The republic of therapy. Triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS.* Durham and London: Duke University Press

Olivier de Sardan, J.P. (2013) "The informal practices of civil servants". In *Routledge Handbook of African Politics*, Cheeseman, Anderson & Scheibler (eds), London: Routledgepp.70-80

Olivier de Sardan, J.P. (2004) « Etat, bureaucratie et gouvernance en Afrique de l'Ouest francophone. Un diagnostic empirique, une perspective historique ». *Politique Africaine*, 96: 139-162

Olivier de Sardan, J.P. (2022) « 'Compter sur ses propres forces'. Face à la dépendance à l'aide, promouvoir les experts contextuels dans les politiques publiques en Afrique ». *Global Africa*, 1 (1) : 96-111

Olivier de Sardan, J.P. (2021) *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà.* Paris: Karthala



INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

- Olivier de Sardan, J.P., Bako Arifari, N. & Moumouni, A. (2007) « La corruption dans le domaine de la santé ». Blundo, G. & Olivier de Sardan, J.P. (eds) *Etat et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal)*. Paris: Karthala
- Olivier de Sardan, J.P., Diarra, A. & Moha, M. (2017) “Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health”. *Health Research Policy and Systems*, 15 (suppt 1) : 60 (DOI: 10.1186/s12961-017-0213-9)
- Pieterse, P. & Lodge, T. (2015) “When free healthcare is not free. Corruption and mistrust in Sierra Leone’s primary healthcare system immediately prior to the Ebola outbreak”. *International Health*, 7 (6): 400-4
- Pressman, J. & Wildavsky, A. (1973) *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press
- Ridde V, Kouanda S, Yameogo M, Kadio K, & Bado A. (2012) “ ‘Why do women pay more than they should?’ A mixed methods study of the implementation gap in a policy to subsidize the costs of deliveries in Burkina Faso”. *Eval Program Plann* 36(1):145-152.
- Ridde, V., Yaogo, M., Zongo, S., Somé, P.A. & Turcotte Tremblay, A.M. (2017) “Twelve months of implementation of health care performance-based financing in Burkina Faso: A qualitative multiple case study”. *The International Journal for Health Planning and Management*, 1:15
- Ledeneva, A. (2006) *How Russia really works. The informal practices that shaped post-Soviet politics and business*. Cornell University Press. Cornell University Press
- Rottenburg, R. (2007) *Far-fetched facts. A parable of development aid*. Cambridge: MIT Press
- Schaaf, M. & Topp, S. (2019) “A critical interpretive synthesis of informal payments in maternal health care”. *Health Policy and Planning*, 34, 2019, 216–229

INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ

- Schaaf, M. & Freedman, L. (2015) "Unmasking the open secret of posting and transfer practices in the health sector". *Health Policy and Planning* 30: 121-130
- Souley Issoufou (2015) « Ecart aux normes officielles dans deux maternités du Niger » *Etudes et Travaux du LASDEL*, n° 115
- Souley-Issoufou, M.S. & Caremel, J.F. (2024) « Réformer les systèmes de santé « par le bas ». Pistes de travail pour des « modèles voyageurs » locaux ». *Global Africa* 6: 101-116
- Sounaye, A., Diarra, A. & Younoussi, I. (2017) « Genre et population. Etude socio-anthropologique sur les déterminants des politiques de populations au Niger ». *Etudes et Travaux du LASDEL*, 123
- Tolofari, S. (2005) « New public management and education ». *Policy futures in education*, 3(1), 75-89.
- Turcotte-Tremblay, Anne-Marie, Idriss Ali Gali-Gali, Valéry Ridde. (2020) "An Exploration of the Unintended Consequences of Performance-Based Financing in Six Primary Healthcare Facilities in Burkina Faso." *International Journal of Health Policy and Management*, 191: 226-236.
- Walker L. & Gilson L. 2004. "“We are bitter but we are satisfied”: nurses as street-level bureaucrats in South Africa". *Social Science and Medicine*, 59 : 1251-61
- Yisma, E., Dessalegn, B., Astatkie, A., & Fesseha, N. (2013) "Completion of the modified World Health Organization (WHO) partograph during labour in public health institutions of Addis Ababa, Ethiopia". *Reproductive Health*, 10(1), 23.

*INFORMALITÉS DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ*

*Ce texte a été rédigé pour l'ouvrage "Research Handbook on Health Systems in the Global South", à paraître, qui nous a autorisé à en publier la version française*

Le LASDEL (Laboratoire d'études et de recherches sur les dynamiques sociales et le développement local) est un centre de recherche en sciences sociales implanté au Niger et au Bénin, dont les principaux axes de travail portent sur la délivrance des services publics, la mise en œuvre des politiques publiques et les interactions avec les usagers (santé, hydraulique, pastoralisme, éducation, justice, sécurité, etc.), les pouvoirs locaux et la décentralisation, et l'intervention des institutions de développement.

Le LASDEL recourt principalement à des méthodes qualitatives fondées sur des enquêtes de terrain approfondies. Il met à la disposition des chercheurs et doctorants son Centre de Documentation de Niamey. Il contribue à la formation de jeunes chercheurs, en particulier avec son Université d'été.

La collection « *Etudes et Travaux du LASDEL* » propose des rapports de recherche issus des travaux menés par le LASDEL. Ils sont disponibles en ligne ([www.lasdel.net](http://www.lasdel.net)) ou en vente à son secrétariat.

Derniers numéros parus :

N° 142 « The fight against diabetes and hypertension in Niger: a qualitative diagnosis », by LASDEL "Stop NCD" team (2025)

N° 141 « La lutte contre le diabète et l'hypertension au Niger : un diagnostic quantitatif », par Nassirou Ibrahim (2025)

N° 140 « La lutte contre le diabète et l'hypertension au Niger : un diagnostic qualitatif », par Equipe « Stop NCD » du LASDEL (2025)

## LASDEL

LABORATOIRE D'ÉTUDES ET RECHERCHES  
SUR LES DYNAMIQUES SOCIALES ET LE DÉVELOPPEMENT LOCAL

BP 12 901, NIAMEY, NIGER – TÉL. (227) 20 72 37 80  
BP 1 383, PARAKOU, BÉNIN – TÉL. (229) 23 10 10 50

[WWW.LASDEL.NET](http://WWW.LASDEL.NET)