



Faculté des sciences sociales

Département Anthropologie

**Projet de soumission : affiche scientifique au congrès international de médecine
universitaire**

Avril 2023 à Québec (Canada)

**Le concept d'Ubuntu et la formation en sciences biomédicales au Senegal. La
question de légitimation des enjeux de la responsabilité sociale en santé et la
dimension socio-culturelle dans les curricula des facultés ou écoles de médecine.**

Moustapha FAYE

Ph. D Candidate

Médical Anthropology

Mars 2023

Introduction

L'avènement de la pandémie du virus SARS CoV-2 plus connu sous le nom de Covid-19 ne cesse de nous éclairer sur la prise en compte des dimensions sociale, économique, environnementale, politique surtout culturelle pour mieux comprendre les déterminants de la santé. À ce titre, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) définit la maladie comme un état complet de bien-être, physique, mental, psychique, psychologique et ne consiste pas seulement comme une absence de maladie ou d'infirmité (Préambule de la Constitution de l'OMS de 1946). Du point de vue des sciences sociales, les perceptions de la maladie et du domaine de la santé relèvent de constructions sociales et culturelles influencées par des traditions ethno-médicales plurielles (Maire & FAYE, 2011). C'est dans cette perspective que les premiers travaux scientifiques autour de la maladie et de la santé nous semblent incontournables pour appréhender la pertinence et la nécessité de la prise en compte des enjeux socio-culturels de la maladie et de la santé dans la formation des médecins et du personnel de santé d'ici et d'ailleurs. Par exemples, comme le rappellent Maire et FAYE (2011), jusqu'au XVI^e siècle en Occident, le traitement des maladies relevait du domaine exclusif de l'Église. La question de la relation du corps et de l'âme à Dieu nourrit non seulement la pensée philosophique (Merleau-Ponty 2002), mais fonde également la tradition médicale qui repose sur le principe cartésien de la séparation organique du corps et de l'âme. Comme le souligne Foucault, la dissection des cadavres s'effectue alors sous l'autorité des institutions religieuses (1963 : 125). Dans le domaine des sciences sociales, les premiers écrits ethnographiques consacrés aux questions de la santé et de la médecine envisagent la maladie en étroite relation avec les systèmes magico-religieuses de croyances des sociétés étudiées (Rivers 1924 ; Rasmussen 1929 ; Evans-Pritchard 1937). Certaines recherches consacrées aux pratiques médicales s'orientent vers une dimension « fonctionnaliste » avec Hallowell (1941) et Ackerknecht (1946). Ce dernier constate par exemple que dans les sociétés non-occidentales, « la médecine magico-religieuse fournit, aux moindres frais, les services qui sont rendus dans la nôtre par les tribunaux, la police, les maîtres d'école, les prêtres ou les soldats » (cité in Walser et Koelbing 1971 : 168).

Selon Fainzang, la maladie comme objet d'étude de l'anthropologie sociale relève ainsi de deux orientations : l'une cognitive, l'autre fonctionnaliste (2000 : 8) qui amorcent le développement de l'anthropologie médicale dans les années 1960 ou de « l'anthropologie de la maladie », pour reprendre l'expression d'Augé (1986). Pour ce dernier, l'étude de la maladie est envisagée comme un domaine de l'anthropologie sociale, puisque les pratiques relatives au traitement de la maladie sont indissociables d'un système symbolique articulé où l'intrication entre les conceptions du désordre biologique et du désordre social est étroite. L'ensemble de ces recherches vise à comprendre l'influence de la culture sur les rapports de l'être humain à la santé et à la maladie. Un rapport de l'OMS Bureau Régional de l'Europe (2017) évoque les défis et les leçons apprises sur la prise en considération des dimensions sociale et culturelle de la santé et de la maladie pour mieux tirer profit des soins auprès communautés bénéficiaires.

In 2015, upon acknowledging the importance of culture to health and well-being, the WHO Regional Office for Europe convened its first expert group on the cultural contexts of health and well-being. This came as a response to a growing body of evidence demonstrating that the best medical care in the world remains limited if its provision does not align with the priorities and perceived needs of those it seeks to serve. Indeed, the authors of the 2014 Lancet Commission on Culture and Health argued that “the systematic neglect of culture in health and health care is the single biggest barrier to the advancement of the highest standard of health worldwide” (WHO, 2017).

C'est dans cette dynamique que je souhaite apporter à travers cette affiche scientifique ma modeste contribution quant à la remise en question des programmes de formation médicale et de santé dans les pays africains francophones particulièrement le Sénégal. Ce faisant le projet de repenser ou d'adapter ces programmes de formation médicale et de santé émane de mon parcours professionnel dans un centre hospitalier et universitaire au Sénégal mais également ma participation à titre de membre du Réseau International Francophone sur la Responsabilité Sociale en Santé (RIFRESS) à la faculté de médecine de l'université Laval travers un laboratoire dénommé Projet Solid'Air à titre d'invité participant et doctorant-chercheur en anthropologie médicale au sein de la même institution académique.

Pour ce faire, ce travail d'affiche scientifique est structuré en trois parties : une première partie consacrée aux enjeux de l'anthropologie médicale au Senegal, une deuxième relative au système de santé sénégalais et l'accessibilité des soins, une troisième partie sur les enjeux de l'introduction des dimensions sociale et culturelle dans les programmes formations médicale et de santé, enfin pour terminer, avec une conclusion sous forme de recommandations en termes de responsabilités sociales en santé.

I - L'Anthropologie médicale au Senegal

J'aborde cette partie consacrée à l'anthropologie médicale au Sénégal, à partir de mon expérience in situ en travail social hospitalier. De 2002 à 2005, j'ai été recruté comme travailleur social au service social du centre hospitalier universitaire Aristide Ledantec de Dakar. Cette expérience professionnelle m'a ainsi incité à engager une réflexion sur la fonction et le rôle du service social au sein d'une structure médicale indigène. La politique des réformes hospitalières qui consiste à octroyer une autonomie de gestion financière aux hôpitaux du Sénégal se place au centre de la problématique. Une telle politique a accentué l'inaccessibilité des soins de santé par les populations autochtones vulnérables. La logique du profit coïncidant avec la fin de l'État providence est venue aggraver les maux des populations déjà fragilisées dans leurs conditions de vie précaires, par la dégradation de leur santé et la pauvreté grandissante. Ces populations laissées à elles-mêmes ne bénéficient pas de l'appui d'une politique de protection sociale et de sécurité sociale accessible malgré la mise en œuvre d'un programme assez controversé de la couverture médicale universelle initiée dernièrement par le premier gouvernement du Président Macky Sall. Le service social hospitalier sans subvention de l'État reste, de ce fait, le dernier recours institutionnel pour faciliter un accès équitable des soins par les populations démunies. Par conséquent, les moyens limités de son fonctionnement le décrédibilisent aux yeux des populations autochtones qui n'ont plus confiance en un système de santé ne répondant pas à leurs besoins. En adoptant la politique des réformes hospitalières en 1998, l'État du Sénégal semble oublier la dimension sociale et culturelle de la santé. J'avais l'habitude de dire aux collègues médecins sénégalais avant de poser un diagnostic de traitement, de bien prendre en compte cette dimension sociale de la santé.

Parce que la santé est avant tout une problématique sociale, elle concerne une personne, un groupe, une famille, une communauté voire une société, comme l'a montré Fassin (1992). Pourtant, les pratiques médicales hospitalières conçoivent le corps humain comme un objet d'étude associé à des enjeux économiques et politiques. En fait, un dicton populaire souvent prononcé, à tort ou à raison, par les spécialistes de la biomédecine le démontre : « la santé n'a pas de prix, mais un coût ». Ce discours réducteur de la santé favorise le recouvrement des coûts soutenus par les programmes d'ajustement structurel sous l'influence des politiques néo-libérales. Les structures sanitaires publiques sont ainsi transformées en centres de soins payants. Le secteur de la santé ne fait plus l'objet d'une priorité nationale. De ce fait, le domaine médical souffre d'un personnel insuffisant et sans qualification, d'un matériel et d'infrastructures vétustes. Par ailleurs, certaines élites locales ou certaines personnes aisées ne font plus confiance au système de santé y compris le corps médical. Pour consulter un médecin, des personnes à revenus modestes vont dans les cliniques privées ou à l'étranger. Maire (2011) résume que la vision de Faye démontre la logique économique et non humaniste de la médecine occidentale au Sénégal. L'auteur explore les liens entre les pratiques de l'anthropologie et du travail social, à partir de sa propre expérience dans les deux domaines. Dans sa perspective, la problématique de l'anthropologie médicale critique est posée à travers les enjeux économiques et politiques de la biomédecine selon le contexte autochtone sénégalais où la santé semble être réduite à une valeur marchande. Selon lui, les politiques publiques de santé s'insèrent dans une logique néo-libérale de privatisation qui néglige l'accessibilité des soins aux populations vulnérables. L'auteur dénonce également l'absence de politiques sociales telles que la protection sociale et la sécurité sociale viables et soutenables accessibles à tous les démunis.

II – Les politiques publiques de santé en quête de libéralisation subie : les réformes hospitalières de 1998 au Sénégal

Bien avant les réformes hospitalières, le système de santé a connu de longues crises structurelles liées à la réduction du budget de la santé, un personnel de santé insuffisant et non qualifié et une vétusté des infrastructures sanitaires. Toutes ces situations sont liées au contexte politique international avec l'introduction des programmes d'ajustement structurel (PAS) dans la plupart des pays du sud. Cela montre bien ce que Bruno Dujardin note en comparant les enjeux de santé du nord et ceux du sud. Il affirme que : « le sud se caractérise également par une présence apparemment plus importante de l'Etat en tant qu'agent qui pourvoit, contrôle et planifie les services de santé. Mais dans la réalité, cet Etat est de moins en moins capable de se faire respecter. Les systèmes de santé du sud sont aussi très fragiles et dernière différence importante, l'influence exogène sur les politiques nationales de santé est plus grande au sud que dans le nord » (B. Dujardin, 2003). Toutes les difficultés du système de santé au Sénégal sont tributaires des PAS imposés aux pays du sud. Ce qui pose la problématique du concept de l'Etat au sud face aux pressions internationales. D'où le concept d'Etat fort ou d'Etat faible selon l'expression de Jean François Bayart. Les Etats du sud sont très fragiles devant les pressions des organismes internationaux. Cette fragilité a des conséquences sur les choix des orientations politiques en matière de santé et elle pose à long terme des difficultés énormes aux populations. D'ailleurs, c'est en ces termes que Jean Pierre Olivier de Sardan souligne que : « La santé est une des grandes victimes des années de l'ajustement structurel en Afrique. La déliquescence des États et le manque de moyens ont déstructuré un secteur où les besoins sont criants, notamment face aux maladies tels le paludisme et le SIDA ». Mais rappelons avec une étude menée sur les dysfonctionnements des systèmes de soins à Dakar dans le cadre du « projet santé urbaine » de la coopération française en collaboration avec l'UNICEF que des politiques comme l'initiative de Bamako ont été conçues par les décideurs politiques au niveau international pour favoriser l'accès du plus grand nombre aux structures de santé avec une tarification à moindre coût pour les populations en difficultés. Le seul constat est que plus d'une décennie après l'initiative de Bamako, les objectifs assignés sont loin d'être atteints (Fall & Jaffré, 1997).

Ce qui veut dire que la problématique de l'accessibilité financière des soins de santé dans les pays du sud constitue toujours une problématique centrale des politiques publiques. Ces difficultés d'accès posent également un autre problème qui est la démocratie sanitaire où les communautés locales ne sont pas impliquées ni associées dans la gouvernance des offres et des politiques publiques de santé. Il en est de même pour le traitement et la prise en charge médicale, les relations médecin-patient assez cloisonnées et très éloignées des rapports humains entre soignant-soigné. De tels rapports ignorent les responsabilités liées au code de déontologie médicale et du châtiment du patient. Sur cette question, le concept de médecine inhospitalière en Afrique de l'ouest a fait l'objet d'une publication d'ouvrage par Jean Pierre Olivier De Sardan en 2002. À travers d'autres textes assez illustratifs démontrant le tableau des situations inhospitalières dans les hôpitaux, l'auteur évoque des morts évitables dans les centres de santé hospitaliers en Afrique de l'ouest. Selon lui, « la rougeole ou l'accouchement, par exemple, tuent chaque année des centaines de milliers d'enfants ou de mères, qui, dans les pays du Nord, auraient survécu sans problème » (Olivier De Sardan, 2002).

2-1 Accessibilité financière des soins dans le contexte des réformes hospitalières

Les réformes hospitalières posent des difficultés d'accessibilité financière aux soins de santé pour les populations et l'accessibilité des professionnelles de santé aux compétences requises. La logique de la privatisation des soins est une des conséquences de l'ajustement structurel. Cette privatisation est basée sur les besoins solvables. Or, la plupart des personnes qui consultent les formations sanitaires au Sénégal n'ont pas une situation financière requise pour honorer les coûts des prestations médicales. Cette accessibilité financière est définie selon le niveau de vie économique des patients. En plus, une tarification des prestations médicales assez coûteuses rend difficile l'accessibilité financière des soins dans les structures sanitaires. Les populations les plus démunies ont des difficultés majeures pour se faire soigner, elles sont exclues du processus de prise en charge des soins de santé. Les dispositifs institutionnels d'assistance sociale, de protection sociale ou même de sécurité sociale sont presque inexistantes pour les personnes démunies. Seul le recouvrement aux coûts imposés par les bailleurs de fonds dans les formations sanitaires permet d'accéder aux soins payants : pas d'argent, pas de soins.

Autrement dit, le recouvrement des coûts signifie que celui qui n'a pas d'argent n'est pas même reçu, et examiné. Mais, il arrive que les familles démunies usent de leur capital social ou de leur réseau relationnel pour contourner cette contrainte financière. De nos jours, il est fréquent de voir à travers le narratif des faits divers ou mêmes des situations réelles malheureuses évoquées dans les structures de santé publique sénégalaise. L'exemple assez récent est la mort d'une femme en état de grossesse avancée à l'hôpital régional de la ville de Louga. Un tel événement a fait l'objet de soulèvement populaire et citoyen condamnant la négligence criminelle dans les structures de santé, le manque d'humanisme, la précarité morale et l'insuffisance de personnel médical et de santé qualifié ainsi qu'un niveau plateau technique performant et adapté aux réalités sociales et culturelles locales. Plusieurs exemples similaires pourraient être cités à titre illustratifs mais la plupart des citoyens ont tendance à taire leur vécu ou leur expérience difficile avec le personnel de santé dans les structures sanitaires. D'ailleurs, un collectif dénommé PATIENTS EN DANGERS a été mis en place par des personnes de bonne volonté issues de certaines instances de la société civile sénégalaise. Ce qui prouve la nécessité de repenser les programmes de formation dans les écoles, facultés de médecine et instituts de santé publique au Senegal et les instances de gouvernance des politiques en matière de santé. Ceux-ci constituent un enjeu de responsabilité sociale en santé avec l'implication de toutes les couches sociales ainsi que les acteurs concernés à savoir les syndicats de personnel santé et médical, les représentants de la société civiles , les autorités de santé publique, les spécialistes de relations publiques, le patronat public et privé, les instituts de santé publique, les écoles de formation et les universités, les organisations non gouvernementale locales, les partenaires internationaux, l'association des tradipraticiens ou médecine traditionnelle, les représentants des familles de foyers religieux musulman et chrétien, les chefs coutumiers ou leurs représentants.

2-2 Accessibilité du personnel médical et de santé en contexte post-réformes hospitalières au Sénégal

L'école de médecine de Dakar ou la faculté de médecine de l'université Cheikh Anta Diop a fêté ses cent (100) ans, il y a quelques années. Cette école est le fruit de la domination coloniale sur les traditions ethnomédicales locales. Mais, en temps, elle pourrait être perçue comme une des sources de la libéralisation de la formation biomédicale par de ses pères fondateurs et sa postérité. Il semblerait que la vague de libéralisation de l'enseignement supérieur surtout dans le domaine médical et de santé au Sénégal n'a pas épargné les secteurs de la formation médicale et de santé. La question légitime posée est la suivante : est-ce que la qualité et la rigueur scientifique des programmes de formation proposée vont-elles de s'arrimer avec les réalités sociales et culturelles de la maladie ou de la santé telles qu'expérimentée ou vécue par l'individu ou le groupe ? Ce qui nous renvoie à trois concepts anglophones fondamentaux en anthropologie médicale à savoir « illness », « disease » et « sickness ». Je ferai l'économie de fournir des éléments factuels pour appréhender ces concepts qui traduisent des états de mal-être ou de maladie selon l'expérience de l'individu, du groupe voire de la communauté selon la culture. Il s'agit de comprendre que la maladie et la santé n'ont de sens que par rapport à la culture de l'individu ou du groupe. Celle-ci nous semble être un élément déterminant pour appréhender le sens du discours, les enjeux du traitement ou de la prise en charge ainsi que ceux de la guérison. Des recherches ethnographiques ont révélé que nos hôpitaux sont devenus des « mouirois ». Pourtant, il semblerait que ce sont des espaces où tous les espoirs de vie pourraient être permis. Car les populations autochtones semblent avoir la confiance de la biomédecine. Toutefois, la rhétorique médiatique démontre les récits contradictoires sur les perceptions de ces hôpitaux. D'ailleurs, un article de Seneweb intitulé *Nos hôpitaux, des mouirois. Ici, on crève !* est très pertinent par rapport à la situation et la perception des populations sur les établissements publics de santé au Sénégal. L'indifférence : c'est la chose qui frappe en premier les patients ou leurs accompagnateurs dans les structures de santé. Des urgences aux différentes unités de soins, nombreux sont les malades qui passent de vie à trépas du fait d'une négligence notoire par les personnels de santé supposés les accueillir, les reconforter, les soigner et leur redonner goût à la vie.

Mais c'est une tout autre réalité qui ronge le cœur des patients et de leurs proches, qui ont souvent la malchance de se rendre dans ces hôpitaux devenus un mouvoir des temps modernes. Et ce n'est pas tant la cherté des ordonnances médicales qui étrangle, mais la qualité de l'accueil, lequel se traduit par un rejet des malades pour différents motifs, dont le manque de place souvent évoqué (Seneweb, 2014)¹. Un autre tableau ethnographique assez complexe a fait écho de ces problématiques hospitalières avec des niveaux de responsabilités évidentes. Il s'agit des comportements inappropriés d'une grande partie des personnels de santé, leurs manquements à la déontologie, leur mépris des malades. Humiliation, racket, négligence, rapacité, « je-m'en-foutisme », violence, absentéisme, démotivation, philosophie du « chacun pour soi » : tous ces maux, liés à un contexte économique et social particulièrement dégradé, sont dénoncés par les usagers (« *On ne nous regarde même pas* » et « *les personnels de santé ne pensent qu'à l'argent* ») et par certains professionnels lucides (Olivier De Sardan, 2002).

Pour clore cette partie de ce projet d'affiche avant mes conclusions-recommandations, je reprends une citation de Gilles Bibeau² en citant Foucault. Pour que l'expérience clinique fût possible comme forme de connaissance, il a fallu toute une réorganisation du champ hospitalier, une définition nouvelle du statut du malade dans la société et l'instauration d'un certain rapport entre l'assistance et l'expérience, le secours et le savoir ; on a dû envelopper le malade dans un espace collectif et homogène (Foucault 1963 : 199-200).

¹https://www.seneweb.com/news/Sante/nos-hopitaux-des-mouvoirs-ici-on-creve_n_140125.html
(Consulté, le 29 avril 2022)

² UN HÔPITAL EN FORME DE VILLAGE. *Au temps de la politique mobutiste de l'« authenticité » (1972 -1977)* in *Anthropologie et Sociétés*, 37-3, 2013 : 25-43.

Conclusions – Recommandations

Au terme de ce projet d’affiche scientifique, mes conclusions et recommandations s’articuleront autour des enjeux sociaux, culturels et politiques de la maladie. Il me semble que si la maladie a une origine virale, parasitaire, microbienne ou autre, son traitement, sa prise en charge et sa guérison devraient considérer les dimensions sociale, culturelle et politique, du global au local, tout en tenant compte des réalités des contextes. Des travaux d’anthropologie et de médecin-anthropologue (Olivier De Sardan, 2002 et Farmer, 2004) ont démontrés que les populations africaines ont encore confiance à la biomédecine. Elles en attendent davantage de résultats et de chaleur humaine (Olivier De Sardan, 2002). Le second auteur a légué à la postérité un héritage de concepts et modèles explicatifs de la maladie qui justifient la nécessité de repenser la façon de répondre ou de trouver des solutions aux problèmes de santé des populations dans le sud global comme dans le nord global. À ce titre, mes recommandations s’inscrivent dans la perspective de Farmer. Pour ce faire, il s’agit de;

- Introduire dans les programmes de formation des médecins ou personnel de santé les concepts de culture et clinique, de biopouvoir, biopolitique ;
- Explorer le concept de diplomatie de santé globale ;
- Impliquer davantage les partenaires de la société civile dans la gouvernance de la santé et des maladies;
- Promouvoir la démocratie sanitaire du local au global;
- Faciliter le processus de reconnaissance politique d’autres modèles d’engagement communautaire de réponses aux problèmes de santé des populations;
- Promouvoir un dialogue complémentaire entre la biomédecine et la médecine traditionnelle;
- Partager les enjeux de responsabilité sociale en santé avec les différents acteurs impliqués dans le domaine de la santé y compris les autorités politiques.

Références bibliographiques

- 1- FASSIN, Didier, 1992, Pouvoir et Maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar, Paris : Presses Universitaires de France.
- 2- FORTIN S., 2013, Ethnographies Hospitalières. L'hôpital et ses terrains. *Anthropologie et Sociétés*, 37-3.
- 3- DUJARDIN B., 2003, « *Politiques de santé et atteintes des patients : vers un nouveau dialogue* », Co-édition Karthala et Charles Léopold Mayer.
- 4- JAFFRÉ Y. ET OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2001, « Les dysfonctionnements des systèmes de soins : enquêtes sur l'accès aux soins dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest. Rapport du volet socio-anthropologique » Projet santé urbaine (UNICEF – Coopération française).
- 5- MAIRE A.& FAYE M., 2011, « *SANTÉ et bien – être autochtones* ». Cahiers du CIERA N°11. Département Anthropologie – Université Laval (Québec).
- 6- NAPIER A.D., 2017, « Cultural Contexts of Health and Well-being. Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making ». Policy Brief N°1. World Health Organization Regional Office for Europe.
- 7- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2002, « Le soignant face au soigné anonyme », Santé publiques et Sciences sociales. Les mondes des professionnels de la santé face aux patients, n°8 et n°9, juin 2002, p 91-118, Co-éditions Dar El Gharb et IRD, Oran.
- 8- RIDDE V., 2012, « *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues* ». Les Presses de l'Université de Montréal.