Rendre compte. La restitution comme lieu de refondation des sciences sociales en contexte de développement

Report. Restitution as Rebuilding the Social Sciences in the Context of Development.

Laurent Vidal

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/etudesafriaines/16802>

DOI : 10.4000/etudesafriaines.16802

ISSN : 1777-5353

Éditeur

Éditions de l'EHESS

Édition imprimée

Date de publication : 8 septembre 2011

Pagination : 591-607

ISBN : 978-2-7132-2298-6

ISSN : 0008-0055

Référence électronique

Laurent Vidal, « Rendre compte. La restitution comme lieu de refondation des sciences sociales en contexte de développement », *Cahiers d'études africaines* [En ligne], 202-203 | 2011, mis en ligne le 27 octobre 2013, consulté le 23 juin 2020. URL : <http://journals.openedition.org/etudesafriaines/16802> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/etudesafriaines.16802>

Ce document a été généré automatiquement le 23 juin 2020.

© Cahiers d'Études africaines

Rendre compte. La restitution comme lieu de refondation des sciences sociales en contexte de développement

Report. Restitution as Rebuilding the Social Sciences in the Context of Development.

Laurent Vidal

- 1 Rendre compte des résultats de sa recherche à ceux qui l'ont accueillie ne mérite *a priori* guère de justification, tant cette démarche semble acquise. On la qualifiera d'éthique, de déontologique, de responsable (Fassin 2008) voire de méthodologique ou d'épistémologique (Chauvier 2003 ; Zonabend 1994) voulant exprimer — par des enjeux qui sont pourtant bien loin de se superposer — une seule et même nécessité : la démarche des chercheurs serait inachevée si ces derniers ne prenaient pas le temps de partager leurs analyses avec les personnes qui ont rendu possible l'étude. Aussitôt énoncée, cette évidence soulève un certain nombre d'interrogations, complexifiant singulièrement ce tableau consensuel. Tout d'abord, les mots pour en parler sont objets de débats. La « restitution », *stricto sensu*, suppose vol, pillage, de matériaux, d'objets, peut-être même de données, que l'anthropologue se verrait dans l'obligation ou estimerait nécessaire de remettre (Zonabend 1994). Parler alors de la « réception » du texte, du travail anthropologique, tout en étant moins ambigu, tend à limiter la démarche à ceux qui ont effectivement été mis à contribution lors de la recherche et non pas au « grand public ». Il sera alors question, aussi, de « retour », pour finalement « rendre des comptes » (Quéré 2002) plaçant l'anthropologue de fait dans une situation de dette. Posture débitrice mais aussi défensive qu'il me paraît nécessaire de dépasser en se souciant plus exactement de « rendre compte ». Mais rendre compte de quoi et dans quelles perspectives ? Dans le propos qui suit, il ne s'agit ni du texte ethnographique, ni spécifiquement de la méthode d'enquête : plus exactement ce qui est « rendu », « partagé » avec les acteurs du monde de la santé auprès desquels j'ai

travaillé, en Afrique¹, ce sont les analyses effectuées, sous la forme d'un exposé oral, suivi d'un échange.

- 2 Objectif et dispositif là aussi apparemment simples, mais qui s'inscrivent dans un double contexte. Tout d'abord, les chercheurs se retrouvent face aux acteurs de la santé qui ont, pour les uns autorisé la recherche dans leur structure, pour les autres accepté notre présence à leurs côtés, nos questions et nos observations. Certains de ces professionnels sont donc à la fois partenaires du projet et objets de l'analyse. Ensuite — seconde caractéristique de l'exercice — la préparation de ces restitutions comme leur déroulé obligent à un travail spécifique de présentation des analyses. Il faut adapter le contenu et la forme de son propos, suivant que l'on s'adresse à des responsables de la santé du pays ou à des personnels d'un centre de santé ou d'un service hospitalier donné : la volonté de ne pas juger doit être affirmée, le souci de confidentialité de certaines informations préservé (Mercan 2008 ; Vidal 2004), le tout en alternant présentation de données concrètes et pistes d'analyse.
- 3 Dans ce cadre-là, mon propos se développera en trois temps. Dans le premier, il s'agira de penser la restitution comme un terrain en soi, lieu de production d'informations, de définitions de postures. Ensuite, nous verrons qu'elle oblige à un exercice de réflexivité du chercheur dès lors que, par exemple, les réactions de nos interlocuteurs sont autant de propositions d'analyses, comme d'interrogations sur sa démarche. Troisième et dernier temps, toujours à partir du déroulé des projets qui serviront de fil conducteur à mon propos, il s'agira de monter en généralité et de comprendre ce que ces restitutions nous apprennent de l'exercice de l'anthropologie, notamment de son rapport à l'application.

La restitution comme terrain

- 4 Les restitutions auxquelles a donné lieu le projet « Santé maternelle » — en particulier celles intervenues avant son terme définitif et plus spécifiquement en direction des acteurs de la santé accueillant dans leur structure nos activités — ont été organisées en deux temps (présentation des résultats de l'étude et discussion) et ont débouché sur deux types de discours qui alimentent différemment la compréhension de l'objet étudié. Nous avons, d'une part, l'exposé de faits et de données, sous forme de bilans de la situation de la prise en charge des accouchements et, d'autre part, des commentaires, des illustrations, des anecdotes qui sont autant de matériaux précieux pour l'anthropologue se penchant sur le déroulement d'un projet de santé. Autant le premier type de discours aurait pu être recueilli à une autre occasion que lors d'une réunion de restitution, autant certains des commentaires qu'ils ont suscités sont véritablement le produit de la situation créée. En ce sens, plus que les premiers, ils participent de la constitution en « terrain » de ce moment et, de ce point de vue, ils « ne constituent pas des événements hors-enquête » (Rossi *et al.* 2008).
- 5 Durant deux jours, sont rassemblés — dans des séances « plénières » puis en plus petits groupes suivant les thèmes traités — des médecins et des sages-femmes du centre de santé où la recherche a été menée, ainsi que d'autres structures du *district*, mais aussi des représentants de la mairie de la principale commune, de la région médicale de Dakar, d'associations et de projets concernant la santé maternelle. Des journalistes sont aussi présents. Le public est donc bien plus large que celui, habituel, de la stricte restitution d'une étude. Néanmoins nous sommes bien aussi dans un registre de

restitution. Les chercheurs et intervenants de « Santé maternelle » rappellent en effet les objectifs du projet et les constats effectués, par les anthropologues, les médecins et les spécialistes de la mobilisation sociale, sur le fonctionnement des soins obstétricaux d'urgence. Nous « rendons compte », donc, puis nous écoutons les commentaires et les propositions de l'assistance, les uns et les autres devant conduire à dresser un « plan d'action » pour les années à venir. La phase de restitution se déroule en présence de tous et la discussion s'attarde sur le rôle de la famille et celui des matrones, au sein des structures de santé. Nous assistons alors à une forme d'appropriation et de « retraitement » de ces questions dans des termes qui donnent en retour matière à réflexion... anthropologique.

- 6 Tout d'abord, les soignants réagissent au constat de « retards » au niveau de la famille dans la prise de décision pour transférer la parturiente dans une structure de santé, en adoptant le ton de la mise en cause. Critique ouverte et généralisée, puisque s'adressant à « la coutume » qui soumet la femme à la décision de son mari ou de sa belle-mère. Le tout étant associé, est-il précisé, à un manque d'information et d'éducation des femmes. Ainsi, sur le plan individuel, les femmes ont « honte de se dire enceintes » et, collectivement, « les communautés ne connaissent pas les facteurs de risque ». Quelques heures plus tard, dans les travaux de groupe cette fois-ci, le médecin-chef revient sur ces considérations en mettant en garde contre les « croyances traditionnelles » et les « comportements néfastes » qu'elles engendrent. Un de ses collègues médecins effectue alors un lien avec l'accueil des parturientes, en soulignant qu'il est nécessaire de recycler les professionnels et de faire en sorte que les médicaments soient disponibles « sinon les malades retournent vers leurs croyances ». Toujours dans le même registre culturel, mais en inversant la proposition — c'est-à-dire en valorisant le recours à des pratiques culturelles —, un autre soignant s'arrête sur le problème du financement des soins, dans les villages. Parallèlement aux mutuelles classiques, il propose de développer des « caisses de sécurité » dans les villages, alimentées par les contributions de chacun, et devant permettre d'organiser sans retard l'évacuation d'une parturiente vers une structure de santé, même si sa famille ne dispose pas de l'argent nécessaire (ne serait-ce que pour payer le déplacement). Il va plus loin en estimant que ce dispositif permettrait d'aller vers un « diagnostic communautaire du risque obstétrical » : en somme, il s'agirait d'impliquer la « communauté » et de lui conférer une autonomie, non seulement pour organiser pratiquement l'évacuation de la femme mais aussi pour la décider médicalement.
- 7 Par ces différentes positions, on voit donc opérer une triple référence à des questions qui intéressent au premier chef l'anthropologue. Je noterai tout d'abord la tentative d'analyse anthropologique (par exemple autour de la question de la « honte » régissant le rapport de la femme à son entourage et concernant, finalement, son intimité et incidemment sa sexualité). Ensuite, l'analyse se mue en une mise en cause : les croyances, comme expression de cultures, sont présentées comme pouvant modeler négativement les comportements des parturientes. Une troisième et dernière référence remarquable du point de vue de l'anthropologue se niche dans l'élaboration de solutions « culturelles ». Je précise d'emblée qu'il ne s'agit pas pour moi ici d'apporter le point de vue de l'anthropologue sur ces références à la culture, aux croyances et aux communautés — dans ce qu'elles pourraient avoir de fort général et stéréotypé : après tout, ces professionnels de santé ne prétendent pas être anthropologues et il y aurait quelque injustice à discuter le fond de leurs propositions. En revanche, mérite une attention particulière la convocation de ce type d'analyses, relevant de la sphère du

« culturel », aussi bien pour effectuer des constats que pour proposer des solutions. Ce qui me paraît devoir être souligné n'est pas tant la classique critique, par les soignants, des croyances culturelles de leurs patients², mais bien plutôt cette volonté de multiplier les explications aux situations dont pâtiennent les femmes. Et il apparaît alors que la « culture » et les « communautés » génèrent certes des difficultés mais, d'une part, elles recèlent des solutions et, d'autre part, elles ne masquent pas les insuffisances du système de santé lui-même. Ce faisant, les professionnels ne nous parlent pas *que* des cultures comme obstacles à de « bons comportements » : ils n'hésitent pas à mettre en scène leurs propres pratiques, leur propre contexte d'exercice.

- 8 Opère finalement une forme de rapprochement entre les analyses anthropologiques et les constats des acteurs de la santé. N'oublions pas que durant l'enquête anthropologique, le professionnel de santé est observé dans son activité quotidienne et interrogé (sur son parcours, ses pratiques, ses attentes, etc.), et il effectue alors plus des constats que des analyses qui demeurent, elles, du ressort du chercheur. Or, dans ce temps de la restitution, du débat collectif, ces mêmes professionnels, auxquels s'ajoutent des responsables de la santé (des communes et du ministère, des structures de santé et d'associations) s'engagent dans la voie de l'explication par la mise en parallèle de points de vue, par le partage d'expériences. De sorte que ces rencontres fonctionnent aussi comme des « laboratoires » diagnostiques et explicatifs, des « espaces d'expression de la vie sociale de l'institution » selon les mots de M. Uhalde (1999 : 11) : chacun a une anecdote, un point de vue, une considération générale qui, associés les uns aux autres, donnent corps à une forme d'analyse de la prise en charge des accouchements.
- 9 Joue ici pleinement, comme dans tout « terrain », un évident effet de contexte. J'entends par là, d'une part, la situation de restitution, largement ouverte à la discussion, qui permet à chacun de partir de nos constats pour y répondre, les développer, apporter son propre témoignage. D'autre part, la composition du public de ces réunions influence fortement le contenu des débats : le fait que des soignants puissent simultanément donner leur avis sur des remarques effectuées par des chercheurs qu'ils ont côtoyés, prendre à témoin les responsables des structures dans lesquelles ils travaillent, et proposer aux responsables locaux comme nationaux de la santé des améliorations pour la prise en charge des accouchements, donne corps à des discours qui émergeraient difficilement dans un tout autre contexte. Il me paraît ici essentiel de souligner que cette diversité du public et des intervenants, loin d'inhiber les sages-femmes ou les infirmières en présence de leurs supérieurs ou des responsables de la santé, leur donne bien au contraire l'occasion de les prendre à témoin. Posture doublement intéressante pour l'anthropologue : par ce qu'elle révèle en soi (le manque de communication entre ces différentes catégories, le poids de la hiérarchie dans le fonctionnement quotidien des structures), et par ce qu'elle permet de dire (tout « ce qui ne va pas », mais aussi les solutions pouvant être apportées).
- 10 Durant les restitutions organisées dans le cadre du projet « Professionnels », j'insiste sur le fait qu'en tant que chercheurs et non-professionnels de santé, nous ne souhaitons porter aucun jugement de valeur sur les pratiques observées et qui seront évoquées. Aussi, les constats effectués traduisant des écarts par rapport à ce qui est attendu, soit du fonctionnement d'une structure, soit du travail d'un professionnel, visent à comprendre des comportements et non à les qualifier (Vidal *et al.* 2005). Précision essentielle à formuler dès le début de la restitution et qui, associée à un

exposé débarrassé de toute agressivité, de toute volonté de « donner des leçons », montre bien que les professionnels de santé sont disposés à entendre des constats critiques sur leurs pratiques dès lors que les chercheurs les exposent sans vouloir s'ériger en évaluateurs et sans désigner une personne en particulier. Plus généralement, nos interlocuteurs manifestent à plusieurs reprises le souci de garantir l'anonymat des personnes dont les pratiques sont décrites mais aussi des structures où elles exercent. Cette exigence nous est aussi adressée en tant qu'anthropologues, et pas uniquement d'une façon générale, comme elle pourrait l'être à tout chercheur.

- 11 Ensuite, le chercheur ayant mené les enquêtes rappelle sa méthode de travail et expose ses résultats. La discussion s'engage ensuite avec les soignants et entre ceux-ci. « Nous, on ne voit rien, on ne voit plus rien » : ces mots d'un soignant lors d'une restitution à Dakar revêtent une double portée, qui n'aura de cesse de traverser, de caractériser ces moments d'échanges avec les professionnels. Ce soignant nous parle ici de la difficulté pour une personne prise par l'exercice de son métier de pouvoir s'en extraire, prendre du recul pour pouvoir analyser posément ses difficultés ou « ce qui ne va pas ». Mais ce soignant s'adresse aussi aux anthropologues, pour leur indiquer qu'ils ont la faculté et la facilité de pouvoir analyser leurs pratiques. Dilemme bien connu de la proximité qui « aveugle » et de la distance qui permet d'embrasser les situations, présenté certes de façon quelque peu caricaturale dans cette phrase mais qui se trouve être porteur d'un des enseignements majeurs des restitutions. En effet, dans ce qui pourrait sembler être un simple commentaire sur les apports du regard des anthropologues qui viennent, ce jour-là, rendre compte de leur étude, ce professionnel nous donne des informations, nous renseigne sur l'image qu'il a de son travail, et notamment de la difficulté à analyser ses pratiques. Et donc, insensiblement, ce constat est en lui-même porteur d'informations pour l'anthropologue : venu pour transmettre une analyse, il se trouve dans la situation de pouvoir l'enrichir. En d'autres termes, les réactions des soignants à nos choix méthodologiques, leurs commentaires, les échanges qu'ils ont entre eux à propos de nos analyses ont donc aussi constitué une source d'information précieuse. Le temps de la restitution s'est avéré être un lieu d'observation, en somme un « terrain » pour l'anthropologue.
- 12 Après l'exposé des résultats de l'étude, ce « terrain » a pris forme autour d'un ensemble de propos qui expriment quatre postures des soignants. La première est celle qui revient à entériner les analyses des anthropologues. Je mentionnerai successivement : le manque de locaux et de personnels pour accueillir convenablement les patients (et leur garantir notamment la confidentialité) ; l'hygiène insuffisante dans les structures ; l'absence de communication avec le niveau central (les programmes nationaux prenant en charge tel ou tel problème de santé) ; le démarrage du traitement malgré une absence de confirmation bactériologique du diagnostic ; les libertés prises par rapport aux normes de traitement, répondant à un principe de pragmatisme (« on sait ce qui marche ») ; le difficile accès de certaines catégories de soignants aux formations ; le rapport délicat des infirmiers à l'autorité des médecins, notamment lorsqu'ils sont plus expérimentés et plus âgés que ces derniers, etc. Confirmant ces analyses, les acceptant dès lors qu'elles ne sont pas exprimées sous forme de critiques, les professionnels de santé réagissent à certaines d'entre elles en se justifiant. Cette seconde posture se résume par des expressions comme « on a eu des inspirations mais les moyens font défaut » ou « on sait que faire, mais on ne sait pas comment le faire ». Plus précisément, tel médecin remarquera qu'en présence d'un certain nombre de symptômes évocateurs d'un paludisme (un « tableau fébrile »), le démarrage d'un traitement, même sans une

confirmation par le biais d'une « goutte épaisse », se justifie : le professionnel estime se soucier ici de l'intérêt du malade, même si « on en vient à oublier les normes ».

- 13 Ces quelques exemples de réactions aux analyses que nous avons présentées lors des restitutions permettent de souligner que ce moment-là enrichit notre compréhension des pratiques des professionnels. À ces postures qui restent dans le commentaire (accord, justification ou nuance) une quatrième et dernière a émergé lors de ces réunions : la revendication, assortie de critiques adressées à ses collègues ou au système. La plus virulente a certainement concerné la façon dont sont décidés et menés les processus de formation continue des soignants. Il est regrettable que les soignants qui sont effectivement au contact des malades bénéficient moins de formations que les médecins. Les bailleurs de fonds, comme les responsables des structures sont ici mis en cause, l'enjeu étant aussi pécuniaire puisque ces formations donnent lieu à la remise de *per diem*. Plus généralement, les professionnels ne nient pas l'importance d'être recyclés mais « on ne peut pas recycler sans *per diem*, l'argent est là ». Ce qui est explicitement critiqué ici dépasse la question — certes sensible — des formations. En effet, ces professionnels travaillent à la prise en charge de maladies (le paludisme et la tuberculose) gérées par des programmes nationaux qui ont la réputation d'être bien dotés financièrement. Or, ils jugent tout à fait anormal que les soignants prenant quotidiennement en charge les malades ne puissent bénéficier de la « richesse » supposée de ces programmes. Au-delà des formations, c'est bien le système qui est mis en cause ; et dans les restitutions, le représentant du système est le médecin-chef ou chef de service. Ces dernières offrent donc la possibilité aux professionnels — en l'occurrence des non-médecins — de manifester leur mécontentement, de prendre à témoin leur « chef », de lui demander de résoudre ce qui est perçu comme une injustice. Mais les critiques sont réciproques, la position des médecins ou des responsables de structure n'étant pas que défensive. Ainsi, lorsque nous faisons état de pratiques consistant à s'éloigner des protocoles officiels de traitements, certains médecins réfutant incidemment l'argument précédemment évoqué de l'expérience (« je sais ce qui marche »), s'élèvent contre ces écarts et qualifient les traitements alors prescrits de « recettes ». L'autorité du clinicien, du médecin, se trouve alors réaffirmée. Le tout confirmant l'image de la restitution comme espace de défense de pratiques, d'expression de représentations, parfois conflictuelles, parfois contradictoires, mais toujours anthropologiquement signifiantes.

La restitution comme retour sur sa pratique

- 14 Le moment de la restitution voit aussi émerger un ensemble de propositions, de la part de nos interlocuteurs. Suggestions dont l'objectif est de changer leurs conditions de travail, leurs pratiques, et qui, ce faisant, interrogent la démarche de l'anthropologue. Voyons comment ceci s'est décliné dans deux des projets qui nous intéressent ici.
- 15 Dans « Santé maternelle », le médecin-chef de la région médicale assistant à la restitution du projet, suggère des pistes de réflexion. Par exemple, puisqu'il a été constaté qu'une très forte proportion de femmes accouchent à domicile — et non dans une structure de santé —, il souhaite que l'on puisse avoir des précisions sur leur profil socio-économique ainsi que sur les raisons pour lesquelles elles refusent d'accoucher en milieu médical. Ensuite, il se demande s'il ne serait pas pertinent d'apporter une aide financière aux femmes qui viennent régulièrement aux consultations prénatales, leur

permettant de payer leurs frais de déplacement. Nous sommes là dans le registre de propositions précises, soit pour affiner la compréhension de la situation, soit pour améliorer la prise en charge des femmes. Ensuite le propos glisse vers une remarque qui, elle, apporte une information intéressante d'un point de vue anthropologique : les femmes — nous explique ce même médecin — trouvent de l'argent pour organiser le baptême de leur bébé, mais pas pour répondre à l'urgence obstétricale, c'est-à-dire être évacuées dans une structure de soins. Il convient certes d'être prudent dans l'interprétation de ce type de remarque, qui doit naturellement être recoupée par des entretiens avec les personnes qu'elle engage. Elle doit donc être entendue par l'anthropologue comme une ouverture vers une question à développer, ou à rapprocher de données déjà collectées. Ensuite, il me semble tout aussi important de relever le fait qu'elle émane d'un responsable de la santé, le même qui considère que les femmes de sa ville « aiment prendre leurs aises », et donc préfèrent accoucher à domicile. Nous sommes là dans un registre d'impressions, parfois de stéréotypes, qui, simultanément, incitent à organiser une réflexion et renseignent sur l'image que des médecins ont de leurs patients, ou des populations dont ils doivent gérer les soins qui leur sont délivrés. On voit ici se mêler commentaires personnels du médecin et suggestions à l'endroit du chercheur, qui ne manquent pas d'interroger ce dernier sur la fonction de ce moment de la restitution, certes, mais au-delà, sur le sens plus général de sa démarche. Comment doit-il « traiter » ces suggestions, quel statut peut-il leur donner ? Constituent-elles une donnée parmi d'autres confirmant que la restitution est un lieu de production de matériaux ethnographiques, ou obligent-elles l'anthropologue à infléchir les conclusions pratiques de son travail, à destination donc de ceux qui « font » la politique de santé ?

- 16 Il me semble que ces propositions interrogent précisément la perméabilité du passage entre l'une et l'autre posture, et que s'exprime là pour l'anthropologue la nécessité de penser conjointement les deux. C'est bien aussi ce qui se joue, durant les restitutions de « Santé maternelle », lorsque s'est progressivement posée la question du devenir des réunions mises sur pied par les anthropologues, rassemblant les personnels d'une maternité, et visant à les faire échanger sur leurs pratiques (appelées « rencontres-miroir »). Tout d'abord, un consensus se dégage pour intégrer les sages-femmes des structures périphériques aux prochaines « rencontres-miroir », ainsi que la personne responsable des activités en matière de santé de la reproduction au niveau du district et qui se trouve être basée au sein même du centre de santé. Par ailleurs, la présence des étudiants spécialisés en gynécologie est jugée indispensable durant ces rencontres. Naturellement, puisqu'ils sont sous la tutelle du médecin-chef du centre de santé, leur présence effective dépend de lui. Enfin, dès lors que des questions techniques pourront être discutées entre sages-femmes, infirmiers et étudiants en gynécologie, il est nécessaire que le gynécologue responsable de la maternité soit présent afin de garantir la pertinence des décisions médicales qui pourraient être prises. Le médecin-chef effectue une ultime proposition pratique, à savoir faire en sorte que les dépenses pour l'organisation de ces rencontres (transports et collations des participants) soient assumées par la maternité. Proposition qui répond à la préoccupation des chercheurs d'inciter les soignants à trouver les moyens de poursuivre ces rencontres, dès lors que le projet se clôture et que le responsable du centre de santé souhaite les inscrire officiellement dans les activités des personnels de la maternité.
- 17 Les propositions formulées peuvent aussi concerner l'amélioration des relations avec les malades. Ainsi, durant les restitutions de « Professionnels » les malades peuls sont

présentés comme ayant la réputation de fortement valoriser les piqûres dans un traitement, alors qu'elles ne sont pas toujours nécessaires. Les infirmiers et médecins reconnaissent donc de possibles tensions entre eux et ces malades sur le mode d'administration du traitement et proposent alors de s'« appuyer sur le communautaire » pour leur expliquer qu'un traitement peut être efficace sans pour autant être injecté. Il s'agit certes d'une proposition extrêmement vague et qui tend par ailleurs à déléguer à une tierce personne la résolution d'un problème considéré comme culturel : je dirai néanmoins — et c'est là un effet direct des échanges produits par la restitution — que cette suggestion a le mérite d'exister. Je veux simplement dire ici qu'elle tranche singulièrement avec les propos plus habituels des soignants renvoyant ce type de patients à leur « ignorance », à leurs « croyances » sans même suggérer que leurs comportements puissent être discutés, et peut-être même modifiés. Dans le prolongement de ces attitudes de justification de pratiques, une autre posture consiste à les nuancer. Je pense ici à cette remarque d'un infirmier d'un centre prenant en charge la tuberculose à Abidjan et qui, face au constat d'échanges difficiles entre les professionnels et les malades, estime avoir fait l'effort personnel d'apprendre une langue (le dioula, en l'occurrence) pour pouvoir communiquer avec ses patients. Défense de sa pratique qui se transforme en celle de sa structure de santé : ses collègues ajoutent en effet qu'en matière de communication, voire d'empathie avec les malades, ils ont de meilleurs comportements que ceux que l'on pourrait observer dans une autre structure.

- 18 Cette série de suggestions, tout en apportant des réponses aux points soulevés par les chercheurs, leur ouvrent des pistes de réflexion. La restitution ne se présente donc pas comme la clôture d'une recherche, mais comme un point de passage vers d'autres investigations, à charge pour l'anthropologue de se les approprier.

La restitution comme pensée de l'action anthropologique

- 19 Les deux projets de recherche dont les restitutions ont jusqu'ici alimenté mon propos ont pour caractéristique d'être l'un (« Santé maternelle ») fortement ancré dans l'action, le changement de pratiques suite à des recherches (notamment anthropologiques), et l'autre (« Professionnels ») d'être plus dans un registre de connaissance des pratiques et représentations, même si les restitutions elles-mêmes portent de possibles pistes de transformation de l'existant. Le projet « Évaluation » présente un troisième cas de figure dès lors que l'anthropologue est convié — avec d'autres disciplines — à porter son regard sur une transformation en train de s'élaborer, et dont il doit décrypter les mécanismes, les avancées comme les failles.
- 20 En mai 2000, le projet « Évaluation » est entré dans sa dernière phase. La situation de l'accès aux traitements du sida en Côte-d'Ivoire a été décryptée, dans ses expressions quotidiennes au sein des structures de santé — du point de vue des malades et des soignants — comme dans son organisation institutionnelle. Se profile aussi, au mois de juillet, la première conférence mondiale sur le sida organisée en Afrique (à Durban). Pèse alors sur les acteurs d'« Évaluation » une double exigence : faire part aux responsables d'ONUSIDA des avancées, mais aussi des difficultés rencontrées par le programme qu'ils ont mis en place avec les autorités ivoiriennes, et s'entendre sur le type d'intervention devant être effectué à la tribune de Durban. Cette réunion rassemble donc les représentants d'ONUSIDA d'Abidjan comme de Genève, l'équipe ayant

réalisé l'évaluation ainsi que des membres d'associations de personnes séropositives. Après un exposé des principaux constats effectués par les chercheurs, la discussion s'arrête sur les problèmes et les insuffisances du programme. Sachant qu'il importe à la fois d'y apporter des solutions, mais aussi de préparer la conférence de Durban, fortement médiatisée, et attentive aux résultats de cette initiative inédite d'accès aux ARV en Afrique.

- 21 Une première inquiétude concerne la gestion des médicaments antirétroviraux, depuis la pharmacie centrale chargée des commandes jusqu'aux structures de santé qui délivrent des traitements. Des ruptures de stock sont observées et le logiciel de gestion des médicaments devant être mis en place dans les structures ne l'est toujours pas. Par ailleurs, les personnes infectées par le VIH, notamment les membres d'associations, tout en regrettant cette situation, se plaignent de retards dans le paiement des « conseillers ». Il s'agit là de membres d'associations qui aident les professionnels de santé des centres de traitement, dans leurs échanges avec les patients mis sous traitement, en participant à l'annonce de la séropositivité, puis en leur délivrant des conseils sur le traitement à suivre. Six conseillers sont concernés par ces retards de paiement (jusqu'à douze mois d'arriérés), et la représentante d'une association exprime sa colère devant une telle incapacité à payer des personnes, infectées par le VIH, et qui sont au service des structures de santé. Ceci alors qu'il s'agit d'une somme modeste (environ 5 000 euros) au regard des montants en jeu dans la gestion des médicaments. Le représentant d'ONUSIDA, conscient de l'injustice faite ici aux personnes vivant avec le VIH et du danger à voir cette situation anormale médiatisée, s'engage à trouver une solution rapidement. Mais les associations plaident également la cause de l'ensemble de personnes souhaitant accéder à un traitement, et font part de leur étonnement lorsque ce dernier affirme que les fonds actuels ne permettent pas de mettre sous ARV (gratuitement, donc) d'autres patients. Ceci alors que sept cents personnes seulement sont sous ARV quand le discours officiel annonçait une capacité de mise sous traitement de quatre mille personnes. Ici, le constat déjà effectué par les chercheurs d'un écart entre les objectifs et la réalité de l'accès aux ARV prend une nouvelle dimension par l'interpellation du responsable de l'Initiative en Côte-d'Ivoire, par ceux qui attendent d'avoir accès aux traitements. Ce dernier reconnaît alors un certain nombre de dysfonctionnements tant au niveau de l'approvisionnement en médicaments qu'à celui de l'organisation des centres accrédités pour les délivrer. Problèmes qui renvoient à l'opacité des mécanismes de gestion des médicaments, ainsi qu'à des questions de formation des professionnels, mais qui, naturellement ne doivent pas faire oublier que l'Initiative a permis à plusieurs centaines de patients d'avoir accès aux ARV, enclenchant un processus irréversible (Msellati *et al.* 2001).
- 22 On voit donc opérer le triple mouvement qui caractérise les réunions de restitution. Les chercheurs font part de leurs analyses, de leur compréhension de la situation (avancées et faiblesses confondues), les personnes directement concernées réagissent (malades du sida, professionnels de santé, responsables de programmes) soit en confirmant ces constats, soit en tentant de les expliquer, puis — troisième registre — des propositions sont avancées. La première, formulée par les chercheurs américains en charge de l'évaluation médicale et biologique de l'Initiative ONUSIDA, est de réfléchir à la mise en place de traitements dans les centres de santé non seulement de l'intérieur du pays, mais aussi du privé. La seconde proposition émane, elle, du responsable national de l'Initiative qui, anticipant l'impossibilité de proposer un traitement antirétroviral à

tout patient le nécessitant, suggère de généraliser les traitements prophylactiques des infections opportunistes ainsi que le « conseil » aux patients, c'est-à-dire l'information sur la prévention de la transmission du VIH et de la survenue de pathologies liées au VIH.

- 23 Je n'irai pas plus loin dans le détail des constats effectués et des suggestions avancées, pour me contenter de souligner leur caractère instructif pour la compréhension de l'objet même de notre recherche. Il ne s'agit pas seulement de voir comment s'échangent des arguments, comment la critique d'une action et sa défense se développent, ni comment, enfin, un consensus sur « ce qu'il convient de faire » s'organise. Certes, ces moments inhérents à toute restitution sont bien présents. Mais, dans le cadre d'un travail qui s'intéresse de près aux mécanismes de décision et d'action concernant un ambitieux projet de santé (montrer que les traitements antirétroviraux peuvent être administrés en Afrique, de la commande des médicaments à leur prise quotidienne par les malades), nous avons là aussi, de toute évidence, de précieux matériaux de terrain. Nous observons ainsi le rôle complexe des associations de malades du sida : en effet, leur discours ferme sur l'injustice qui est faite à leurs conseillers semble entendu par les responsables de l'Initiative, mais il y aurait quelque naïveté à occulter deux éléments de contexte.
- 24 Le premier est l'approche de la conférence de Durban : ONUSIDA ne peut prendre le risque d'un échange à la tribune de cette conférence mettant face-à-face une organisation internationale souhaitant promouvoir l'accès aux ARV et des personnes vivant avec le VIH, associées à ce projet mais pas payées pour le travail qu'elles effectuent. En second lieu, à l'appui de cette remarque, le problème soulevé ce jour-là par la représentante d'une association était connu de tous, et guère nouveau. Cela faisait de nombreux mois que les conseillers des associations, recrutés par l'Initiative ONUSIDA, se plaignaient de ne pas recevoir l'indemnité prévue. En somme, les associations sont d'autant plus écoutées que les possibles échos publics de leurs revendications font peser une menace sur l'image du projet. Une valeur d'exemple est donc attachée à l'Initiative ONUSIDA et toute entreprise de communication autour de ses résultats doit intégrer sa dimension politique au niveau international. Il ne s'agit donc pas seulement de montrer comment fonctionne l'Initiative en Côte-d'Ivoire, y compris quelles en sont les lacunes — il n'y a pas d'interdit de principe à cet égard — mais, plus profondément, de témoigner de la possibilité d'un accès aux traitements antirétroviraux en Afrique.
- 25 Cette restitution intermédiaire d'« Évaluation » place l'anthropologue au cœur d'un débat à forte portée politique et médiatique : si nous connaissions — au sein de l'équipe pluridisciplinaire — les difficultés rencontrées par les « conseillers » des associations, et si naturellement nous étions convaincus de la possibilité de rendre les traitements accessibles aux patients, nous prenons ici la juste mesure des enjeux et des négociations entre patients et décideurs, responsables d'associations et porteurs de l'Initiative ONUSIDA, autour de la disponibilité des traitements. En somme, conscient jusqu'alors de la dimension politique de son objet, l'anthropologue devient spectateur et acteur des joutes qu'elle génère. Plus qu'un « terrain », plus qu'un moment instructif sur la recherche dont il est rendu compte, la restitution devient alors le lieu où peut se penser l'action anthropologique, entendue dans son double sens de démarche de compréhension du social et d'intervention sur (et avec) celui-ci.
- 26 Prenons un second exemple. Rassemblant des responsables ministériels et régionaux de la santé, des représentants d'organismes internationaux et des universitaires, la

restitution finale du projet « Professionnels » — tenue à Dakar dans un lieu extérieur à la santé (au sein d'un musée) — confirme cette importante facette de l'expérience restitutive. L'exposé de nos travaux n'est pas rentré dans le détail de nos observations au sein de chacune des structures de santé enquêtées, et s'est concentré sur ses principales conclusions (Fall & Vidal 2006). La discussion s'est ensuite engagée avec la salle. Nous avons tout d'abord les interventions qui confirment nos analyses, par exemple sur la confusion des sphères du public et du privé dans les structures de santé, ou encore sur la permanence de pratiques de clientélisme et de corruption. À ce constat anthropologique, répond celui d'un responsable national de la santé qui ne manque pas de nous surprendre, agréablement. En effet, loin de relativiser nos remarques sur les difficultés que rencontrent les professionnels comme le système — dont il est un acteur de premier plan ! — dans les procédures de prise en charge du paludisme et de la tuberculose, il estime d'emblée que « le constat pourrait être plus dur ». Il ajoute alors que ce que nous disons n'est pas propre au système de santé, mais caractérise très exactement l'ensemble de la société sénégalaise. Ce médecin suggère donc aux anthropologues d'effectuer une mise en perspective... sociologique de leurs analyses. Un autre type de réflexion s'est attaché aux concepts utilisés. Et de façon là aussi quelque peu paradoxale mais fort révélatrice, c'est un médecin, spécialiste de programmes de santé publique au sein d'une agence internationale, qui s'interroge sur les contours d'un programme « vertical ». Plus exactement, il se demande dans quelle situation on peut considérer qu'un programme n'est pas vertical. Question « conceptuelle » d'importance et que nous n'avons pas directement traitée dans notre étude : nous avons certes défini la verticalité (un ensemble d'acteurs et de structures, de la conception à la mise en œuvre des traitements et des préventions), mais sans pour autant — comme nous y invite incidemment ce collègue médecin — réfléchir à la nature de tout programme de santé.

- 27 Dans le prolongement de ces remarques, les contours d'un « programme de lutte » sont discutés. La remarque qui nous est ici faite consiste à dire que tous les médecins sont potentiellement des agents du programme national de lutte contre le paludisme puisqu'ils prennent inévitablement en charge, quotidiennement, des personnes souffrant de cette maladie. Par ailleurs, nos constats sur le poids de la gestion des statistiques sanitaires dans les activités des soignants sont discutés par les collègues médecins. À la fois le médecin membre d'une agence internationale et celui représentant les autorités nationales estiment que ce travail d'administration de la santé est indispensable. Sa part dans les activités du professionnel peut être discutée (est-elle pour autant aussi importante que nous l'affirmons, nous fait-on remarquer), mais elle demeure inévitable car « il faut des médecins qui guérissent, mais aussi qui organisent ». On le voit, la discussion porte sur les résultats de notre recherche mais aussi sur ses prérequis (la notion de verticalité, le périmètre d'un programme) et ses retombées.
- 28 Je mentionnerai à cet égard un point soulevé par nos interlocuteurs et qui enrichit finalement notre compréhension du système de santé. Nous sommes ainsi interrogés sur la possibilité pour les personnes ayant la charge de la conduite de la politique de santé de pouvoir utiliser nos conclusions : comment faire pour que les décideurs se les approprient, nous est-il demandé ? Il y a dans cette remarque plus que l'habituelle interrogation sur la possibilité de transformer en décisions concrètes les travaux des chercheurs en sciences sociales. En effet, la personne qui nous pose cette question ajoute immédiatement « car la santé est politique », signifiant par là que la recherche

ne peut se développer en marge des mécanismes de décision et des positions de pouvoir propres à la « gestion » de la santé. Constat émanant d'un de nos interlocuteurs dans « Professionnels » et qui s'inscrit dans le droit fil des lectures, proposées précédemment, de l'Initiative ONUSIDA lors d'« Évaluation ». Qu'en déduire ? En premier lieu que l'anthropologue, au-delà de ses motivations affichées, est inscrit par ses interlocuteurs dans la sphère certes de la compréhension mais aussi de l'action, de l'intervention. Et les ouvertures qui lui sont proposées pour comprendre les dimensions politiques de la santé doivent s'entendre selon ces deux objectifs assignés à l'anthropologue. Au point que le souci de l'anthropologue de participer à l'« amélioration de l'existant » (« Santé maternelle ») est lui-même travaillé par nos interlocuteurs. Ils nous prennent au mot — jouant de l'ambiguïté assumée par l'anthropologue à la fois décrypteur du social, expert et intervenant d'un projet de développement (Boutinet 2008) — pour finalement « nous en demander plus ». D'abord en nous signifiant que la restitution n'est pas une fin en soi (il y a d'autres pistes de réflexion à suivre), ensuite en nous confortant dans la nécessité de — ou en nous obligeant à — penser notre démarche comme politiquement partie prenante des débats qu'elle a décrits (« Professionnels ») ou qu'elle a pour partie suscités (« Évaluation »).

29

30 Ceci m'amène pour conclure à interroger la spécificité de la restitution anthropologique dans les recherches construites dans et portant sur les sociétés des pays en développement. La question ici posée à l'anthropologue est celle de la part occupée par la logique « expert d'un projet de développement » dans son travail (Vidal 2009). J'entends ici aussi bien l'image que l'anthropologue renvoie à ses interlocuteurs et sur laquelle ceux-ci peuvent « jouer », que l'image que le chercheur lui-même souhaite afficher. Miroir identitaire qui se cristallise (Uhalde 1999) dans le temps de la restitution. La restitution dessine certes un « terrain » et ouvre des perspectives de recherche, comme nous l'avons vu : elle est aussi fondamentalement une interrogation *de* — et pas uniquement *pour* — l'anthropologie. Je veux signifier par là que ce temps de la restitution, pluriel, éclaté (elle peut intervenir à différentes étapes de la recherche, et s'adresser à des publics variés), met en scène, au-delà des analyses sur les pratiques des professionnels de santé, les comportements des malades ou le fonctionnement du système de santé, l'anthropologie en tant que *corpus* savant et méthodologique. Et de ce point de vue, les acteurs du développement qui font face à l'anthropologue durant la restitution (responsables nationaux comme internationaux de projets ; intervenants au quotidien, ici dans les soins aux malades) agissent comme de puissants révélateurs des transformations comme des conservatismes, des atouts comme des failles, de la discipline.

31 De même qu'il ne faut pas considérer la restitution comme la clôture d'un processus de recherche, il me semble nécessaire de partir de ses enseignements pour penser les évolutions des sciences sociales du développement. Car s'y trouvent posées, comme en aucune autre occasion dans le travail de l'anthropologue, les questions au cœur de sa pratique : le constat des faits est-il suffisant ? Comment la proposition peut-elle éviter d'être une injonction ? Peut-on éviter de « proposer des solutions » à des personnes qui, en plus d'avoir permis la recherche, en attendent des résultats ? Qu'est-ce qu'un résultat : une affirmation empiriquement fondée, la promesse d'une réflexion ou une idée immédiatement traduisible dans des faits ? Autant d'interrogations sur « l'articulation de la connaissance et de l'action » pour reprendre une terminologie

sociologique (Uhalde 1999 : 1), et qui sont aussi fondamentalement des réflexions anthropologiques sur la construction de l'altérité. Car cet « autre » qui nous écoute dans un premier temps et nous répond dans un second temps, guide ensuite notre propos pour nous amener dans un dernier temps à repenser notre démarche.

BIBLIOGRAPHIE

- ATLANI-DUAULT, L. & VIDAL, L. (DIR.) 2009 *Anthropologie du développement et de l'aide humanitaire. Des pratiques aux savoirs, des savoirs aux pratiques*, Paris, Armand Colin.
- BOUTINET, J.-P. 2008 [1990] *Anthropologie du projet*, Paris, PUF (« Quadrige »).
- CHAUVIER, E. 2003 « Restitution et réception du texte anthropologique », *Ethnologie française*, 37 (2) : 503-512.
- FALL, A. S. & VIDAL, L. 2006 « Émergence d'une culture, déclin d'une profession. Soigner et prévenir au Sénégal et en Côte-d'Ivoire », *Cahiers internationaux de Sociologie*, CXXI : 239-264.
- FASSIN, D. 2008 « Répondre de sa recherche. L'anthropologue face à ses "autres" », in D. FASSIN & A. BENSA (dir.), *Les politiques de l'enquête. Épreuves ethnographiques*, Paris, La Découverte : 300-320.
- HANE, F. 2007 *Émergence de la fonction soignante. Reconfigurations professionnelles et politiques publiques autour de la prise en charge de la tuberculose au Sénégal*, Thèse de doctorat, Marseille, EHESS.
- MERCAN, A. 2008 « Quand identités de médecin et d'anthropologue s'emmêlent : conséquences sur affectations, affects et éthique », *ethnographiques.org*, <<http://www.ethnographiques.org/17>>.
- MSSELLATI, P., VIDAL, L. & MOATTI, J.-P. 2001 *L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte-d'Ivoire. Évaluation de l'Initiative Onusida/Ministère de la Santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux*, Paris, ANRS (« Sciences sociales et sida »).
- QUÉRÉ, L. 2002 « Pour un calme examen des faits de société », in B. LAHIRE (dir.), *À quoi sert la sociologie ?*, Paris, La Découverte : 79-94.
- ROSSI, I., KAECH, F., FOLEY, R.-A. & PAPADANIEL, Y. 2008 « L'éthique à l'épreuve d'une anthropologie en milieu palliatif : de l'insertion à la restitution », *ethnographiques.org*, <<http://www.ethnographiques.org/2008/Rossiet-al.html17>>.
- UHALDE, M. 1999 « Les mystères de la restitution », *Sociologies pratiques*, 1 : 1-7.
- VIDAL, L. 2004 *Ritualités, santé et sida en Afrique. Pour une anthropologie du singulier*, Paris, Karthala.
- 2009 « L'anthropologie de l'aide humanitaire et du développement entre exigence méthodologique, ambition épistémologique et souci éthique », in L. ATLANI-DUAULT & L. VIDAL (dir.), *op. cit.* : 229-252.
- 2010 *Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement*, Paris, La Découverte.
- VIDAL, L., FALL, A. S. & GADOU, D. (DIR.) 2005 *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest. Entre savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan.
- ZONABEND, F. 1994 « De l'objet et de sa restitution en anthropologie », *Gradhiva*, 16 : 3-14.

NOTES

1. Je prendrai ici pour exemples trois projets de recherche auxquels j'ai participé et dont voici les principaux arguments (je me permets de renvoyer le lecteur à un ouvrage [VIDAL 2010] qui détaille le processus de construction de ces trois projets, ainsi que d'un quatrième, au regard de la place que j'y ai tenue ; livre d'où ont été extraits et retravaillés certains des éléments de cet article). « Santé maternelle », s'est déroulé au Sénégal entre 2001 et 2005, et associait anthropologues, médecins et spécialistes de la « mobilisation sociale et politique » autour d'un objectif de compréhension des pratiques des personnels de santé prenant en charge les accouchements difficiles, et d'intervention visant à les transformer ; « Professionnels » est une recherche réunissant anthropologues et historiens, en Côte-d'Ivoire et au Sénégal, sur les pratiques des professionnels de santé qui traitent la tuberculose et le paludisme (il s'est déroulé de 2002 à 2005) ; « Évaluation » visait à analyser, dans une optique pluridisciplinaire associant anthropologues, économistes, démographe et épidémiologiste, les conditions de mise en œuvre d'une action lancée par une agence onusienne (ONUSIDA) qui expérimentait en Côte-d'Ivoire, entre 1999 et 2001, la délivrance de traitements du sida, notamment antirétroviraux (ARV) (d'où le nom d'« Initiative ONUSIDA »). Nous sommes donc en présence de recherches possédant une dimension d'application plus ou moins marquée, avec des formes variées d'interdisciplinarité.

2. 'Dont il serait par ailleurs intéressant de voir dans quelle mesure, dans leur vie personnelle, en tant que malades et proches de malades, et non plus soignants, ils en font réellement abstraction. Je renverrai ici aux analyses de F. HANE (2007) sur le rapport au risque de contracter la tuberculose chez les soignants la prenant en charge au Sénégal.

RÉSUMÉS

Résumé

À partir du décryptage de trois projets de recherche associant, selon des modalités variables, l'anthropologie, ce texte se propose de comprendre ce qui se joue dans la démarche de restitution d'une recherche, au-delà de sa nécessité affirmée. Dans un premier temps, la restitution sera pensée comme un terrain en soi, lieu de production d'informations, de définitions de postures. Ensuite, nous verrons qu'elle oblige à un exercice de réflexivité du chercheur dès lors que, par exemple, les réactions de nos interlocuteurs sont autant de propositions d'analyses, comme d'interrogations sur sa démarche. Troisième et dernier temps, il s'agira de monter en généralité et de comprendre ce que ces restitutions nous apprennent, notamment, de l'application et de l'interdisciplinarité en anthropologie. Ceci nous amenant à conclure qu'une recherche, notamment dans l'espace de la santé, ne peut se priver des informations révélées lors d'une restitution. Il y aurait là, en plus d'une erreur éthique, une insuffisance méthodologique.

Abstract

From the decoding of three research projects involving, in different forms, anthropology, this text tries to understand what happens in the process of research restitution beyond the apparent necessity of this approach. Firstly, the restitution will be thought of as a field in itself, as a place of production of information and definitions of postures. Then we shall see that it implies some reflexivity because the reactions of our partners during this restitution are new proposals for analysis and for the questioning of the researcher. Thirdly we try to understand what we are learning through this restitution process about application and interdisciplinarity spirit in anthropology. This leads us to conclude that research, particularly in the area of health, should retain none of the information revealed during a restitution. This would not only be ethically wrong but also a methodological failure.

INDEX

Mots-clés : anthropologie, projets, restitution, santé, terrain

Keywords : Anthropology, Projects, Restitution, Health, Fieldwork

AUTEUR

LAURENT VIDAL

Institut de recherche pour le développement, Département Sociétés, Marseille.