



## Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et  
à la Santé

45 | 2001  
45

---

# Quality of care initiatives in South Africa: What lessons for policy?

22-23 novembre 2000, Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand

Marc-Eric Gruénais

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/1183>

DOI : 10.4000/amades.1183

ISSN : 2102-5975

### Éditeur

Association Amades

### Édition imprimée

Date de publication : 1 mars 2001

ISSN : 1257-0222

### Référence électronique

Marc-Eric Gruénais, « Quality of care initiatives in South Africa: What lessons for policy? », *Bulletin Amades* [En ligne], 45 | 2001, mis en ligne le 07 janvier 2011, consulté le 20 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/amades/1183> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/amades.1183>

---

Ce document a été généré automatiquement le 20 septembre 2020.

© Tous droits réservés

---

# Quality of care initiatives in South Africa: What lessons for policy?

22-23 novembre 2000, Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand

Marc-Eric Gruénais

---

- 1 Cette réunion organisée grâce à l'Ambassade de France en Afrique du Sud a rassemblé un groupe restreint de spécialistes de santé publique de différents statuts (en majorité des médecins, mais aussi des infirmières et des représentants d'ONG), représentant différentes institutions sud-africaines (universitaires, non étatiques, hospitalières).
- 2 Il est apparu tout d'abord que si la question de la qualité des soins est évidemment une question centrale et récurrente pour tout système de santé, peu de spécialistes ont réellement pris cette question à bras le corps en tentant, d'une part, de porter une analyse sans concession sur les raisons de la mauvaise qualité de la relation thérapeutique dans nombre d'institutions de soins de première ligne, et d'autre part d'envisager des méthodes d'évaluation précise et pragmatique pour améliorer la qualité des soins. D'où l'intérêt de réunir en un atelier un groupe restreint de spécialistes qui se sont véritablement penchés sur cette question.
- 3 Les constats faits pour l'Afrique du sud, mais aussi pour d'autres pays du continent africain se rejoignent. Les patients attendent peu des services de santé. Les relations entre personnels de santé et patients sont souvent entachées de violences, violences parfois codifiées, par exemple, lorsque l'on observe qu'une infirmière "aînée" peut apprendre à sa "cadette" comment frapper une patiente. La mauvaise qualité des relations entre soignants et soignés est liée au fait que la relation ainsi instaurée est avant tout une relation de pouvoir et d'autorité, mais qu'en général les personnels de santé se sentent peu impliqués dans l'organisation du travail de leur structure de soins, qu'ils souffrent d'une absence de reconnaissance réelle de leur statut, et qu'ils participent peu au processus de décision. Le poids de l'histoire récente de l'Afrique du sud semble régulièrement invoqué pour expliquer les situations de violence observées. Cependant, on peut se demander s'il ne s'agit pas là de l'arbre qui cache la forêt,

d'autant plus que des situations analogues sont attestées dans d'autres pays africains qui, évidemment, n'ont pas ce passé d'apartheid caractéristique de l'Afrique du sud.

- 4 Les constats (et les critiques) ont surtout porté sur les comportements des infirmiers et infirmières, davantage que sur celui des personnels placés plus haut dans la hiérarchie médicale. Si la dénonciation des mauvaises pratiques se rapportaient principalement aux attitudes des infirmières, c'est qu'il convient d'accorder un intérêt particulier à ce personnel eu égard au fait qu'il est celui qui est en contact permanent avec les patients, qu'à ce titre il constitue sans doute le personnel le plus important du système, et que l'amélioration de la qualité de la relation thérapeutique passera nécessairement par une amélioration des pratiques de ces personnels.
- 5 L'approche par "l'assurance de qualité" (*quality ensurance*) fondée sur une méthodologie éprouvée, basée sur des critères quantitatifs, et parfois qualitatifs normatifs, donne rarement les résultats escomptés. La mise en place d'une procédure d'évaluation, même menée par un organisme indépendant, en vue de donner une accréditation à certains services en fonction d'une performance évaluée à partir d'une grille pré-établie, ne semble pas être une garantie d'un service de qualité, et n'est donc plus un outil à privilégier nécessairement.
- 6 La question de l'amélioration de la qualité des prestations par une amélioration de l'organisation du système de santé a évidemment été posée. La rationalisation des tâches, l'amélioration de la pyramide sanitaire, en tant que tels, ne semblent pas suffire. Les réformes successives, chacune avec leurs sigles et leur jargon spécifique, peuvent même parfois introduire de la confusion, voire nuire au fonctionnement de certains services. S'il ne saurait être question d'abandonner toute volonté d'amélioration de la qualité des soins par une amélioration des systèmes de santé, le problème principal est désormais l'articulation entre les réformes du système et les modifications des attitudes individuelles des personnels de santé.
- 7 Ni les réformes des systèmes, ni les sanctions des mauvaises pratiques ne semblent en elles-mêmes pouvoir contribuer significativement à l'amélioration de la qualité des soins. Le défi qui est à relever désormais est de créer une véritable "culture de la qualité", qui n'est pas étrangère au développement d'une culture des "droits de l'homme", question qui se pose sans doute avec une acuité particulière en Afrique du Sud. Dans cette perspective quel contenu, quelle fonction véritable accorder aux supervisions des centres de santé et qui ne se résumerait pas à une évaluation purement technique ? A cet égard, un des intervenants n'a pas hésité à souligner les avantages de la méthode de "l'observation participante" (méthode bien connue des anthropologues) pour procéder à des évaluations satisfaisantes, avec toutes les difficultés qu'une telle méthode peut soulever notamment quant au statut de l'observateur qui est aussi membre du corps médical. Au bout du compte, il est apparu qu'il était sans doute beaucoup plus important de s'interroger sur le "pourquoi" (des dysfonctionnements, des mauvaises pratiques, etc.), sans jugements de valeur négatif *a priori*, plutôt que sur le "comment", c'est-à-dire, par exemple, de l'amélioration d'un geste technique simple et souvent bien connu des personnels de santé. Comme le défendaient les partisans du bien-fondé de l'approche de la "family medicine", l'important est de favoriser les attitudes des personnels de santé qui permettent de replacer le patient au centre de la consultation dans les structures de première ligne.

---

## INDEX

**Mots-clés** : Afrique du Sud, professionnel de santé, qualité des soins